



---

## Rapport de visite :

29 juin au 2 juillet 2020 ; 1<sup>ère</sup> visite

Clinique d'Orgemont à  
Argenteuil

*(Val-d'Oise)*



## SYNTHESE

Une équipe de quatre contrôleurs a visité la clinique d'Orgemont à Argenteuil (Val-d'Oise) en juillet 2020. Cet établissement privé à but lucratif du groupe *ORPEA*, créé en 2004, associe une activité de psychiatrie libérale et de secteur. L'unité sectorisée de la clinique, objet du contrôle, constitue une des trois unités du secteur « 95G06 », les deux autres unités (quarante lits) étant des unités hospitalières du centre hospitalier d'Argenteuil (CHA). Le secteur couvre au total une population de 225 000 habitants.

**La capacité d'accueil de la clinique, en hospitalisation complète de psychiatrie adulte de personnes en soins sans consentement (SSC), est de vingt-cinq lits.** Par ailleurs, la clinique dispose de soixante-cinq lits d'hospitalisation privée non sectorisés.

Le CHA et la clinique sont liés par une convention de coopération qui stipule que les urgences, y compris pour les patients en soins sans consentement, sont reçues par le CHA avant de pouvoir être adressées à la clinique d'Orgemont, sauf personnes relevant de l'article 122-1 du code pénal (irresponsables pénaux). Les patients pris en charge par la clinique nécessitant des soins psychiatriques extra hospitaliers sont adressés au CHA qui dispose pour le secteur de quatre centres médico-psychologiques (CMP), deux hôpitaux de jour et d'un centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP). Une concertation entre les médecins des deux structures s'établit afin d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge.

**Le contrôle a permis de mettre en perspective de nombreuses bonnes pratiques, malheureusement peu mises au profit des patients en soins sans consentement,** qui n'ont été qu'au nombre de sept en 2019 pour les vingt-cinq lits agréés.

**Ainsi les modalités de l'accès aux soins** sont respectueuses des droits du patient dès l'admission aux urgences du CHA, grâce à une bonne articulation entre les urgentistes, psychiatres du CHA et psychiatres de la clinique. Un groupe accueil organisé les dimanches matin permet un accueil de bonne qualité au sein de l'unité.

Les soins sont ensuite quotidiens, pluridisciplinaires avec une implication forte des soignants et une formation très soutenue et diplômante (DU). Les activités thérapeutiques sont intégrées dans le projet de soins et l'offre est conséquente, y compris le samedi après-midi et le dimanche. Un groupe « préparation à la sortie » complète la facilitation des sorties thérapeutiques et la levée précoce des SSC.

Une commission des soins rassemble les patients et les soignants et permet l'expression commune.

Les pratiques d'isolement sont très limitées, en nombre et en durée et la contention n'est pas utilisée. La chambre d'isolement permet l'apaisement ; elle est utilisée pour l'ensemble de la clinique, et même davantage pour les patients en soins libre du secteur privé du reste de la clinique. Une fiche d'explication de la mesure est proposée à la signature du patient (recherche du consentement du patient) et une évaluation systématique du process est réalisée par le cadre et présentée en CME. Néanmoins, ces pratiques sont à mettre en perspective avec l'accueil de très peu de patients en SSC et exclusivement en soins à la demande d'un tiers. De plus, autant la gestion de l'alternative à l'isolement dans la phase initiale des crises est bien maîtrisée, autant,

la gestion de la crise présente des aspects indignes dans le transfert des patients pendant la crise et avant sa résolution soit vers le CHA soit vers les hôpitaux des autres secteurs.

**Concernant le patient sujet de droit et les conditions générales de prise en charge**, la liberté d'aller et venir est respectée et les patients ont un badge ouvrant leur porte de chambre et celle de l'unité. L'information du patient est complète et répétée. Il n'y a aucune restriction de liberté sur l'accès au tabac, aux biens, à l'habillement et à la communication.

Pour autant, le positionnement de la clinique en qualité de structure de prise en charge de personnes en SSC n'est pas encore pleinement pris en compte par la justice et le greffe du tribunal judiciaire ne transmet les pièces qu'au CHA et non à la clinique. Depuis une décision du juge des libertés et de la détention (JLD) de juillet 2019, les soignants attendent que le patient admis au CHA ait vu le juge pour le prendre du CH d'Argenteuil. Il n'y a d'ailleurs aucune convention avec le tribunal et la clinique ne dispose pas de la notification signée par le patient de la décision du JLD.

## 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.*

<b>BONNE PRATIQUE 1</b> .....	<b>12</b>
Des consultations post-hospitalisation sont proposées aux patients dans l'attente de la reprise ou de l'initiation d'un suivi en centre médico-psychologique.	
<b>BONNE PRATIQUE 2</b> .....	<b>13</b>
L'établissement propose et finance l'inscription des infirmiers et aides-soignants à un diplôme universitaire de psychiatrie.	
<b>BONNE PRATIQUE 3</b> .....	<b>14</b>
Des formations courtes sont proposées tous les mercredis matin et le week-end au personnel.	
<b>BONNE PRATIQUE 4</b> .....	<b>29</b>
La participation des associations de représentants d'usagers et du groupe d'entraide mutuelle à la journée « droits-informations-patients » organisée annuellement dans la clinique leur donne une visibilité auprès des patients, des familles, des soignants.	
<b>BONNE PRATIQUE 5</b> .....	<b>29</b>
L'expression directe des besoins des patients et leur prise en compte sont facilitées par la tenue d'une commission des soins et d'une commission de restauration.	
<b>BONNE PRATIQUE 6</b> .....	<b>31</b>
La préparation de la sortie et les sorties thérapeutiques font partie intégrante du soin au moyen d'un programme d'activités de psychoéducation systématisées, incluant les patients en soins sans consentement.	
<b>BONNE PRATIQUE 7</b> .....	<b>48</b>
Les patients sont invités à participer au <i>staff</i> clinique les concernant lorsqu'il s'agit de préparer la sortie.	
<b>BONNE PRATIQUE 8</b> .....	<b>50</b>
Des équipements d'activité physique sont disponibles pour les patients y compris le week-end.	
<b>BONNE PRATIQUE 9</b> .....	<b>50</b>
Une information complète est donnée aux patients sur les activités proposées, leur contenu, leur intérêt médical et leurs indications.	
<b>BONNE PRATIQUE 10</b> .....	<b>54</b>
Aucune mesure de contention n'est pratiquée au sein de la clinique.	
<b>BONNE PRATIQUE 11</b> .....	<b>54</b>
Pour chaque mesure d'isolement, une fiche de recueil du consentement du patient est élaborée et proposée au patient.	
<b>BONNE PRATIQUE 12</b> .....	<b>55</b>
Pour chaque mesure d'isolement, une évaluation immédiate du processus médico-soignant est réalisée par le cadre de santé et présentée en CME.	

## RECOMMANDATIONS

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

### **RECOMMANDATION 1 ..... 15**

Eu égard à l'habilitation de la clinique d'Orgemont à la prise en charge de patients en soins sans consentement et à la qualité des soins qui y sont dispensés, le transfert d'un plus grand nombre de patients pris en charge sous ce statut est encouragé. A cette fin, il convient que les autorités judiciaires, médicales et administratives se rapprochent pour lever les incompréhensions persistantes sur le moment où le transfert peut être réalisé.

### **RECOMMANDATION 2 ..... 27**

En application de l'article L.3223-2 du code de la santé publique, la composition de la commission départementale des soins psychiatriques du Val-d'Oise doit être complétée : le préfet doit désigner un second psychiatre n'exerçant pas dans un établissement habilité aux soins sans consentement dans le département.

### **RECOMMANDATION 3 ..... 35**

Une convention, signée par le centre hospitalier d'Argenteuil, la clinique d'Orgemont et le tribunal judiciaire de Pontoise doit prévoir les conditions d'intervention du juge des libertés et de la détention, en application de l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique.

### **RECOMMANDATION 4 ..... 36**

Garant des droits du patient en soins sans consentement, le personnel de la clinique doit avoir l'assurance que la décision judiciaire a été notifiée et disposer à cette fin d'un exemplaire signé par le patient, ou alors faire procéder à sa signature.

### **RECOMMANDATION 5 ..... 46**

Les chambres d'isolement des urgences et de l'UHCD doivent permettre aux patients un libre accès 24h/24 à un point d'eau et aux WC, disposer d'un siège pour le patient ou le soignant, permettre une aération suffisante et garantir l'intimité du patient.

### **RECOMMANDATION 6 ..... 56**

Les phases de crise d'un patient nécessitant une privation de liberté doivent être gérées par l'équipe soignante ayant pris en charge le patient, dans la mesure où elle est habilitée à prendre en charge des patients en soins sans consentement et dispose des infrastructures adaptées.

## RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

### **RECO PRISE EN COMPTE 1 ..... 22**

Le droit, pour les patients, d'adresser une plainte ou une réclamation à la direction doit être porté à leur connaissance. Il doit être indiqué aux plaignants qu'ils peuvent bénéficier d'une médiation dans des termes plus clairs et plus incitatifs. La médiation doit être possible même si la réclamation initiale est orale.

### **RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 30**

Les certificats médicaux devraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

**RECO PRISE EN COMPTE 3** ..... **39**

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

**RECO PRISE EN COMPTE 4** ..... **53**

La chambre d'isolement doit comporter un fauteuil, une table et avoir un accès libre 24h/24 aux WC et à un point d'eau. Le patient doit avoir la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière.

**PROPOSITIONS**

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

**PROPOSITION 1** ..... **43**

L'établissement pourrait proposer aux patients le nécessitant des kits d'hygiène ainsi que des vêtements de secours.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>9</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>9</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>10</b>
2.1 L'unité sectorisée de la clinique représente un tiers des lits d'hospitalisation du secteur de psychiatrie.....	10
2.2 Le budget permet l'exercice des missions.....	12
2.3 Le personnel est qualitativement et quantitativement adapté aux missions exercées et formé à la psychiatrie.....	12
2.4 La part des soins sans consentement dans l'activité de la clinique est, de façon regrettable, résiduelle .....	14
2.5 Le comité d'éthique, réunissant plusieurs structures du groupe <i>Clinéa</i> , a abordé de nombreux sujets sans être toujours conclusif.....	16
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>18</b>
3.1 Les patients sont informés de façon complète sur le fonctionnement de la clinique et sur leurs droits .....	18
3.2 Les événements indésirables concernent peu les droits des patients et les plaintes sont rares .....	20
3.3 Les patients sont informés qu'ils peuvent désigner une personne de confiance et celle-ci est mise en mesure d'exercer son rôle .....	23
3.4 Les patients sont mis en mesure d'exercer leur droit de vote.....	24
3.5 Le libre exercice du culte est garanti mais aucun aumônier ne se déplace.....	24
3.6 les droits des patients protégés sont pris en compte .....	25
3.7 La confidentialité sur la présence dans l'établissement est assurée .....	26
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>27</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques exerce son contrôle malgré l'absence d'un psychiatre et les usagers sont associés à la vie de l'établissement .....	27
4.2 La tenue des registres de la loi n'appelle pas d'observation .....	30
4.3 La préparation de la sortie est envisagée de façon progressive en s'appuyant sur les sorties de courte durée et la prise en charge en soins libres .....	31
4.4 L'accès au juge des libertés et de la détention est rendu complexe par la place du centre hospitalier d'Argenteuil dans la procédure.....	33
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>37</b>
5.1 La liberté d'aller et venir est garantie.....	37
5.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont limitées .....	37
5.3 Les communications avec l'extérieur sont libres .....	38

5.4	La vie sexuelle est cantonnée hors de l'établissement .....	39
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>41</b>
6.1	Les locaux sont constamment entretenus .....	41
6.2	L'hygiène est respectée .....	43
6.3	Les biens du patient sont sécurisés .....	43
6.4	Les repas sont intégrés dans la prise en charge globale du patient.....	43
<b>7.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>45</b>
7.1	La prise en charge en phase de crise est toujours assurée par les urgences du centre hospitalier d'Argenteuil (CHA) .....	45
7.2	Les soins psychiatriques sont assurés dans la pluridisciplinarité .....	48
7.3	Les soins somatiques et des autres spécialistes sont assurés.....	50
7.4	la gestion des médicaments est organisée dans le respect des droits des patients .....	51
<b>8.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>53</b>
8.1	La chambre d'isolement ne permet pas un total respect de la dignité .....	53
8.2	Les mesures d'isolement font l'objet d'une attention particulière de l'équipe médico-soignante .....	54
8.3	L'analyse du registre met en lumière une pratique de transferts rapides des patients placés en chambre d'isolement vers les hôpitaux de secteur .....	56
<b>9.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>57</b>



# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

Luc Chouchkaïeff, chef de mission ;

Alexandre Bouquet, contrôleur ;

Patrice Duboc, contrôleur ;

Fabienne Viton, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une première visite de la clinique d'Orgemont, située 48 rue d'Orgemont à Argenteuil (Val-d'Oise) **du 29 juin au 2 juillet 2020**.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 29 juin 2020 à 14h. Ils l'ont quitté le 2 juillet à 10h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction ; le directeur de cabinet du préfet du Val-d'Oise, le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé (ARS), la présidente du tribunal judiciaire de Pontoise ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice régionale du groupe privé *Clinéa* (branche spécialisée du groupe *Orpéa*) substituant la directrice de site empêchée et ils ont pu présenter la mission devant la directrice des soins, une cadre de santé, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), un pharmacien, le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) par ailleurs chef du pôle de psychiatrie du centre hospitalier d'Argenteuil (Val-d'Oise), une représentante des usagers au sein de la commission des usagers (CDU) par ailleurs membre de l'union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

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

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

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le juge des libertés et de la détention.

L'organisation professionnelle représentative du personnel (syndicat Arc-en-ciel) a été avisée de la présence des contrôleurs et n'a pas sollicité d'entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 2 juillet, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le rapport provisoire a été adressé le 29 septembre 2020 à la directrice de la clinique, au procureur et président du tribunal judiciaire de Pontoise, au préfet du Val-d'Oise, et au directeur général de l'agence régionale de santé. La directrice de la clinique d'Orgemont a adressé ses observations en date du 24 novembre 2020 et celles-ci sont intégrées au présent rapport.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 L'UNITE SECTORISEE DE LA CLINIQUE REPRESENTE UN TIERS DES LITS D'HOSPITALISATION DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE

L'offre de soins de psychiatrie du Val-d'Oise comprend, outre la clinique d'Orgemont, deux autres cliniques du groupe *Clinéa* (branche spécialisée du groupe *Orpéa*), à Osny et à Saint-Ouen-l'Aumône (280 lits), une autre clinique limitrophe au département (maison de santé d'Epinais), et cinq établissements publics disposant de lits de psychiatrie, à Pontoise, Beaumont-sur-Oise, Gonesse, Eaubonne et Argenteuil. Un sixième établissement, situé à Moisselles, est dans le département du Val-d'Oise mais correspond à un secteur d'un autre département limitrophe.

**Seule la clinique d'Orgemont et les cinq établissements publics disposent de l'agrément pour recevoir des personnes en soins sans consentement.**

La clinique d'Orgemont est un établissement privé à but lucratif créé en 2004, avec une activité de psychiatrie libérale et de secteur. **L'unité sectorisée de la clinique, objet du présent contrôle, constitue une des trois unités du secteur unique** (dénommé « 95G06 ») ayant rassemblé les secteurs G05, G06 et G13, les deux autres unités étant des unités hospitalières du centre hospitalier d'Argenteuil (CHA). Les deux unités du CHA comptent chacune vingt lits et une troisième unité, intersectorielle, y prend en charge la psychiatrie infanto-juvénile. Le secteur compte au total une population de 225 000 habitants.

**La capacité d'accueil de la clinique**, en hospitalisation complète de psychiatrie adulte de personnes en soins sans consentement (SSC), est de **vingt-cinq lits**, cinq lits ayant été ouverts en 2018 au sein d'une autre unité de la clinique ; si ces cinq lits sont sectorisés, ils ne prennent jamais en charge des patients en SSC et les effectifs soignants y sont moindres que ceux de l'unité de vingt lits (*cf.* § 2.3.) Par ailleurs, la clinique dispose de soixante-cinq lits d'hospitalisation privée non sectorisés.

Le CHA et la clinique sont liés par une convention de coopération datée de 2005 et régulièrement renouvelée ; la convention stipule que les urgences, y compris pour les patients en soins sans consentement, sont reçues par le CHA avant de pouvoir être adressées dans les plus brefs délais à la clinique d'Orgemont, sauf personnes relevant de l'article 122-1 du code pénal (irresponsables pénaux).

Les patients pris en charge par la clinique nécessitant des soins psychiatriques extra hospitaliers sont adressés au CHA pour cette activité, le CHA disposant pour le secteur de quatre centres médico-psychologiques (CMP), deux hôpitaux de jour et d'un centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP). Une concertation entre les médecins des deux structures s'établit afin d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge.

Le CHA est le pivot du groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud Val-d'Oise-Nord Hauts-de-Seine qui regroupe, avec lui, le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre, le groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency-Simone-Veil, le CH Roger Prévot de Moisselles, et l'hôpital Le Parc de Taverny.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) est en cours d'élaboration et la clinique s'est inscrite à deux groupes de travail.

**Le projet d'établissement** a été instauré sur la période 2017-2021. Il ne prévoit pas d'axe spécifique aux soins sans consentement car ceux-ci bénéficient, selon la clinique, de la même

prise en charge que les patients en soins libres ; il décline ainsi différents parcours de patients selon les pathologies et aborde par exemple les activités thérapeutiques et l'addictologie. Vis-à-vis de la population précarisée du territoire, il prévoit la personnalisation des prises en charge et le maintien des liens sociaux, avec le développement en 2015 d'un cabinet de psychiatre en tarification de secteur 1 au sein de la clinique. De même, le projet explique l'extension de l'hôpital de jour avec dix places s'ajoutant aux dix initiales. Cet hôpital de jour prévoit l'élaboration de projets de soins individualisés discutés avec chaque patient qui reposent sur une prise en charge groupale autour de diverses activités thérapeutiques. Il pourrait accueillir des personnes en programme de soins mais la clinique indique que les patients sont en général passés en soins libres lorsqu'ils bénéficient de ces prestations.

Le projet médical aborde « *de nouvelles réflexions portant sur les restrictions de liberté* ». Ces restrictions sont prises en accord avec le patient et s'inscrivent dans le projet de soins personnalisé : par exemple, réduire ou espacer les temps de visites lors de conflits familiaux majeurs, recommander de rester dans l'unité de soins temporairement. Il est mentionné, dans le projet médical, que « *dans les cas extrêmes de patients présentant un état d'agitation avec agressivité ou de patients présentant un risque suicidaire majeur, il s'agit de prescrire un soin intensif en chambre sécurisée.* » Le projet médical termine en proposant de désigner un référent médical et un référent administratif chargés de ces questions.

**Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** a été négocié entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS) en 2016. Ce contrat n'aborde pas directement les soins sans consentement mais par exemple, l'accès aux soins somatiques, la mise en place d'un groupe thérapeutique « sortie », la participation au contrat local de santé, la mise en place d'un accueil rapide pour les patients en provenance des urgences hospitalières.

La convention de coopération prévoit une réunion mensuelle de synthèse des médecins des urgences du CHA et de la clinique. Au sein de la clinique elle-même, le management associe étroitement les médecins et la direction, avec une réunion hebdomadaire qui s'ajoute à un *staff* tous les lundis matin réunissant tous les référents des différents secteurs d'activité (directrice des soins, cuisinier, gouvernante, cadres de santé).

Trois fois par an, la clinique anime des réunions institutionnelles avec les partenaires sociaux et médico-sociaux du territoire afin de faciliter un travail en filière. La clinique est confrontée à des attentes parfois longues de places disponibles en structures médico-sociales adaptées, EHPAD<sup>1</sup>, foyer logement ou appartement thérapeutique. Dans l'attente de la reprise ou de l'initiation d'un suivi en CMP, des consultations post-hospitalisation sont proposées (seize consultations en 2019) y compris pour les patients en soins sans consentement. Le délai pour un primo rendez-vous au CMP est d'un mois.

---

<sup>1</sup> EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

## BONNE PRATIQUE 1

Des consultations post-hospitalisation sont proposées aux patients dans l'attente de la reprise ou de l'initiation d'un suivi en centre médico-psychologique.

**Le contrôle a porté sur l'unité de psychiatrie sectorisée, appelée aussi unité de coopération ou unité Monet, et les urgences du CHA.**

### 2.2 LE BUDGET PERMET L'EXERCICE DES MISSIONS

Le financement de cette unité de secteur gérée par la clinique est calculé sur un prix de journée majoré au regard du public spécifique des patients en soins sans consentement, fixé par une convention avec l'ARS. La convention prévoit l'obligation de poser l'indication d'hospitalisation par un praticien hospitalier des urgences du CHA, avec accord du psychiatre de la clinique.

Ainsi le séjour en unité sectorisée, en soins libres comme en soins sans consentement, est facturé avec un prix de journée de 366,45 euros auxquels s'ajoutent 61,67 euros de forfait d'entrée, 3,87 euros de prestations dénommées « PMS<sup>2</sup> » et 15 euros de forfait journalier. L'intégralité de ce coût est supportée par la sécurité sociale et la mutuelle du patient ; le patient pris en charge à 100 % par la sécurité sociale n'a que le forfait journalier de 15 euros à la charge de sa mutuelle.

Pour les séjours en hospitalisation non sectorisée, le prix de journée est à 124,04 euros, les autres tarifs étant identiques.

Certaines prestations sont facturées en supplément (hors sécurité sociale et mutuelle) comme la télévision (6 euros par jour), les séances en espace bien-être (luminothérapie, relaxation) à 20 euros la séance, ou encore le « fauteuil Be Breather » (cf. § 7.2) pour 10 euros la séance.

Les frais liés aux consultations médicales sont facturés séparément au tarif du secteur 1 (25 euros la consultation de généraliste, 39 euros la consultation entrée/sortie de psychiatre, 31,20 euros la consultation de psychiatre).

Une comptabilité analytique de l'unité sectorisée a été demandée auprès de la direction de l'établissement. Le résultat net de cette unité projetée sur une année complète (projection réalisée sur la base d'un taux d'occupation de 100 %) montre un chiffre d'affaire total de 3 411 000 euros, se décomposant en chiffre d'affaire séjour de 3 339 000 euros et chiffre d'affaire accessoire de 72 000 euros. Les charges totales s'élèvent à 3 447 000 euros, comprenant 2 748 000 euros de charges salariales (79,7 % des charges), 190 000 euros de charges fixes et 509 000 euros de charges variables. Le résultat est ainsi indiqué avec un déficit de 36 000 euros et la direction précise que la mutualisation des services supports leur permet d'assurer le bon fonctionnement de cette unité.

### 2.3 LE PERSONNEL EST QUALITATIVEMENT ET QUANTITATIVEMENT ADAPTE AUX MISSIONS EXERCEES ET FORME A LA PSYCHIATRIE

**L'unité sectorisée dispose de deux médecins psychiatres salariés à temps partiel pour un temps plein au total. Un des médecins a des activités institutionnelles sur le groupe et le second exerce une activité libérale. Il y a toujours un des deux médecins physiquement présent la journée au**

<sup>2</sup> Outil de pondération budgétaire, poids moyen du séjour.

sein de l'unité, par ligne d'astreinte de jour. Un interne de psychiatrie est également présent la journée dans le service sectorisé depuis 2011.

La nuit et le week-end, un psychiatre assure une garde sur place pour l'ensemble de la clinique, relayé, le cas échéant, par un second médecin d'astreinte.

Deux médecins généralistes assurent également deux demi-journées sur les lits privés et 0,1 ETP sur les lits de secteur (demi-journées le lundi et jeudi).

**Concernant le personnel non médical**, l'unité dispose, du lundi au vendredi, **de trois infirmiers** diplômés d'Etat (IDE), 7h30-19h30 ; 7h15-15h15 ; 10h-18 h) **et d'un aide-soignant** (AS, 8h30-18h30). Le week-end, deux IDE et un AS sont présents et la nuit, ce sont un IDE et un AS.

Les cinq lits situés dans l'autre unité bénéficient du personnel habituel des autres unités non sectorisés : deux IDE en douze heures et un AS en dix heures ; l'effectif du week-end est d'un IDE et un AS au regard de nombreuses sorties.

**Ce personnel est renforcé par celui de l'ensemble de la clinique** qui est mobilisable pour les patients : un psychomotricien (0,6 ETP), un ergothérapeute (1 ETP), un art-thérapeute (0,2 ETP car 0,8 vacant), une diététicienne (0,5 ETP), une psychologue (1 ETP), un éducateur médico-sportif (1 ETP) et une assistante sociale (1 ETP, poste vacant depuis février 2020).

Le nettoyage de l'unité est réalisé par un agent des services hospitaliers (ASH) à temps plein qui a en charge les sols et les sanitaires mais pas les repas qui sont servis à la cafétéria.

L'absentéisme, comme le *turn-over* des salariés, est présenté comme très bas (chiffre non communiqué). Il n'est pas fait appel à l'intérim mais un pool de vacataires identifiés (dix), libéraux ou travaillant dans d'autres cliniques permet de compléter les équipes lors d'absences. Seul le poste d'assistant social souffre d'un manque de candidat.

**Les formations offertes au personnel sont particulièrement étoffées.** Un plan de formation général, avec des formations validantes pour le développement personnel continu (DPC), est proposé par le groupe *Clinéa*. Surtout, les infirmiers et aide soignants en poste peuvent s'inscrire, au titre d'une convention avec l'université de Lille (Nord), au diplôme universitaire (DU) de psychiatrie comprenant trois jours de formation par mois sur huit mois. Cette inscription universitaire offerte aux jeunes recrutés est un facteur d'attractivité et une garantie de formation spécialisée en psychiatrie. Neuf DU de psychiatrie ont été financés depuis l'ouverture de la clinique ; deux salariés vont le présenter pour l'année universitaire 2020/2021. Par le même biais, la directrice est devenue titulaire du DU d'éthique médicale.

## BONNE PRATIQUE 2

L'établissement propose et finance l'inscription des infirmiers et aides-soignants à un diplôme universitaire de psychiatrie.

Par ailleurs et au quotidien, des formations courtes (appelées mini-formations) sont organisées tous les mercredis matin par les cadres de santé et la direction en salle de réunion, ainsi que les week-ends. Le planning de ces formations 2020 indique pour le personnel de la clinique, vingt-huit thèmes dont « *bonne pratique du circuit du médicament* », « *savoir être bien traitant* », « *gestes d'urgences* », « *prise en charge d'une entrée* », « *éthique* », « *l'isolement thérapeutique* » (cf. § 8), « *directives anticipées* ».

### BONNE PRATIQUE 3

Des formations courtes sont proposées tous les mercredis matin et le week-end au personnel.

Des formations sur la prévention du risque suicidaire afin d'éviter le recours aux pratiques d'isolement sont également dispensées aux nouveaux salariés de l'établissement. En outre, chaque année, sur le plan de formation du groupe, des places pour la session sur la gestion de la violence sont réservées aux soignants de la clinique.

Il n'y a pas de tutorat mais un accompagnement initial renforcé des nouveaux soignants (peu nombreux au regard du faible *turn-over* de l'établissement) par le cadre. Il n'y a pas de supervision organisée.

Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ont été mises en place dès 2006. Dix ont été réalisées jusqu'en 2015. En 2016, une EPP a concerné l'administration des médicaments et quatre sont en cours au moment du contrôle. Aucune EPP n'a concerné les soins sans consentement, les restrictions de liberté, la prise en charge de la violence ou les droits des patients.

#### 2.4 LA PART DES SOINS SANS CONSENTEMENT DANS L'ACTIVITE DE LA CLINIQUE EST, DE FAÇON REGRETTABLE, RESIDUELLE

Comme indiqué *supra*, vingt et un lits sont installés au rez-de-chaussée pour vingt autorisés et cinq au premier étage (mais qui n'accueillent jamais de patients en SSC).

La clinique dans son ensemble accueille majoritairement (41 %) des patients présentant des troubles psychotiques avec comme diagnostic principal des pathologies schizophréniques. Les dépressions sont la deuxième cause d'admission (27 %)<sup>3</sup>.

La clinique n'accueille ni personne détenue ni personne mineure. Les personnes en soins sans consentement sont exclusivement hospitalisées dans l'unité sectorisée.

L'activité relevant de la sectorisation a concerné en 2018, 178 patients âgés en moyenne de 45,9 ans dont 13,7 % de femmes, ayant effectué 218 séjours avec une durée moyenne de séjour (DMS) de 46,4 jours et une durée moyenne d'hospitalisation (DMH) de 50,6 jours. En 2019, cette activité a concerné 147 patients âgés en moyenne de 45,2 ans dont 53,7 % de femmes, ayant effectué 192 séjours avec une DMS de 52,3 jours et une DMH de 63,3 jours.

**Les patients en soins sans consentement (SSC) représentent une part minoritaire des patients du secteur accueillis** : quinze patients en 2018 (soit 8,4 %), **huit patients en 2019** (soit 5,4 %). Au cours du premier semestre 2020, sept patients ont été pris en charge en SSC. A titre de mise en perspective, durant l'année 2018 et sur l'ensemble du secteur (les trois unités d'hospitalisation), 180 ont été placées en soins sans consentement dont seulement quinze au sein de l'unité de la clinique.

Le 29 juin 2020 lors du contrôle, un seul patient était hospitalisé en SSC sous statut de soins à la demande d'un tiers (SDT) parmi un total de vingt-trois patients (âgés de 21 à 83 ans) de l'unité de coopération.

<sup>3</sup> Comportant des troubles dépressifs récurrents, des troubles uni ou bipolaires de l'humeur ou encore des troubles dysthymiques entretenus par une organisation spécifique de la personnalité.

La procédure de SSC est généralement engagée au centre hospitalier d'Argenteuil (CHA). Les patients n'arrivent à la clinique qu'après qu'un praticien hospitalier (PH) du CHA a posé l'indication d'hospitalisation à la clinique d'Orgemont et qu'un médecin de cette dernière l'a confirmée. Les patients présentant une crise aiguë des troubles de comportement majeurs ou des comorbidités, sont maintenus au CHA, de même que ceux qui refusent d'être pris en charge à la clinique. Il n'existe pas de conflit à ce sujet entre les équipes médicales et soignantes.

La période d'hospitalisation au CHA est d'autant plus longue qu'une décision judiciaire du 12 mars 2019 a implicitement incité les services du CHA et de la clinique à ne transférer les patients en SSC qu'à l'issue de leur présentation devant le juge des libertés et de la détention (JLD), à savoir au douzième jour de l'hospitalisation au maximum : saisi par le CHA avant le huitième jour de l'hospitalisation d'une patiente en SSC de la question du maintien de ladite hospitalisation, le juge des libertés et de la détention a constaté que la patiente ne s'y trouvait plus hospitalisée et a dit « *n'y avoir pas lieu à statuer sur le maintien de l'hospitalisation complète* », la patiente ayant été transférée à la clinique le jour-même de l'audience. Pour éviter ce type de décision judiciaire, les deux structures de soins prolongent le séjour au CHA jusqu'à la comparution devant le JLD, sauf à avoir pu engager le transfert avant la saisine du JLD au huitième jour de l'hospitalisation.

Effectivement, si en 2019 trois patients en soins sur décisions du directeur d'établissement (SDDE) sont arrivés directement à la clinique et quatre sont arrivés au onzième jour, dans les vingt-quatre heures, au quatorzième jour et au dix-huitième jour, on relève en 2020 trois patients en SDDE admis directement à la clinique et quatre arrivés après trois mois, avant la fin du premier jour, après deux mois, après un mois. Parallèlement, une diminution du nombre de patients en SSC est observée entre 2018 et 2019 (*cf. supra*, de quinze à huit patients).

### RECOMMANDATION 1

Eu égard à l'habilitation de la clinique d'Orgemont à la prise en charge de patients en soins sans consentement et à la qualité des soins qui y sont dispensés, le transfert d'un plus grand nombre de patients pris en charge sous ce statut est encouragé. A cette fin, il convient que les autorités judiciaires, médicales et administratives se rapprochent pour lever les incompréhensions persistantes sur le moment où le transfert peut être réalisé.

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont indique que *devant faire face aux besoins psychiatriques (en marge de la crise sanitaire Covid), l'ARS les a sollicité l'été 2020 afin d'ouvrir une unité de dix lits post-urgence intersectorielle ; la clinique est donc exceptionnellement et temporairement habilitée à l'accueil de tous les patients, indifféremment de leur secteurs d'origine.*

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui concerne des patients en soins sans consentement.

Les décisions sont presque exclusivement prises par le directeur d'établissement (soins sur décision du directeur d'établissement, SDDE), les décisions prises par le représentant de l'Etat (SDRE) étant exceptionnelles : quatorze SDDE et un SDRE en 2018, sept SDDE et un SDRE en 2019, sept SDDE en 2020. Il faut remonter à 2008 et 2011 pour trouver deux précédents SDRE.

Les SDDE se déclinent :

- majoritairement en soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) : dix en 2018 soit 71 % des SDDE, six en 2019 soit 85 %, 100 % en 2020) ;
- rarement en soins à la demande d'un tiers (SDT) : trois en 2018 soit 21 %, aucun en 2019 et au premier semestre 2020) ;
- exceptionnellement en soins sur péril imminent (SPI) : un en 2018 soit 7 %, un en 2019 soit 15 %).

Considérant que l'orientation est largement dépendante du CHA et qu'il n'est pas possible d'analyser la mise en place des SSC en amont de la clinique, il est difficile de comprendre les causes de la prépondérance des SDTU.

La durée moyenne de séjour (DMS) des patients en SSC a été de 53 jours en 2018 (allant de 4 à 82 jours), 46 jours en 2019 (allant de 2 à 77 jours). Ces données ne disent rien sur la durée des soins sans consentement : le SSC a pu débuter au CHA par exemple avec un séjour allant jusqu'à plusieurs mois (*cf. supra*), le SSC peut continuer au CHA après un transfert depuis la clinique (deux cas en 2018), l'hospitalisation en SSC peut continuer à la clinique en soins libres (SL), cinq cas en 2018, six cas en 2019). Enfin, le SSC peut aussi être initié à la Clinique d'Orgemont. C'est le cas de l'unique patiente en SSC présente au moment du contrôle. Admise le 28 mai 2020 à la clinique, elle a été placée en SDTU le 2 juin.

Concernant l'organisation administrative de la clinique pour procéder à la rédaction et à la signature des décisions de SSC par le directeur de l'établissement, une délégation de signature existe. Si elle peut se révéler utile en semaine, elle n'a pas vocation à s'appliquer les fins de semaine puisque les patients en SSC arrivent en semaine après concertation avec le CHA.

## 2.5 LE COMITE D'ETHIQUE, REUNISSANT PLUSIEURS STRUCTURES DU GROUPE CLINEA, ABORDE DE NOMBREUX SUJETS SANS ETRE TOUJOURS CONCLUSIF

Dès 2012, trois cliniques psychiatriques du groupe *Clinéa* dans le Val-d'Oise se sont associées pour réfléchir ensemble à des sujets d'éthique. Le comité est devenu « inter cliniques » en 2013 en accueillant quatre autres établissements, dont deux assurent des soins de suite et de réadaptation (SSR). Le comité d'éthique inter cliniques *Clinéa* réunit ainsi les cliniques d'Orgemont, des Orchidées (Andilly, Val-d'Oise), La nouvelle Héloïse et Les sources (Montmorency, Val-d'Oise), L'alliance (Villepinte, Seine-Saint-Denis), La villa des Pages (Le Vésinet, Yvelines), Mirabeau (Eaubonne, Val-d'Oise). Une charte a été adoptée en avril 2013.

Le comité se réunit chaque trimestre, à tour de rôle dans les cliniques participantes. Un comité local le précède afin de travailler le sujet. En janvier, une réunion sert à dresser le bilan de l'année écoulée et à choisir quatre thèmes pour l'année à venir. S'il est prévu que tout personnel médical et paramédical des cliniques puisse saisir le comité, cela n'est jamais arrivé.

Le président du comité est un psychiatre, disposant par ailleurs d'une compétence en droit, selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs.

Chaque site identifie en son sein un correspondant, chargé de réunir les besoins de réflexion et de rédiger le compte-rendu du comité local ; à Orgemont, il s'agit d'une infirmière.

Les représentants des usagers sont invités aux comités. L'UNAFAM y participe.

Afin de diffuser les réflexions menées, un journal interne a été créé : *Ethique et tact'*, dont l'éditorial est rédigé à tour de rôle. Il était aisément accessible lors de la visite de la clinique. Le n°26 de janvier 2020 dresse le « *bilan éthique 2019* ». Les autres numéros contiennent le compte-rendu de la réunion thématique passée, en juxtaposant les éléments de réflexion amenés par les



comités locaux, puis – pour les exemplaires les plus anciens – en concluant sur « *En résumé quelques pistes utiles à travailler...* ». Ce résumé conclusif n'apparaît pas dans les publications les plus récentes.

En complément, pour associer plus de participants issus des sept cliniques et avoir le temps d'un apport scientifique extérieur, un *Café éthique* se réunit une après-midi par an.

Le comité devait se réunir le 19 mars 2020 et consacrer deux réunions au risque suicidaire. La crise sanitaire liée au Covid-19 l'a suspendu et a inspiré le thème de la réunion à venir en septembre : « *la peur, le héros et le déserteur* ».

Au fil des années, les thèmes abordés ont été nombreux et variés, pour n'en citer que quelques-uns : justice et soins ; les sorties thérapeutiques, enjeu éthique ? ; critères d'admission, les limites : peut-on choisir son patient ? ; place des prestations bien-être dans l'institution ; droits et devoirs des professionnels dans la relation de soin, la limite des liens entre professionnels ; les limites de la bienveillance ; la restriction des libertés ; intimité et sexualité en institution ; en quoi l'éthique s'infiltrait-elle dans les temps de repas ? ; etc.

C'est à la suite de réflexions sur les restrictions de liberté que les pratiques en matière de permissions ou autorisations de sortie ont été modifiées : le vocabulaire retenu est celui de « sortie thérapeutique » et les documents afférents ont été actualisés, en cohérence avec la politique de préparation à la sortie menée dans la clinique (cf. § 7.2).

Toutefois, tous les sujets ne mènent pas à une telle évolution des pratiques. La réflexion éthique est investie activement en s'ouvrant aux échanges avec des cliniques tierces mais la fréquence et la méthode des réunions ne permettent pas toujours de mesurer les pratiques locales à l'aune des thèmes abordés.

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

#### 3.1 LES PATIENTS SONT INFORMES DE FAÇON COMPLETE SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA CLINIQUE ET SUR LEURS DROITS

##### 3.1.1 L'information générale

Tous les patients admis à la clinique d'Orgemont reçoivent un livret d'accueil très complet, comprenant quatorze documents :

- une *check-list* d'accueil ;
- une plaquette de présentation de la clinique en six pages, dans laquelle sont glissées sept fiches volantes : une sur l'équipe des soignants, une sur l'admission, une sur le séjour, une sur la sortie, une sur les droits, une sur les informations administratives comprenant notamment des indications sur la gestion informatique des données personnelles et enfin une sur les tarifs ;
- un contrat d'engagement relatif à la lutte contre la douleur ;
- un règlement intérieur d'une page, cosigné par le médecin et la direction, daté d'août 2018 ;
- une fiche sur la personne de confiance ;
- une note d'informations sur la commission des usagers (CDU) ;
- le projet d'action du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- les indicateurs qualité les plus récents ;
- le questionnaire de satisfaction ;
- l'emploi du temps des patients ;
- les engagements de l'équipe ;
- une note sur les médicaments ;
- une note sur le tabac ;
- une note sur l'identitovigilance.

Tous ces documents sont à jour et les éléments transmis sont à chaque fois clairs et précis. Il est cependant regrettable que la forme du livret d'accueil – une chemise cartonnée comprenant un grand nombre de documents volants, de divers tailles et aspects – ne permette pas d'y retrouver facilement une information, *a fortiori* en l'absence de sommaire.

Les droits des patients en SSC ne sont pas particulièrement évoqués dans le livret d'accueil, si ce n'est pour indiquer la liste des autorités qu'ils peuvent contacter : pour ces patients l'information n'est délivrée qu'individuellement (*cf. infra*, § 3.1.2).

En complément, la direction de la clinique envisage de remettre prochainement à chaque patient un livret sur les activités, dont le projet déjà élaboré a été remis aux contrôleurs. Il s'agit d'un livret de vingt pages comprenant pour chaque activité non seulement ses modalités d'accès mais aussi les mérites de chacune en fonction des attentes et aptitudes des patients. La dernière page du projet contient un QR-code, permettant l'accès direct à la page d'accueil numérique de la clinique. Ce livret est ainsi conçu pour donner envie de participer aux activités.

Il n'existe pas de règlement écrit propre à l'unité sectorisée. Le livret d'accueil constitue la base des échanges entre le nouveau patient et les soignants de cette unité. Le contenu du livret est expliqué en entretien, les horaires sont rappelés aux patients et il leur est fourni leur agenda de participation aux groupes de psychoéducation (cf. § 7.2). En outre, tous les dimanches, une infirmière anime un « groupe accueil » avec tous les patients admis au sein de la clinique dans la semaine. Toutes les règles de vie sont ainsi réexpliquées à partir du livret d'accueil et il est répondu aux questions. L'accent est mis sur les activités thérapeutiques à l'occasion de cette rencontre.

En outre, chaque année, une journée d'information se tient à la clinique sur les droits et la vie quotidienne des patients organisée par les associations partenaires (cf. § 4.1.2).

### 3.1.2 L'information sur les droits spécifiques aux patients en SSC

Les décisions de soins sans consentement sont notifiées au sein de l'unité sectorisée par l'un des deux cadres de santé, toujours accompagné d'un IDE. Le bordereau de notification expose les droits des patients (dont celui de saisir le président du tribunal, le procureur de la République, le préfet, le maire d'Argenteuil et le CGLPL) et mentionne les voies de recours possibles devant le juge des libertés et de la détention (JLD), la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et plus curieusement le tribunal administratif. Selon les soignants rencontrés, toutes les explications nécessaires sont données oralement. Les contrôleurs ont pu constater qu'une copie de la décision était systématiquement remise aux patients. Si le patient refuse de signer, ce refus est attesté par deux soignants, renseignant un document séparé.

La convocation devant le JLD est également notifiée et remise (mêmes règles en cas de refus). La notification est le plus souvent effectuée par un IDE. Elle contient la liste des droits que le patient peut exercer dans la perspective de l'audience (liste des pièces pouvant être consultées, possibilité d'obtenir une copie des certificats médicaux, règles relatives à l'assistance d'un avocat).

En revanche, la clinique ne conserve aucune décision du JLD notifiée au patient. Cela ne signifie pas que la décision n'est pas notifiée – en réalité elle l'est à l'audience, qui n'a pas lieu dans les locaux de la clinique (cf. *infra*, § 4.4.2) – mais ce défaut de formalisme ne facilite pas la reprise explicative des équipes soignantes. Les contrôleurs émettent, plus loin dans le rapport, une recommandation sur ce sujet (id., § 4.4.). Par ailleurs, la décision du JLD, non signée, ne figure pas au dossier du patient au sein de l'unité. Elle est uniquement présente dans le registre de la loi et au secrétariat.

Comme les patients sont toujours accompagnés à l'audience par un soignant, celui-ci peut expliquer les conséquences de la décision du JLD au patient. L'ensemble peut également être repris avec le médecin ou l'IDE au retour à la clinique ou le lendemain.

Les cadres de santé et les IDE n'ont pas été spécialement formés aux droits des patients en SSC. Ils prétendent néanmoins n'avoir jamais été en difficulté particulière pour expliquer la procédure et répondre aux questions – rares selon eux – des patients. Les psychiatres ont été formés et constituer des personnes ressources si besoin.

## 3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES CONCERNENT PEU LES DROITS DES PATIENTS ET LES PLAINTES SONT RARES

### 3.2.1 Incidents et violence

Les incidents sont enregistrés par le biais de fiches d'événements indésirables (FEI) numériques. Tous les salariés peuvent saisir une FEI dans l'application « *Portail qualité* », ouverte en 2014. La fiche peut être anonyme. Cet outil informatique est perçu comme satisfaisant, à l'exception du menu déroulant des risques, dans lequel le déclarant doit choisir un thème puis un sous-thème avant de pouvoir rédiger une déclaration. Le choix dans le menu déroulant est parfois complexe ; de nombreux déclarants enregistrent leurs FEI dans le thème « autres ».

338 FEI ont été saisies en 2019 au sein de la clinique (contre 337 en 2018). Un quart d'entre elles émanaient de l'unité sectorielle. A l'échelle de la clinique (données propres à l'unité sectorisée non communiquées), les thématiques les plus fréquentes en 2019 étaient la prise en charge médicamenteuse (26 %), la logistique (23 %), le parcours patient (18 %) et les droits des patients (8 %). Le taux de FEI relatives aux droits des patients était en nette baisse par rapport à l'année précédente (15 % en 2018). Ces FEI émanaient dans la grande majorité des cas des infirmiers (72 %) ; elles concernaient les patients (51 % des fiches) mais aussi le personnel (24 %) ou encore le matériel (10 %).

Une fois enregistrées dans l'application, ces FEI sont examinées par la directrice adjointe, « référente qualité » et « gestionnaire des risques ». Elle requalifie notamment les FEI classées sous la rubrique « autre ». Tous les lundis matin au *staff* de direction, elle présente les FEI de la semaine passée. En fonction des arbitrages décidés au *staff*, elle répond l'après-midi même à chaque FEI, de sorte que le déclarant reçoit une réponse au pire huit jours après l'avoir rédigée. Celles-ci sont également transmises, en fonction de l'objet de la FEI, à un référent concerné : médecin, pharmacien, cadre de santé, etc. Les FEI font l'objet d'une analyse présentée chaque trimestre en comité de pilotage « qualité », à l'occasion desquels les incidents les plus graves sont examinés.

Plusieurs sous-thèmes ont retenu l'attention des contrôleurs.

Vingt et un « problèmes lors d'une permission/sortie thérapeutique » ont été recensés en 2019 (contre dix en 2018). Il s'agit de non-réintégrations à la clinique, d'horaires non respectés, de retours en état de forte alcoolisation, qui concernent tant les patients en SSC que ceux en SL. Une réflexion collective sur le sens des sorties thérapeutiques avait été engagée au début de l'année 2020, mais a été stoppée par la gestion en priorité de l'épidémie de Covid-19 à partir du mois de mars.

Sept suicides ou tentatives de suicide sont à déplorer pour 2019 (contre une seule en 2018). Compte-tenu du suicide, en décembre 2019, d'un patient en sortie thérapeutique et de l'augmentation des tentatives, la crise suicidaire a fait l'objet d'une attention particulière les mois précédents le contrôle et une réflexion a été engagée sur la prévention, notamment au comité d'éthique. Le suicide de 2019, qualifié d'événement indésirable grave, a fait l'objet d'un retour d'expérience concluant à la nécessité de revoir la procédure de prise en charge du risque suicidaire et de certains troubles de la personnalité, de rappeler les bonnes pratiques en matière de surveillance de ces publics et de redonner du sens aux sorties thérapeutiques (il ne doit plus s'agir de « *sortir pour sortir* », selon les soignants). Un observatoire sur le risque suicidaire existe par ailleurs au niveau du groupe *Clinéa*.

Les agressions physiques ou verbales apparaissent en nette baisse (quatre en 2019 contre douze en 2018). Il n'existe pas à proprement parler de plan de prévention des violences et aucun signalement n'est effectué auprès de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). Pour autant, la clinique semble réactive : prise en charge immédiate de la victime, qu'il s'agisse d'un patient ou d'un soignant, patient « agresseur » reçu par un psychiatre et un cadre de santé, vigile présent à titre exceptionnel et uniquement en soutien, indications transmises quant au dépôt de plainte possible, analyse à froid programmée et effectivement réalisée. La dernière agression grave remonte à mars 2018 (contre une psychiatre). Il est à noter que sur les seize agressions physiques ou verbales recensées en 2018 et 2019, trois seulement ont été commises par des patients de l'unité sectorielle. Une situation de harcèlement sexuel entre patients a également été rapportée : son auteur a été transféré au CHA.

L'examen de tous les sous-thèmes (environ quatre-vingts) traduit la quasi-absence de certains autres phénomènes, ce qu'ont pu confirmer les soignants :

- une seule intrusion dans l'enceinte de la clinique en 2019 (deux en 2018) : la grille d'accès est fermée à la nuit et la porte de l'unité sectorielle est fermée tous les soirs à 22h ;
- aucune FEI relative à l'introduction de stupéfiants en 2019 (cinq en 2018). Les soignants savent que de petits trafics se produisent au sein de l'établissement, mais selon eux ils sont rares. Les patients en soins libres qui présentent une addiction font souvent l'objet d'un protocole au titre de leur contrat de soins, prévoyant des tests réguliers et des inventaires de chambre ou de sac sur accord et participation du patient. Si le patient les refuse, l'équipe estime que l'alliance thérapeutique est rompue et la situation est reprise avec le médecin, qui interrogera notamment la pertinence du maintien de l'hospitalisation. Par ailleurs, les soignants effectuent une ronde, trois fois par jour, de l'autre côté du grillage de l'établissement pour vérifier qu'aucun produit n'y est caché et dissuader les revendeurs extérieurs ;
- aucune sortie sans autorisation relevée en 2019 (trois en 2018). Dans l'hypothèse d'une telle sortie, les soignants appliquent un protocole signé avec la police, leur enjoignant notamment de se rendre au commissariat d'Argenteuil ;
- aucune FEI dénonçant une maltraitance en 2019 (une en 2018). Les soignants et les cadres indiquent tous que la maltraitance « *n'est pas un sujet* » à la clinique d'Orgemont tout en se disant vigilants. Selon la direction, la présence de patients à la commission des soins est un atout supplémentaire pour faire remonter les cas éventuels. Aucun des patients rencontrés par les contrôleurs n'a fait état de maltraitance par le personnel ou même de manquements professionnels.

Pour certains incidents, les chiffres transmis dans le bilan d'activité annuel de l'unité sectorielle ne correspondent pas à ceux du service qualité et gestion des risques de la clinique. Ainsi le bilan 2019 de l'unité sectorisée fait-il état de cinq « *sorties par fugue* » alors qu'aucune FEI n'a été rédigée sur cette base, pour toute la clinique, cette année-là. Le bilan de l'unité fait également mention de quatre gestes hétéro-agressifs : cela ne correspond ni à l'analyse du service de la qualité, ni aux FEI elles-mêmes. Dans un seul cas, l'auteur de l'agression était un patient de l'unité (insultes à l'encontre d'une patiente d'une autre unité). Les contrôleurs ne sont pas parvenus à connaître les raisons de ces différences. La sous-déclaration n'est pas à exclure ; l'amélioration

du signalement et de l'analyse des événements indésirables était en 2019 l'un des objectifs de la clinique<sup>4</sup>.

Le bilan 2019 de l'unité fait enfin référence à cinq retours dans l'une des unités du CHA « *devant une aggravation clinique incompatible avec le maintien dans l'unité sectorisée de la clinique* ». Il s'agit là de situations n'ayant pas nécessairement fait l'objet de FEI.

### 3.2.2 Requêtes et plaintes

La plupart des réclamations sont adressées oralement par les patients et traitées par les soignants de l'unité. Certaines d'entre elles, considérées comme graves ou excédant leur compétence, sont reprises dans une FEI pour être remontées à la direction. Les patients ne sont pas informés dans le livret d'accueil qu'ils peuvent à tout moment adresser une requête écrite à la directrice.

En 2019, douze réclamations ont été enregistrées par le service de la qualité et de la gestion des risques. Elles ont toutes été formulées oralement, l'une d'elles par la famille, les onze autres par les patients eux-mêmes. La moitié de ces réclamations avait trait à des nuisances sonores dues à des travaux. Pour chaque réclamation formulée par un patient, ce dernier a été reçu, parfois par la directrice elle-même. Au premier semestre 2020, quatre réclamations ont été enregistrées, dont trois écrites. Il n'a pas été fourni aux contrôleurs de document permettant de savoir, parmi ces plaintes, celles qui concernaient l'unité sectorisée.

Des médiations sont possibles. Le médiateur médecin est le médecin-coordonateur de la clinique, par ailleurs responsable de l'unité sectorielle (son suppléant est également psychiatre au sein de la clinique). Le médiateur non-médecin est l'un des cadres de santé (son suppléant est l'autre cadre de santé). Le choix de nommer médiateur, dans les deux cas, des salariés ayant autorité sur leurs confrères ou collègues peut interroger dans la mesure où un médiateur doit adopter une position neutre pour essayer de résoudre un conflit ; or il est difficile d'être neutre avec une personne avec laquelle on a un lien de subordination dans le cadre professionnel.

C'est la direction qui décide de la médiation, sur demande du plaignant et lorsque sa requête est écrite. Dans le courrier de réponse qui lui est adressé, il est en effet indiqué « *dans ce cadre, vous pouvez demander à être reçu par le médiateur médical de la clinique* » (sans d'ailleurs en rappeler le nom). En principe, la direction accepte cette demande lorsque le problème évoqué concerne la prise en charge ou le soin. L'ensemble de cette procédure, dans sa présentation comme dans sa mise en œuvre, n'est guère incitative. En 2019, une médiation est intervenue à la suite d'une plainte relative à un problème de prise en charge par la mutuelle, et a conduit à un arrangement financier.

## RECO PRISE EN COMPTE 1

Le droit, pour les patients, d'adresser une plainte ou une réclamation à la direction doit être porté à leur connaissance. Il doit être indiqué aux plaignants qu'ils peuvent bénéficier d'une

<sup>4</sup> Bilan annuel de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, 2019, p. 26

médiation dans des termes plus clairs et plus incitatifs. La médiation doit être possible même si la réclamation initiale est orale.

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont indique que « *le droit d'adresser une plainte ainsi que les coordonnées des différents représentants des usagers sont affichés à l'accueil de l'établissement. Le droit lié aux plaintes et l'accès à la médiation font également l'objet d'une infirmation écrite dans le dossier d'accueil patient remis de manière exhaustive à l'admission. Toute plainte orale fait l'objet d'un entretien avec un cadre de la clinique et de la proposition d'une médiation. La précision de l'accès à la médiation sur plainte orale est maintenant précisée de manière explicite à l'affichage. En outre, dans le cadre de ces plaintes, nous invitons également les patients à saisir la commission des usagers.* »

L'une des plaintes, datant de mai 2020, a retenu l'attention des contrôleurs. Une patiente a rapporté par écrit avoir fait l'objet d'une agression sexuelle commise la veille par un autre patient, dans la cour de la clinique. Elle a précisé « *J'ai été ébranlée cette nuit, et je ne me sens vraiment plus à l'aise en sa présence* » et a demandé « *Je vous prie de bien vouloir prendre en considération mon témoignage pour éviter que ce patient ne refasse ce qu'il a fait, voire bien pire...* ». Deux jours plus tard, la directrice a adressé un courrier à l'intéressée, sans lui répondre réellement et sous une forme très administrative. Il lui a été indiqué :

- que sa plainte avait été transmise à son psychiatre référent, au psychiatre du patient « agresseur » et au cadre infirmier, car aucun n'avait connaissance de cette situation ;
- qu'en soirée, « *le temps à l'extérieur se réalise en présence d'une soignante et de l'agent de sécurité* », la directrice indiquant simplement : « *n'hésitez pas à les solliciter* » sans revenir sur les faits prétendus ;
- que sa réclamation serait présentée à la commission des usagers de juin 2020 (sans en expliquer le fonctionnement et les enjeux), et que dans ce cadre elle pourrait demander à être reçue par le médiateur médical ;
- qu'enfin, pour un dépôt de plainte au commissariat, « *l'accompagnement est à organiser avec M. X (le psychiatre référent) et la cadre infirmier Mme Y* ».

Il n'a nullement été indiqué à l'intéressée que la clinique allait essayer d'enquêter *a minima* sur ces faits – alors que la plaignante cite plusieurs témoins – ou en saisir le procureur de la République. Aucun mot de soutien ne lui est adressé, ni aucune information quant à sa demande de ne plus être en contact avec son agresseur prétendu. Les contrôleurs espèrent que ces informations lui ont été transmises par oral, sans que l'intéressée doive elle-même entreprendre la démarche de solliciter le psychiatre ou la cadre de santé référents.

### 3.3 LES PATIENTS SONT INFORMES QU'ILS PEUVENT DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ET CELLE-CI EST MISE EN MESURE D'EXERCER SON ROLE

Le livret d'accueil contient une fiche sur la personne de confiance, mise à jour en août 2018. En revanche les quelques lignes concernant la personne de confiance dans la fiche « *vos droits* » contiennent une erreur. Il est indiqué que les patients sous tutelle ne peuvent pas nommer une personne de confiance ; en réalité, ils peuvent aussi désigner une personne de confiance, mais

avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille<sup>5</sup>. Cette fiche « *vos droits* » doit être mise à jour sur cette question.

Les patients sont également oralement informés qu'ils peuvent désigner une personne de confiance, dès leur arrivée. Les soignants – sensibilisés à ce sujet par le biais de mini-formations – leur expliquent en effet ce dont il s'agit et la distinction entre personne de confiance et personne à prévenir. Si des proches du patient sont présents lors de l'accueil, ils sont invités à sortir au moment où les informations relatives à la personne de confiance sont expliquées, de sorte que le patient se sente libre de choisir qui il souhaite.

Dans l'unité Monet, vingt et un patients avaient procédé à une telle désignation lors du contrôle, sur un effectif total de vingt-cinq. Cette désignation est effectuée par écrit, sur un formulaire *ad hoc*.

Si la personne choisie est présente lors de l'admission, les conséquences d'une telle désignation lui sont expliquées : si elle accepte, elle contresigne le formulaire. Si elle n'est pas présente mais vient régulièrement visiter le patient, le document lui est présenté pour signature à la prochaine visite. Enfin, si elle ne vient jamais visiter le patient, sa désignation et l'explication afférente lui sont communiquées par téléphone. Dans tous les cas, la personne choisie est donc correctement mise en mesure d'accepter ou non ce rôle, et informée des conséquences de cette désignation.

Selon le souhait du patient, cette personne peut l'accompagner pour toutes ses démarches pendant l'hospitalisation, assister aux entretiens médicaux, l'aider dans la prise de certaines décisions. Elle peut aussi être consultée par le médecin si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté.

Le patient est informé qu'il peut à tout moment révoquer ce choix.

### 3.4 LES PATIENTS SONT MIS EN MESURE D'EXERCER LEUR DROIT DE VOTE

Le livret d'accueil est muet sur la question. En revanche, dans le bordereau de notification des décisions d'admission ou de maintien en SSC, il est rappelé aux patients qu'ils peuvent exercer leur droit de vote.

En amont de chaque élection, la direction demande aux soignants de solliciter individuellement les patients pour savoir s'ils souhaitent ou non voter. Ceux qui le souhaitent mais ne peuvent pas sortir de la clinique – ou ne le désirent pas (bureau de vote éloigné, par exemple) – se voient proposer de le faire par procuration. Les formalités leur sont expliquées par les soignants. La police d'Argenteuil est alors sollicitée et elle intervient au sein de la clinique pour établir les procurations sans difficulté rapportée. Au sein de l'unité Monet, une procuration a été établie pour les dernières élections municipales.

Il a été par ailleurs indiqué aux contrôleurs qu'un accompagnement par un soignant était possible pour qu'un patient en SSC puisse se déplacer lui-même dans son bureau de vote. Mais la situation ne se serait jamais présentée à ce jour.

### 3.5 LE LIBRE EXERCICE DU CULTE EST GARANTI MAIS AUCUN AUMONIER NE SE DEPLACE

L'accès au culte est sommairement prévu dans le livret d'accueil, dans la fiche « *votre séjour* » glissée dans la plaquette de présentation de la clinique. Par ailleurs, le droit « *de vous livrer aux*

---

<sup>5</sup> Art. L.1111-6 al. 5 du code de la santé publique



*activités religieuses ou philosophiques de votre choix*» est également rappelé dans les bordereaux de notification des décisions d'admission ou de maintien en SSC.

En pratique, lorsque les patients demandent à un infirmier comment bénéficier d'une assistance spirituelle ou exercer un culte, celui-ci se rend à l'accueil de la clinique récupérer la liste des aumôniers locaux. Les contrôleurs ont consulté celle-ci, qui date de juin 2017. Elle contient des contacts téléphoniques (avec le nom de l'aumônier) pour cinq cultes : bouddhiste, catholique, israélite, musulman et protestant. Certains de ces aumôniers officient également au CHA.

Il est régulier qu'un patient demande à obtenir le numéro de téléphone d'un aumônier. En revanche, les soignants sont très rarement sollicités par des patients souhaitant assister à un office religieux (sachant que la plupart des patients de l'unité sont en soins libres et peuvent donc le faire en journée, sans en informer les soignants). Il n'en est jamais organisé au sein de la clinique, qui ne dispose pas de salle de culte. Enfin, les soignants n'ont pas le souvenir qu'un aumônier se soit déjà déplacé à la clinique d'Orgemont pour rencontrer un patient.

Parmi les mesures nationales communiquées aux établissements de santé pendant l'épidémie de la Covid-19, figure une note du 17 avril 2020 du directeur général de la santé, communiquant les numéros de plate-formes téléphoniques mises en place par les aumôneries nationales. Cette note a été diffusée au sein de la clinique d'Orgemont, de sorte que les patients, depuis cette date, disposent de plusieurs contacts téléphoniques par culte. Elle leur permet également d'accéder à des cultes non représentés dans la note locale.

### 3.6 LES DROITS DES PATIENTS PROTEGES SONT PRIS EN COMPTE

Depuis février 2020 aucune assistante sociale n'exerce plus au sein de la clinique. Les besoins en protection juridique des patients sont désormais directement identifiés par le médecin et les soignants. Ceux-ci ne disposent pas de l'expertise d'une assistante sociale et l'analyse du besoin est parfois plus aléatoire.

Des certificats médicaux sont régulièrement établis par les psychiatres en vue d'une mesure de sauvegarde de justice. Pour les tutelles et curatelles, l'expertise est assurée par un médecin-expert, à l'extérieur. Le coût de l'expertise (162 euros) est à la charge du patient. Le conseil départemental du Val-d'Oise et le centre communal d'action sociale (CCAS) d'Argenteuil n'ont jamais été saisis par la clinique pour une éventuelle prise en charge partielle du coût de cette expertise, comme les contrôleurs ont pu l'observer dans d'autres établissements de santé.

Lors du contrôle, l'unité sectorisée comptait quatre majeurs protégés, en soins libres, tous sous curatelle. Selon les soignants, le lien avec les curateurs est de bonne qualité même s'ils se déplacent très peu à la clinique et si certains sont difficiles à joindre par téléphone. De nombreux échanges sont assurés par courriel.

Les contrôleurs n'ont pas été alertés sur une quelconque difficulté relative au circuit de l'argent des patients protégés, qui transite par le service de la facturation. Celui-ci assure le suivi avec rigueur et se rend disponible pour répondre aux questions des patients. Néanmoins, il n'effectue aucune avance en cas de retard du curateur, ce qui constituerait une facilité supplémentaire, notamment pour les achats de première nécessité.

Lorsque l'unité compte un patient sous tutelle, le tuteur est associé aux synthèses et à la préparation à la sortie « *si c'est dans l'intérêt du patient* ». Pour les patients en SSC, le tuteur est convoqué aux audiences du JLD. En revanche, il n'est pas informé des sorties thérapeutiques. Seules les non-réintégrations éventuelles font l'objet d'un signalement.

Les tuteurs ou mandataires familiaux sont très rares. En général, ce sont des mandataires de l'union départementale des associations familiales (UDAF) du Val-d'Oise, de l'association mandataire judiciaire de protection des majeurs du Val-d'Oise (ATIVO), ou encore de l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH).

### 3.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE DANS L'ETABLISSEMENT EST ASSUREE

Le livret d'accueil, dans la fiche « *vos droits* », prévoit que la non-divulgence de la présence à l'établissement est garantie dès lors que le patient en fait la demande au service des admissions. Pour ce faire, le secrétariat médical donne tous les jours aux salariées de l'accueil, qui tiennent le standard, la liste des patients unité par unité, avec la mention « *non-divulgence* » à côté du nom de ceux qui souhaitent que leur hospitalisation reste confidentielle. Pour ceux-ci, les standardistes répondent invariablement au téléphone : « *je ne connais pas cette personne* ». Aucun patient de l'unité Monet n'avait fait cette demande lors de la visite.

Plus qu'une non-divulgence, il arrive que des patients souhaitent que les standardistes assurent un filtrage de leurs appels, demandant par exemple que leur mère, seule, puisse entrer en contact avec eux *via* le standard. Les salariées de l'accueil ont indiqué ne pas pouvoir effectuer un tel filtrage, notamment « *parce qu'on ne peut pas reconnaître la voix au téléphone* ». Les patients qui souhaitent ce filtrage sont donc assimilés à ceux qui souhaitent une non-divulgence générale et la même réponse-type est faite à tous les interlocuteurs. Mais le lien est alors assuré avec les soignants de l'unité pour que le patient trouve lui-même une solution, par exemple en utilisant son téléphone personnel et en rappelant les interlocuteurs avec lesquels il accepte d'échanger.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE SON CONTROLE MALGRE L'ABSENCE D'UN PSYCHIATRE ET LES USAGERS SONT ASSOCIES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

#### 4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), constituée initialement en février 2013, visite au moins une fois par an chacun des sept établissements du Val-d'Oise : en 2018, elle s'est ainsi déplacée au centre hospitalier (CH) de Pontoise en janvier, au CH de Gonesse en mars, au CH d'Eaubonne en avril, au CH Les oliviers à Beaumont-sur-Oise en mai, à la clinique d'Orgemont en juin, au CH d'Argenteuil en septembre et au CH Roger Prévost à Moisselles en octobre. Elle s'est aussi réunie à la direction territoriale du Val-d'Oise de l'agence régionale de santé (ARS) le 18 décembre. Ses visites sont annoncées une semaine à l'avance par affichage. Elle s'entretient notamment avec les patients qui l'ont saisie, vise les registres de la loi<sup>6</sup>, rend un rapport annuel d'activité. Le secrétariat de la CDSP est assuré par un personnel de la direction territoriale du Val-d'Oise de l'ARS. Elle se compose de cinq membres.

Elle est présidée depuis février 2016 par un médecin psychiatre, praticien hospitalier (PH) et chef de pôle au CHA, désigné par le procureur général près la cour d'appel de Versailles (Yvelines). Il n'apparaît pas qu'il soit membre du conseil de surveillance du CHA. Lors des visites et discussions concernant le CHA ou la clinique, le président s'abstient. Il n'y a pas d'autre psychiatre, si bien qu'aucun n'assure la visite de la clinique et du CHA au titre de la CDSP. Les dispositions de l'article L.3223-2 du code de la santé publique (CSP)<sup>7</sup> seraient mieux respectées si un second psychiatre, n'exerçant pas dans l'un des établissements accueillant des SSC au sens de l'article L.3222-1 du CSP, était désigné par le préfet.

La nomination d'un magistrat honoraire a été renouvelée juste avant la loi n°2019-222 du 23 mars 2019, ce qui permet de maintenir la présence d'un magistrat jusqu'au futur renouvellement de la composition de la CDSP. Deux représentants des usagers et des familles et un médecin généraliste font également partie de sa composition.

#### RECOMMANDATION 2

En application de l'article L.3223-2 du code de la santé publique, la composition de la commission départementale des soins psychiatriques du Val-d'Oise doit être complétée : le préfet doit désigner un second psychiatre n'exerçant pas dans un établissement habilité aux soins sans consentement dans le département.

<sup>6</sup> Les visas des membres de la CDSP ont été portés dans les registres (celui des SDRE, celui des SDDE) les 20 novembre 2018, 17 mai 2019, 24 octobre 2019.

<sup>7</sup> Article L.3223-2 du CSP (au 23 mars 2019) : « La commission prévue à l'article L.3222-5 se compose : 1° De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la Cour d'appel, l'autre par le représentant de l'Etat dans le département ; (...). Seul l'un des deux psychiatres mentionnés au 1° peut exercer dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1. Les membres de la commission ne peuvent être membres du conseil de surveillance, ou d'une instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé accueillant des malades atteints de troubles mentaux dans le département du ressort de la commission. (...) »

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont indique que la préfecture a été sollicitée à ce sujet.

Le rapport annuel est commun à tous les établissements visités : après une synthèse de l'activité de la CDSP sont présentées des observations et recommandations relatives au respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Des données statistiques sont jointes en annexe. Le rapport de l'année 2018, daté de juillet 2019, n'apporte aucun élément propre à la clinique, et ce d'autant moins que les données statistiques relatives à l'activité de SCC de la clinique sont mêlées à celles du CHA. Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs qu'en raison de la communicabilité de ce document administratif<sup>8</sup>, ses rédacteurs veillent à ce que son contenu ne contienne pas d'information individualisée, les éventuels problèmes soulevés faisant l'objet de courriers aux autorités concernées. Le rapport est adressé au CGLPL.

#### 4.1.2 La place des usagers

La commission des usagers (CDU) se réunit quatre fois par an. En 2019, elle s'est réunie les 11 mars, 17 juin, 23 septembre, 9 décembre. Des comptes-rendus de réunion sont établis à chaque fois.

Le rapport pour l'année 2018 a été communiqué aux contrôleurs. Il témoigne de l'investissement des champs dévolus par la réglementation à la CDU.

Les représentants des usagers (RU) sont issus de l'UNAFAM, de l'association Vie Libre, et depuis 2019 pour un suppléant, de la fédération nationale d'associations de retraités (FNAR). Leurs coordonnées sont visibles dans le hall de la clinique, ainsi que dans le livret d'accueil dans une fiche informative sur la CDU.

Une salle peut être mise à disposition par la clinique s'ils souhaitent tenir une permanence ou se réunir. Depuis 2019, à leur demande, une copie anonymisée des réclamations puis des réponses apportées par la direction de la clinique leur sont transmises au fur et à mesure. A leur demande aussi, une information porte dorénavant sur le nombre de « sorties disciplinaires », qui sont des exclusions de la clinique.

Les mêmes représentants ont été associés à l'élaboration du projet d'établissement.

Ils sont invités de façon permanente au comité d'éthique et certains y participent (*cf.* § 2 .5).

Il n'est pas envisagé qu'un représentant des usagers assiste un patient dans le cadre d'une médiation organisée en application de l'article R1112-92 du CSP : les représentants n'ont ni formation, ni disponibilité pour ce faire. Faute de temps, ils ne participent pas non plus aux réunions du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et du comité de lutte contre la douleur (CLUD).

En conclusion du rapport de la CDU, sont soulignées positivement la « *proximité et [la] taille humaine [...] de la clinique [qui] permettent des rencontres de terrain très authentiques et une participation fluide des RU à la vie de la clinique* », tout en regrettant que le nombre et la disponibilité des RU ne permettent pas plus de participation de leur part.

En sus de la CDU, les contrôleurs relèvent des pratiques innovantes :

---

<sup>8</sup> Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), conseils n°20186039 - 20190101 - 20185911 du 24 janvier 2019.

Chaque année, une journée droits-informations-patients (DIP) est organisée dans la clinique ; les associations des représentants d'usagers y tiennent un stand de présentation, de même que le groupe d'entraide mutuelle (GEM) d'Argenteuil.

#### BONNE PRATIQUE 4

La participation des associations de représentants d'usagers et du groupe d'entraide mutuelle à la journée « droits-informations-patients » organisée annuellement dans la clinique leur donne une visibilité auprès des patients, des familles, des soignants.

Chaque trimestre depuis avril 2012, une commission des soins fait s'exprimer des patients sur l'organisation des soins et les activités thérapeutiques. Deux patients par unité, présents dans la clinique depuis quinze jours au moins et suffisamment stables psychiquement, sont invités à préparer en amont la commission, en identifiant les besoins des autres patients. La dernière commission s'est tenue pendant 1h30 fin juin 2020 et a abordé le renforcement de l'offre de sport les fins de semaine par l'ouverture de la salle de musculation et fitness, la proposition régulière d'activités de relaxation, une offre de musicothérapie. Les patients y rapportent que cela permet de mieux cerner les besoins et de trouver plus facilement des solutions grâce à la qualité de l'échange direct avec eux ; un compte-rendu est affiché dans les unités à l'issue (cf. § 7.2).

Enfin, une commission de restauration est en place, à laquelle participent les usagers (cf. § 6.4.).

#### BONNE PRATIQUE 5

L'expression directe des besoins des patients et leur prise en compte sont facilitées par la tenue d'une commission des soins et d'une commission de restauration.

#### 4.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est proposé dans le livret d'accueil. Le rapport annuel de la CDU pour l'année 2018 rapporte le remplissage de 543 questionnaires, ce qui correspond à un taux de retour de 68 %.

Il en ressortait à cette date que « la prestation hôtelière » recueillait le moins de satisfaction mais que « les conditions d'accueil et d'hébergement respectant la dignité et l'intimité des patients » recueillaient le plus de satisfaction. Depuis, la salle de restaurant a été rénovée (cf. § 6.4).

Le questionnaire est remis au personnel administratif chargé de la facturation de l'hospitalisation ; le cas échéant, il le rappelle au patient. De plus, le questionnaire de satisfaction est présenté aux patients dans le cadre d'une activité psychoéducative relative à la sortie d'hospitalisation (cf. § 4.3).

Attentif à la satisfaction de la patientèle, l'encadrement observe avoir du mal à faire évoluer à la hausse celle relative aux informations reçues à l'arrivée, mais il est prêt à envisager toute modalité pour le faire : un téléviseur diffusant des informations a été testé mais l'information ne se révélait pas assez réactive ; un livret regroupant des fiches de présentation des activités thérapeutiques était en cours d'expérimentation dans une unité et semblait prometteur.

## 4.2 LA TENUE DES REGISTRES DE LA LOI N'APPELLE PAS D'OBSERVATION

Un secrétariat médical, tenu par deux secrétaires expérimentées, a la charge des registres de la loi : un livre de 100 folios ouvert le 16 mai 2008 consacré aux SDRE (encore identifié « HO » sur la couverture) et un second livre de 100 folios ouvert le 20 mars 2018 consacré aux SDDE et dans lequel est glissée la décision de délégation de signature de la directrice de la clinique.

Ils comportent le visa de membres de la CDSP (*cf.* § 4.1.1) ainsi que le visa de l'adjoint du procureur de la République en date du 17 mai 2019.

Chaque folio rapporte une mesure sur quatre pages. Les décisions successives, administratives et judiciaires, de même que les certificats médicaux, sont reproduits dans un format réduit de moitié puis collés ou agrafés. Quatre folios sont utilisés dans le registre SDRE, vingt-cinq dans le registre SDDE.

La décision initiale ou de maintien de la mesure de SSC comprend la liste des droits énoncés à l'article 3211-3 du CSP. Sa version notifiée est placée dans le registre.

L'étude du registre permet de retracer le parcours de chaque patient en SSC, du début à la levée de la mesure, les documents étant exhaustifs et rédigés avec suffisamment de précision. Il est à noter que, depuis 2019, presque tous les documents médicaux relatifs à la procédure de SSC à proprement parler ont été rédigés antérieurement à l'arrivée à la clinique ; les documents établis à la clinique concernent surtout les sorties thérapeutiques et la levée de la mesure. De manière générale, les certificats médicaux sont souvent signés d'une succession de médecins différents et les médecins illustrent leurs observations médicales par des propos ou des attitudes du patient qui retracent l'ambiance de l'entretien médical effectivement mené dans la perspective de la rédaction dudit certificat. Les certificats sont apparemment actualisés au plus près des échéances légales, mais ils ne sont pas tous horodatés ; par exemple, dans le cas de la patiente en SDTU au moment de la visite, le certificat médical initial était horodaté mais pas les deux certificats suivants. Selon les informations recueillies, la situation a été améliorée au fil du temps à la suite de rencontres entre la juridiction et les médecins.

### RECO PRISE EN COMPTE 2

Les certificats médicaux devraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont indique que dorénavant l'ensemble des certificats médicaux sont horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

Les décisions du directeur concernant les sorties thérapeutiques sont numérotées, ce qui facilite la lecture des étapes du soin concernant la préparation de la sortie.

Il est toutefois regrettable que les registres de la loi ne comportent aucune trace de la notification au patient des décisions judiciaires : la décision transmise au secrétariat médical de la clinique par le bureau des entrées du service de psychiatrie du CHA est l'exemplaire imprimé expressément par le greffe du JLD pour archivage. La procédure retenue par le juge étant de faire notifier le jour même de l'audience, la date de la notification est implicitement celle de l'audience, mais rien ne l'établit, sauf à solliciter le greffe du JLD qui dispose de l'unique exemplaire signé par le patient (*cf.* § 4.4).

### 4.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE EST ENVISAGEE DE FAÇON PROGRESSIVE EN S'APPUYANT SUR LES SORTIES DE COURTE DUREE ET LA PRISE EN CHARGE EN SOINS LIBRES

Tout en considérant la « balance bénéfices-risques » qui permet d'individualiser la prise en charge, la politique médicale tend à reporter les sorties de courte durée au-delà d'une période d'hospitalisation de quatorze jours, considérant que le risque de passage à l'acte est plus élevé dans les jours qui suivent l'admission.

Le comité d'éthique s'est intéressé à ce sujet. Il est convenu de ne parler que de « sorties thérapeutiques » et non plus « permissions » ou « autorisations ».

Pour autant, la préparation de la sortie est intégrée au projet de soin dès le début de l'hospitalisation à la clinique à travers la prise en charge.

Deux activités de psychoéducation groupales, animées chacune par un infirmier avec l'appui du médecin coordinateur, l'illustrent depuis plusieurs années.

**Le groupe « les sorties thérapeutiques »** présente les documents qui seront à remplir, l'objectif thérapeutique d'une sortie, la procédure de départ en sortie et informe sur le fait qu'il pourrait y avoir un test concernant l'absorption de produits psychotropes ; quatre à onze patients, qui ont effectué deux semaines d'hospitalisation, sont concernés chaque semaine.

**Et le groupe « préparation à la sortie »** (d'hospitalisation) présente les règles essentielles du traitement, le rapport à l'entourage, le bilan de l'hospitalisation en termes d'éducation au traitement et d'hygiène de vie, la nécessité de se connaître pour éviter la crise et ne pas être dans le déni de la rechute, les contacts utiles à la sortie, la procédure de sortie d'hospitalisation (état des lieux, entretien avec le psychiatre, récupération du traitement, questionnaire de satisfaction « ou d'insatisfaction ») ; trois à huit patients, qui sont à moins d'une semaine de la levée d'hospitalisation, sont concernés chaque semaine.

Les infirmiers référents repèrent dans toutes les unités les patients concernés par ces présentations, qu'ils convient au groupe en leur adressant un imprimé nominatif distribué en même temps que les médicaments. Le patient émerge une feuille lors de la séance, qui vaut participation à une activité thérapeutique. Un diaporama sert à faire émerger la parole des patients, confrontés ensuite à la parole de l'IDE. Le cas particulier des patients en SSC est pleinement abordé dans les informations délivrées ; l'IDE rencontré n'avait pas le souvenir d'avoir été pris en défaut sur ces situations précises.

#### BONNE PRATIQUE 6

La préparation de la sortie et les sorties thérapeutiques font partie intégrante du soin au moyen d'un programme d'activités de psychoéducation systématisées, incluant les patients en soins sans consentement.

Parallèlement, il a été attesté aux contrôleurs qu'il n'existe pas de difficulté à accompagner des patients à l'extérieur. Sauf situation particulière, la progressivité dans l'accompagnement de la sortie est souvent de mise : sortie accompagnée par les soignants puis par l'entourage, sortie seul.

Les sorties ont des motifs familiaux, mais aussi sociaux dans une prise en compte de l'environnement de la personne dans la préparation de sa sortie d'hospitalisation.

Les registres de la loi ont permis d'en attester. Ainsi, pour des patients en SDDE :

- une patiente en 2018 a commencé par avoir une série de sept sorties seules pendant son hospitalisation au CHA en juin et juillet puis quatre sorties à la clinique en août (accompagnée par un soignant pendant cinq heures pour une consultation au CHA, accompagnée par un soignant pendant cinq heures pour rencontrer l'assistante sociale au CHA, accompagnée par son conjoint pendant sept heures trente pour se rendre en ville et au domicile, seule pendant quatre heures pour se rendre au conseil départemental rencontrer une assistante sociale) ;
- un patient en 2019, admis le 10 mai à la clinique, a bénéficié d'une sortie d'une heure trente accompagnée par deux soignants dès le 13 mai ;
- un patient hospitalisé en 2019 et 2020 a commencé par avoir des sorties pendant son hospitalisation au CHA pour se rendre en ville ou au domicile puis a eu des sorties hebdomadaires à la clinique accompagné par deux soignants dans le cadre de l'activité de marche nordique ainsi qu'une sortie seul pendant vingt-sept heures trente pour se rendre au domicile.

Concernant les patients en SDRE – rares – , il n'existe pas de position systématique de refus du préfet, comme l'indiquent les relevés suivant concernant les deux derniers patients en SDRE (en 2018 et 2019).

En mai 2018, les sorties de vingt-quatre heures puis quatre heures accompagnées par la famille demandées par le CHA ont été refusées par le préfet ; la sortie de trente heures trente accompagnée par la famille demandée par la clinique a été aussi refusée par le préfet début juin. Courant juin, la demande de sortie accompagnée de trois heures par deux soignants pour aller en ville et y déjeuner a été acceptée par le préfet, de même qu'une seconde sortie dans les mêmes conditions à la fin du mois. Début juillet et mi-juillet, deux sorties de sept heures trente accompagnée par le père ont été acceptées par le préfet mais fin juillet une sortie de trente heures trente accompagnée par la mère a été refusée. Deux autres sorties de sept heures trente accompagnées par le père ont été octroyées avant la fin du mois de juillet. Début août, le patient s'est rendu au CMP et dans sa famille, accompagné par son père, pendant trente heures trente ; mi-août, il a passé deux fois deux jours dans sa famille avant la levée de la mesure de SDRE.

En 2019, toutes les demandes de sorties ont été acceptées par le préfet : une sortie de moins de douze heures accompagnées par deux soignants, deux sorties de moins de douze heures accompagnées par deux soignants (marche nordique), une sortie accompagnée de moins de douze heures par deux soignants pour se rendre au commissariat puis une autre pour rencontrer une assistante sociale, avant levée de la mesure de SDRE.

Il a été précisé aux contrôleurs que des membres du cabinet du préfet sont venus visiter la clinique et l'unité de coopération particulièrement, ce qui a probablement permis d'éviter les postures de refus systématiques de permissions.

Il apparaît aussi que la levée de la mesure de SSC n'équivaut pas à une levée de l'hospitalisation à temps complet : l'hospitalisation se poursuit dans la majorité des cas en soins libres (SL) de façon à tester l'acceptation des soins. Le patient en SDRE en 2019 a ainsi continué son hospitalisation en SL ; de même pour six des sept SDRE du premier semestre 2020 (86 %), dont la patiente présente pendant la visite.

Parallèlement, les médecins ne recourent jamais aux programmes de soins (PDS) avec hospitalisation séquentielle. Ils l'expliquent par conviction personnelle concernant les seuls SSC, en précisant ne pas s'empêcher d'hospitalier en séquentiel des patients en SL. Les PDS –



entièrement prescrits en ambulatoire – sont rares (un seul PDS entre 2019 et 2020, comprenant des rendez-vous au CMP et des visites quotidiennes à domicile).

Eu égard à la durée de séjour des patients en SSC (presque toujours inférieure à six mois) et le passage rapide en soins libres, le collège des professionnels de santé n'a jamais l'occasion de se réunir à la clinique.

Les délais pour accéder aux soins en ambulatoire ne sont pas dirimants, selon les médecins rencontrés. Le principe est bien de retourner à une prise en charge hospitalière ambulatoire de secteur et le service de psychiatrie du CHA y contribue. L'équipe de la clinique accepte toutefois de renforcer l'accompagnement vers l'ambulatoire de secteur en prévoyant un entretien médical ou infirmier intermédiaire à la clinique si besoin (*cf.* § 2.1).

#### 4.4 L'ACCES AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST RENDU COMPLEXE PAR LA PLACE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTEUIL DANS LA PROCEDURE

Lors de la visite, les audiences se déroulaient encore par visioconférence en raison de la pandémie de Covid-19. Les avocats communiquaient des observations écrites après avoir consulté les dossiers mais ne rencontraient pas les patients.

L'audience du mardi 30 juin, dont le rôle comportait deux situations de patients, ne concernait pas de patients de la clinique. Les contrôleurs se sont rendus au CHA où se trouve la salle d'audience mais n'ont pas assisté à cette dernière.

Ils se sont entretenus par téléphone avec la vice-présidente coordinatrice des JLD au tribunal judiciaire (TJ) de Pontoise (Val-d'Oise).

Les JLD ont réuni les médecins et les directions des hôpitaux psychiatriques de leur ressort en octobre 2019. Le chef du département de psychiatrie pour adultes du CHA y était. La clinique, en revanche, à ce qu'ont compris les contrôleurs, n'était pas représentée.

##### 4.4.1 Convocation à l'audience

Toute la procédure judiciaire relative à l'hospitalisation en SSC à la clinique transite par le bureau des entrées du service de psychiatrie du CHA : le greffe judiciaire adresse tous les documents au CHA, qui les relaie au secrétariat médical de la clinique ; le secrétariat de la clinique transmet tous les documents au bureau des entrées du CHA, qui les relaie au greffe judiciaire.

Ces convocations sont rares, encore plus rares que le nombre de patients en SSC accueillis à la clinique puisque les équipes de la clinique et du CHA veillent depuis leur déconvenue judiciaire à ce que les patients du CHA arrivent après leur comparution devant le JLD (*cf.* § 2.4, où une recommandation est formulée).

Le cas échéant, l'avis de date d'audience suit le circuit TJ-CHA-clinique-CHA-TJ. Il est notifié au patient par le personnel soignant de la clinique, qui n'a fait état d'aucune difficulté pour lui expliquer ce dont il s'agit. Une autorisation de sortie de courte durée est signée par la directrice de la clinique en visant le certificat médical déterminant la capacité du patient à venir en audience et le nombre de soignants utiles à l'accompagnement jusqu'au CHA. Aucun élément recueilli, dans les registres de la loi et auprès du personnel de la clinique et de l'hôpital, n'atteste de difficulté pour présenter les patients à l'audience.

Le dossier est communiqué à l'avocat par le greffe judiciaire préalablement à l'audience.

#### 4.4.2 Tenue de l'audience

L'audience se déroule dans un bureau de grande superficie au rez-de-chaussée du bâtiment hébergeant la psychiatrie au CHA. Les audiences ont lieu une fois par semaine, le mardi après-midi. Le reste du temps, le bureau sert de bureau médical. Deux panneaux sur la porte du bureau affichent cette double vocation. Un fléchage mobile est installé dans le hall du bâtiment les jours d'audience.



*Le fléchage de la salle d'audience*



*La salle d'audience*

Pour le déroulement des audiences en visioconférence, une salle de réunion est mise à disposition. Elle offre un matériel technique permettant de projeter l'image du tribunal sur un grand écran et de diffuser le son par le plafond, rapprochant le patient de conditions réelles. Une webcam filme le patient pour l'envoyer au juge. Selon les indications fournies et malgré les craintes initiales du personnel soignant, cela a été bien accepté, sans signe de déstabilisation des patients.



*La salle de réunion équipée du dispositif de visioconférence incluant un grand écran*

En temps habituel, les avocats rencontrent leurs clients de la clinique dans un bureau mitoyen de la salle d'audience. Le CHA ayant dû disposer autrement son personnel suite à la pandémie de Covid-19, ce bureau n'est plus disponible. Les patients hospitalisés au CHA sont rencontrés habituellement dans l'unité d'hospitalisation. Une solution allait devoir être trouvée pour les patients de la clinique se déplaçant pour l'audience au CHA.

Aucune de ces dispositions matérielles et organisationnelles (jour et salle d'audience, local d'entretien avec l'avocat) n'est prévue dans une convention au sens de l'article L.3211-12-2 du CSP qui indique que « *le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal judiciaire, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé.(...)* ». Après recherches effectuées tant au CHA qu'au TJ, cette convention n'a jamais été élaborée, probablement parce que l'intervention des magistrats au CHA date de 2011, préalablement à la disposition législative énonçant l'obligation d'une convention introduite par l'article 6 de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013.

Les contrôleurs estiment que la convention pourrait opportunément fixer entre les acteurs médicaux, administratifs et judiciaires du CHA, de la clinique, du TJ, le statut de l'hospitalisation en SSC à la clinique faisant suite à une hospitalisation sous le même statut au CHA afin d'harmoniser les décisions des JLD successifs en cas de transfert entre le CHA et la clinique entre le moment de la saisine du juge et le moment de la comparution du patient (cf. §.2.4).

Il s'agit de prendre en compte la particularité de la coopération entre le CHA et la clinique en matière de prise en charge des patients du secteur. La disposition législative contenue dans le même article L3211-12-2 du CSP à la suite de la disposition précitée devrait le permettre puisqu'il indique : « [...] *En cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, après que la saisine du juge des libertés et de la détention a été effectuée, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine.* »

### RECOMMANDATION 3

Une convention, signée par le centre hospitalier d'Argenteuil, la clinique d'Orgemont et le tribunal judiciaire de Pontoise doit prévoir les conditions d'intervention du juge des libertés et de la détention, en application de l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique.

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont indique ne pas détenir cette convention et lancer une procédure pour en établir une nouvelle.

Deux magistrats occupent la fonction de JLD. Une troisième magistrate, première vice-présidente, est chargée de la coordination de cette mission judiciaire.

Le soignant chargé d'accompagner le patient depuis la clinique reste ou non dans la salle d'audience en fonction du désir et du besoin du patient.

Les décisions sont prises sur le siège. La notification est faite par le greffier du JLD. Il fait signer, par le patient, l'exemplaire conservé par le TJ. Le patient et le soignant accompagnateur reçoivent chacun un exemplaire vierge de signature du patient et portant mention non

manuscrite d'une notification à la date de l'audience. Le soignant de la clinique remet cet exemplaire à son secrétariat médical, qui le reproduit pour le registre de la loi. La date de la notification revêt donc un caractère automatique : elle est concomitante à la date de l'audience. Il pourrait y avoir débat sur le délai pour interjeter appel ; dans ce cas, l'exemplaire conservé au TJ ferait foi.

L'attention des contrôleurs quant à l'absence de preuve de l'acte de notification a été attirée par la situation d'une patiente traitée en visioconférence. Ce procédé induit sur la décision judiciaire la mention d'une « *notification de la décision par télécopie* ». Il se trouve que la décision n'a pas été matériellement notifiée à la patiente par la clinique, qui n'en a pas l'habitude eu égard au processus habituel, même si un exemplaire de la décision se trouvait bien entre les mains de la patiente comme l'ont constaté les contrôleurs. Un appel ayant été interjeté par l'avocat, la décision de la cour d'appel a ensuite été notifiée à la patiente par le personnel de la clinique.

Si la notification de la décision de justice relève effectivement des obligations de la juridiction, l'absence habituelle d'implication du personnel de la clinique quant à cette obligation peut prêter à confusion dès lors que la décision de justice n'est pas prise sur le siège en présence du patient. Le même doute, sur ce qui doit être fait ou non, surviendrait en cas de décision prise après délibéré.

#### RECOMMANDATION 4

Garant des droits du patient en soins sans consentement, le personnel de la clinique doit avoir l'assurance que la décision judiciaire a été notifiée et disposer à cette fin d'un exemplaire signé par le patient, ou alors faire procéder à sa signature.

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont indique « *qu'à ce jour aucun document ne leur est remis en sortie d'audience foraine. Le patient est informé oralement de la décision du juge en fin d'audience. La clinique n'est destinataire par fax de la notification du juge que les jours suivants. Cette notification est insérée au sein du dossier médical du patient. Les équipes soignantes ont été formées à la vigilance que cette notification soit portée à la connaissance du patient et signée par ce dernier.* »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans la mesure où une procédure doit être établie entre le JLD et la clinique pour répondre aux exigences de notification.

Les mainlevées par le JLD sont rares : deux cas ont été rapportés, l'un non daté mais probablement ancien en raison du défaut de motivation d'un certificat médical, l'autre de mars 2019 en raison du transfert du patient du CHA à la clinique la veille de la comparution sans décision administrative le justifiant (cf.2.4).

L'appel par les patients est rare aussi : le seul cas rapporté en 2020 l'a été à l'initiative de l'avocat et la patiente s'est désistée de l'appel quand elle en a eu connaissance.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST GARANTIE

L'entrée sur l'emprise du site est gardée par une barrière coulissante, surveillée et manœuvrée 24h/24 et 7j/7 par un vigile posté. Ce gardiennage est assuré par une société prestataire extérieure ; l'équipe est composée de sept agents de sécurité (ADS), titulaires de la formation « service sécurité incendie et assistance à personne » (SSIAP) de niveau 1, qui se relaient toutes les douze heures, de 7h30 à 19h30 et de 19h30 à 7h30.

L'appel aux forces de police ne s'effectue en principe que sur demande médicale. Lorsque les soignants sont en difficulté avec un patient agité, il est d'usage de faire appel à deux infirmiers formant une équipe d'intervention, en première intention, auxquels vient parfois s'adjoindre le vigile en deuxième intention, lequel ne se présente que pour faire nombre et sans intervenir envers le patient.

Le périmètre du site, étant sur trois côtés du quadrilatère limitrophe de propriétés privées pavillonnaires, se trouve de fait sécurisé aussi par le voisinage.

Il n'y a pas vraiment de délinquance organisée et l'absence de réel parc limite les trafics potentiels (la clinique ayant été initialement conçue en clinique chirurgicale).

Le parking et la porte d'accès à l'accueil sont sous la surveillance de caméras, actuellement (et depuis plusieurs années, paraît-il) hors service.

Outre l'entrée du site, la clinique dispose d'un accès unique par double porte vitrée automatique, ouverte toute la journée de 8h30 jusque 19h45 puis de nouveau entre 21h30 et 22h pour les fumeurs.

Tous les patients ont un badge qui leur permet d'accéder à leur chambre (dont la porte se verrouille automatiquement dès qu'on la ferme) et aux espaces communs, mais pas aux autres étages.

Lors des sorties thérapeutiques le patient dépose son badge à l'accueil, et l'y retrouve à son retour. Cette organisation implique donc que les sorties comme les retours aient lieu aux horaires d'ouverture du bureau d'accueil, c'est-à-dire entre 9h et 20h.

Une traçabilité informatisée des déplacements au sein des locaux serait théoriquement possible, mais il n'apparaît pas qu'elle soit mise en œuvre.

La sécurité incendie fait l'objet d'une formation permanente suivie pour chacun des membres du personnel, y compris les médecins, deux fois par an. Un vigile, titulaire du SSIAP 1, est présent la nuit sur le site.

### 5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES

#### 5.2.1 L'accès aux chambres ; le rythme de vie

La journée est rythmée par la distribution des médicaments en chambre, entre 8h et 8h30, puis par les repas et les activités thérapeutiques. L'accès aux chambres est libre au cours de la journée.

De nombreuses activités sont organisées, dont les plannings généraux sont affichés dans les couloirs et pour lesquelles chaque patient reçoit un planning personnalisé, les unes sur prescription médicale, les autres en accès libre sur inscription préalable (cf. § 7.2).

### 5.2.2 L'accès au tabac

Le tabac est fourni par les familles, ou approvisionné lors des sorties thérapeutiques. Au besoin, le patient peut être accompagné par un soignant pour aller en acheter. La principale restriction est apportée par le budget que le patient peut y consacrer.

Toutefois, une politique active est menée sur ce sujet et un infirmier diplômé en tabacologie la promeut. Dès l'admission, il est porté au dossier du patient une mention spécifique sur ce point. Ainsi, pour les soixante-quatre dernières entrées est-il possible de dénombrer vingt-sept fumeurs. L'infirmier tabacologue propose, dans un délai moyen de trois à quatre jours, un premier entretien. Cette proposition n'a rencontré que deux refus. A l'issue de ce premier entretien, un deuxième entretien est proposé, que près de la moitié des patients concernés ont accepté, d'accompagnement personnalisé avec pour objectif une modération de la consommation, voire éventuellement un sevrage tabagique.

Des substituts nicotiniques (patchs) sont proposés.

Est en outre proposé le prêt d'une cigarette électronique pour aider à une transition vers le sevrage (cf. § 7.3).

Une modération sensible de la consommation de tabac est généralement constatée pendant le temps de l'hospitalisation ; après la sortie, un suivi est possible en HDJ.

Il est strictement interdit de fumer à l'intérieur des locaux ; toutes les chambres et les parties communes sont équipées de détecteurs d'incendie et de fumées.

Il est loisible de fumer en extérieur pendant la journée et jusqu'à 20h (de 20h à 8h30, les portes du bâtiment sont verrouillées). Une « pause cigarette » est organisée quotidiennement de 21h30 à 22h devant l'accueil, sous la surveillance d'un(e) AS et de l'ADS.

Un petit préau est prévu pour préserver les personnes de la pluie.

En règle générale, les patients sont autorisés à conserver leur briquet par devers eux ; quelques exceptions (restrictions) peuvent faire l'objet d'une prescription médicale, notamment pour la nuit, afin de prévenir des risques d'incendie.

### 5.2.3 L'usage du pyjama

Hormis en chambre d'isolement (cf. § 8.2), personne n'est en pyjama pendant la journée.

## 5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT LIBRES

### 5.3.1 Le téléphone et l'accès aux familles, les visites

Chaque chambre est prééquipée d'un téléphone fixe, où peuvent arriver les appels de l'extérieur *via* le standard de l'établissement. Les appels vers l'extérieur par ce moyen sont facturés.

En général, les patients viennent avec leur téléphone portable et le conservent, sauf parfois restriction sur avis médical transcrit dans le dossier informatisé du patient, restriction totale ou simplement pour la nuit. Les éventuelles restrictions sont régulièrement réévaluées.

Pendant les premiers jours d'observation, les chargeurs des téléphones et leurs cordons sont déposés dans le bureau des infirmiers, où doit être effectué le rechargement des batteries. Cette contrainte initiale est ensuite réévaluée.

Pour le courrier, les familles apportent les enveloppes et les timbres ; « *sinon, on se débrouille* ».

Les visites des familles sont prévues de 14h à 19h30, du lundi au dimanche. Il y avait un petit salon au rez-de-chaussée haut pour les accueillir (fermé pour travaux) ; il y aura à la fin des travaux en cours, une cafétéria au rez-de-chaussée bas ; en dehors de cela, les visites peuvent avoir lieu dans la chambre du patient ou dans le parc.

Les visites d'enfants de moins de 15 ans ne sont en principe pas autorisées dans la chambre du patient, mais sont permises dans les espaces communs.

De mars à mai 2020, pendant la période de protection contre l'épidémie de Covid, toutes les visites ont été systématiquement suspendues ; il n'était permis aux familles que d'apporter à la grille de clôture un sac de linge propre et y reprendre un sac de linge à laver. Depuis, les visites donnent lieu à une prise de température frontale, et au rappel des « gestes barrière ».

En fait, ces visites sont actuellement peu nombreuses, deux à trois par jour pour les quatre-vingt-dix patients de la clinique, et il n'a pas été nécessaire d'en limiter la durée pour éviter une trop grande promiscuité entre les familles en visite.

### 5.3.2 L'accès à l'information, internet et aux réseaux sociaux

Le bâtiment est équipé de la liaison *wifi* et les patients peuvent accéder à l'internet par le truchement de leur téléphone.

Une bibliothèque est à disposition où des livres peuvent être empruntés par les patients.

Le salon de télévision est fermé vers 22h30.

## 5.4 LA VIE SEXUELLE EST CANTONNEE HORS DE L'ETABLISSEMENT

La règle générale est de proscrire les allers et venues des uns dans les chambres des autres ; elle semble appliquée.

Des couples se forment toutefois, occasionnellement, dans les espaces communs.

Il n'est pas prévu de distribution de préservatifs. La prévention des maladies sexuellement transmissibles et l'éducation à la protection sont assurées par le médecin. La contraception est prise en charge par les médecins généralistes.

Le comité d'éthique s'est un peu emparé du sujet mais n'a pas émis de recommandation particulière (cf. § 2.5).

La vie sexuelle est ainsi officiellement cantonnée aux périodes de sortie thérapeutique.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont que « le thème de la sexualité a déjà été abordé en comité d'éthique de la clinique et au comité inter-clinique d'éthique nord parisien Clinéa en décembre 2017 de même que les relations affectives entre patients en septembre 2015. L'intimité et la sexualité sont des thèmes déjà prévus à l'ordre du jour d'un prochain comité. L'information sur les maladies sexuellement transmissibles ainsi que la contraception peuvent être abordée par le psychiatre. Des plaquettes informatives seront dorénavant mises à disposition. En psychiatrie, les relations ou les ruptures de relation sont généralement sources de modification des affects et parfois de symptomatologie à prendre en

*compte dans la prise en charge psychiatrique du patient. La question de « relations entre adultes consentants » reste une vigilance au regard des pathologies des patients accueillis dans l'établissement (personnes vulnérables). Les représentants des usagers sont des invités permanents du comité inter-clinique éthique nord parisien. »*



## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LES LOCAUX SONT CONSTAMMENT ENTRETENUS

La structure bâimentaire date des années 1960 et ne présente pas un aspect de vétusté particulière, non plus que les huisseries. Une rénovation a été conduite en 2004.

Un projet de réfection est en cours depuis 2018 et devait aboutir pour la fin 2020. Interrompu de mars à mai 2020 du fait des obligations de confinement, la date prévisionnelle de réception des travaux était fixée, lors de la mission, à la fin du premier trimestre 2021.

Il porte notamment sur la réfection « en cosmétique » (peintures, revêtements de sol) de toutes les chambres, mais aussi les tuyauteries et robinetteries, les réseaux électriques, la modernisation de la centrale de détection d'incendie, ainsi que la création d'une cafétéria, l'extension des locaux de l'HDJ et de la pharmacie.

Pour autant, au jour de la visite, aucun local ne présente un aspect caractérisable « d'indigne » : les locaux sont plutôt spacieux, lumineux et bien entretenus.



*Couloirs de l'unité*

2 ETP de techniciens sont consacrés à la petite maintenance préventive et curative :

- préventive : changement des filtres de la climatisation, détartrage des robinetteries et alimentation de tous les points d'eau inutilisés (prévention de la légionellose, un carnet sanitaire est tenu à jour répertoriant tous les points d'eau, avec traçabilité des actions) ;
- curative : essentiellement débouchage des lavabos et toilettes.

Outre cette petite maintenance, il s'agit surtout, pour ces deux agents techniques, d'assurer le suivi des interventions des entreprises extérieures. La plus grande part des travaux de maintenance est assurée par des entreprises référencées et sous contrats avec le groupe *Orpéa* : entretien des toitures, de la climatisation, des ventilations mécaniques contrôlées, des extincteurs et de la centrale de détection d'incendie, maintenance des ascenseurs, dépannage des machines en cuisine, dératisation, désinsectisation, etc.

Concernant plus spécifiquement les locaux d'hébergement, et pour vingt-cinq lits autorisés (sur les quatre-vingt-dix lits de la clinique), on compte vingt-trois chambres, dont trois chambres doubles, soit vingt-six lits installés.



*Salle de télévision*



*Salon*

Actuellement, les chambres doubles ne sont occupées que par un seul patient. En temps ordinaires, l'affectation en chambre double est étudiée en *staff* et relève de la demande du patient sous réserve de la disponibilité de la chambre et de la validation du médecin.

Les chambres sont relativement spacieuses (18,5 m<sup>2</sup> sauf une double de 24,7 m<sup>2</sup>), lumineuses, aérées, et toutes sont dotées d'une salle d'eau avec douche et WC.



*Chambre double*



*Salle d'eau avec douche et wc*

Chaque chambre individuelle, avec de légères variantes de l'une à l'autre, est équipée d'un lit, d'un bouton d'appel en tête de lit, d'une table de chevet, d'un petit bureau, d'une chaise et d'un fauteuil, parfois deux, d'une armoire et d'une petite commode, d'un récepteur de télévision.

Les armoires ne ferment pas à clé. L'intimité comme la sécurité des biens personnels sont correctement préservés car la chambre se ferme à clef automatiquement à la sortie du patient de sa chambre.

Les fenêtres sont larges et peuvent être entrouvertes sur une dizaine de centimètres grâce à un entrebâilleur, permettant une convenable aération. Toutes sont pourvues de rideaux occultants coulissants.

L'électricité s'éteint automatiquement lorsqu'en sortant, on ôte le badge d'accès, qui en commande l'alimentation générale pour la chambre.

La salle d'eau consiste en une douche à l'italienne, sans flexible ni pommeau, un lavabo, un porte-savon, deux patères, un miroir en verre *securit*®, un bouton d'appel, un WC à l'anglaise et un dérouleur de papier hygiénique.

## 6.2 L'HYGIENE EST RESPECTEE

L'hygiène des locaux de l'ensemble de la clinique est assurée par une équipe de douze agents des services hospitaliers (ASH), qui intervient tous les jours de 7h45 à 19h15, avec une pause méridienne d'une heure et deux pauses d'un quart d'heure chacune en cours de journée (de 7h30 à 15h30 du lundi au vendredi pour les ASH en charge de la partie administrative du bâtiment).

Quand un patient est sortant, on fait les chambres « à blanc ».

L'ensemble des locaux communs comme d'hébergement était propre au moment du contrôle.

L'hygiène à la personne est prise en compte grâce aux salles d'eau individuelles.

Il n'y a cependant pas de kits d'hygiène prévus pour les personnes indigentes ni stock de vêtements de secours.

### PROPOSITION 1

L'établissement pourrait proposer aux patients le nécessitant des kits d'hygiène ainsi que des vêtements de secours.

## 6.3 LES BIENS DU PATIENT SONT SECURISES

Un inventaire contradictoire des biens du patient est effectué à son admission.

Les objets considérés comme dangereux (rasoir à lame, cordon de chargeur de téléphone, briquet, etc.) sont retirés et déposés dans le bureau des infirmiers.

Les objets précieux peuvent, au choix de l'intéressé, être déposés dans le coffre du service de la facturation ou gardés en chambre.

Les moyens monétaires du patient sont soit en dépôt au coffre, soit alimentés auprès du service de la facturation, soit retirés au distributeur automatique de billets par le patient lui-même accompagné d'un soignant.

Par ailleurs comme évoqué *supra*, les portes des chambres sont verrouillées par badge et ne permettent pas l'intrusion de tiers. Les biens peuvent donc être conservés par les patients lors de sortie durant le week-end.

## 6.4 LES REPAS SONT INTEGRES DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

Les petits-déjeuners sont servis de 8h à 8h45, le déjeuner de 12h à 12h45, une collation à 16h, le dîner de 18h à 18h45, et une tisane à 22h. Ils sont pris, pour la plupart des patients, dans la grande salle à manger d'un self-service situé au rez-de-chaussée de la clinique.

La salle à manger est moderne, spacieuse et lumineuse. Le placement est libre, avec toutefois quelques places réservées pour les patients présentant un risque de fausse route à la déglutition, dans un endroit où se positionne un soignant pour la surveillance.

La distribution des repas est organisée selon une chaîne en libre-service. Les repas sont confectionnés sur place.

Le repas en chambre est pour autant autorisé et le jour du contrôle (30 juin), vingt et un plateaux ont été livrés en chambre, par chariot bitempérature. Les repas en chambre ne sont possibles que sur prescription médicale (leur nombre est monté jusqu'à quarante-sept plateaux-repas pendant le confinement).



*Salle de restauration*

Il y a toujours au moins deux plats chauds au choix, dont un poisson. Il n'y a jamais ni frites ni grillades, parfois un faux-filet poêlé. Le coût journalier est, le mois du contrôle, de 5,69 euros.

Il est expressément interdit de remonter de la nourriture dans les chambres, fussent des fruits.

Les menus pour toute la semaine sont affichés.

Les quelques patients interrogés se disent très satisfaits tant par la variété que par la qualité et les quantités des menus proposés.

Des menus spécifiques sont prévus : diabétiques, sans sel, mixés hachés, hypocaloriques, végétariens (sans considérations de halal, cachet, ou autres).

Une commission des menus se tient régulièrement et réunit la directrice de l'établissement, la cadre responsable des soins, une diététicienne, trois patients (un pour chaque étage), une représentante de l'HDJ, et le chef de cuisine.

Le chef de cuisine fait par ailleurs partie du *staff* général du lundi. Il est présent du lundi au vendredi, assisté de six personnes (deux chefs de production et quatre commis) qui travaillent en douze heures du lundi au dimanche. L'absentéisme y est faible. Les remplacements pendant les congés divers sont assurés par des vacataires, auxquels il est fait appel à partir d'une liste préétablie.

Les patients peuvent prendre leur repas avec leur famille au sein du self ; le repas est alors facturé 13 euros aux extérieurs.

## 7. LES SOINS

### 7.1 LA PRISE EN CHARGE EN PHASE DE CRISE EST TOUJOURS ASSURÉE PAR LES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTEUIL (CHA)

#### 7.1.1 Aux urgences du CHA

La clinique ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission des personnes en soins sans consentement s'effectue exclusivement par les urgences du CHA. Au sein de ces urgences transitent ainsi tous les patients relevant de soins de psychiatrie du secteur (G06) ; ces patients sont alors hospitalisés, le cas échéant, dans un des trois services sectorisés : les deux unités du CHA et les vingt-cinq lits de la clinique. Si les patients nécessitent au sein des urgences une décision d'isolement, ils ne sont jamais hospitalisés à la clinique.

La prise en charge initiale aux urgences adultes du CH est faite par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) dans un bureau situé à proximité de l'entrée des urgences et du sas d'arrivée des véhicules de secours pour les personnes allongées. 110 000 personnes transitent chaque année par ce service qui dispose de onze boxes, une chambre d'isolement et trois salles d'urgence vitale. Une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dispose, quant à elle, de seize lits et d'une chambre d'isolement.



*Entrées des urgences*

Les patients agités en soins sans consentement sont admis aux urgences par l'entrée des ambulances qui permet d'accéder directement devant le bureau de l'infirmière organisatrice de l'accueil sans croiser le public.

Les urgences peuvent faire appel à une équipe de psychiatrie du CHA : un psychiatre responsable des urgences psychiatriques et un psychologue (trois jours par semaine aux urgences). Un psychiatre est joignable 24h/24 pour les urgences ; un infirmier des urgences se détache en journée pour ne s'occuper que des urgences psychiatriques. Les spécialistes en psychiatrie



*Salle d'examen par l'IOA*

disposent d'un bureau aux urgences. Ils effectuent également toute la psychiatrie de liaison au profit des services de l'hôpital.

Si des problèmes somatiques sont d'emblée associés ou si le patient est en soins sans consentement, le patient est alors examiné par le médecin urgentiste qui peut ensuite confier le patient aux psychiatres.

Si un patient relève seulement d'une prise en charge psychiatrique, l'infirmier des urgences adresse le patient au psychiatre du service des urgences, le patient restant au sein de la première salle d'attente des malades. Si ce patient doit être hospitalisé, un examen somatique est demandé par le psychiatre auprès de l'urgentiste ; cependant s'il n'est pas hospitalisé et si le psychiatre n'en indique pas le besoin, il n'y a alors pas d'examen somatique par l'urgentiste.

Le patient examiné par un médecin est ensuite amené vers un box individuel. Les patients agités sont placés dans le premier box à toute proximité du bureau de l'IOA pour être davantage surveillé.

Pour les besoins de mise à l'écart, le service des urgences comporte une chambre d'isolement (CI) située à toute proximité de l'entrée et une seconde chambre au sein de l'UHCD.

La chambre d'isolement des urgences ne dispose cependant pas de point d'eau ni de WC et un pénilex est alors proposé pour les hommes à défaut de l'emmener aux WC dans le couloir des urgences. La fenêtre de cette CI ne permet pas l'aération et il n'y a pas d'horloge permettant l'orientation dans le temps (les durées d'isolement sont indiquées néanmoins courtes, de l'ordre de quelques heures maximum). Il y a un bouton d'appel mural mais pas pour les patients sous contention. Aucun siège pour le patient ou le soignant et aucun autre meuble que le lit en mousse n'est présent. La porte d'accès à la chambre, située dans le couloir, comporte une lucarne permettant de voir le patient alité sans préserver son intimité.

La seconde chambre située au sein de l'UHCD dispose d'une salle d'eau avec lavabo et WC séparée par une porte pouvant être laissée ouverte ou fermée. Le patient peut allumer et éteindre la lumière et un bouton d'appel mural est à sa disposition. Une fenêtre permet l'aération et une horloge, l'orientation temporelle. Un lit d'hospitalisation constitue l'unique mobilier.

## RECOMMANDATION 5

Les chambres d'isolement des urgences et de l'UHCD doivent permettre aux patients un libre accès 24h/24 à un point d'eau et aux WC, disposer d'un siège pour le patient ou le soignant, permettre une aération suffisante et garantir l'intimité du patient.

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont indique que « l'accès est libre à l'espace salle d'eau WC 24h/24 sauf prescription contraire de restriction du psychiatre « avec accompagnement soignant ». Cette prescription fait l'objet d'un bénéfice/risque noté au dossier patient et est temporaire et réévaluée à tout moment. En tout état de cause, le patient est en mesure d'appeler l'équipe soignante autant qu'il le souhaite (appel malade). »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements concernant l'accès aux WC, mais rappellent qu'aucune motivation clinique ne peut aboutir à la privation d'accès libre aux toilettes.

Les contentions utilisées sont à verrouillage magnétique quatre points ; un protocole précis est à disposition des soignants et rappelle les règles d'exception et de surveillance de la contention ;

les infirmiers et aides-soignants des urgences ont bénéficié de formations spécifiques à cette contention.

L'isolement ou l'installation de contentions pour des patients en soins sans consentement sont décidés, aux urgences comme à l'UHCD, par le médecin psychiatre des urgences psychiatriques. Les isolements et contentions sont inscrits dans le logiciel Cristallink de la psychiatrie et sur le dossier médical des urgences (DMU) du patient. Un registre papier des mesures est tenu et a été présenté aux contrôleurs ; il précise l'identité du médecin décideur, de l'infirmier assurant la surveillance, les heures de début et fin de la mesure d'isolement et de contention.



*Chambre d'isolement des urgences*



*Salle d'eau de la CI de l'UHCD*

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

### 7.1.2 A l'arrivée à la clinique

Les patients du secteur arrivent principalement en soins libres depuis les urgences, les CMP, un établissement social ou médico-social ou un autre établissement sanitaire. Comme indiqué *supra*, les patients en SSC ne peuvent être admis qu'après passage aux urgences du CHA.

Une fois admis, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre dans les vingt-quatre heures. Un infirmier peut parfois y participer. Le cadre de soins est alors établi avec le patient.

Chaque praticien enregistre ses observations médicales dans le logiciel *Hôpital Manager* ainsi que ses prescriptions. Les rares restrictions de liberté (*cf.* § 5) sont alors décidées par le praticien.

Un infirmier référent accompagne le patient dans le service et réalise l'inventaire des effets personnels et un état des lieux de la chambre ; le règlement intérieur est présenté à ce moment, annexé au livret d'accueil.

Les patients sont examinés systématiquement par un somaticien dans les premiers jours de l'admission.

## 7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES DANS LA PLURIDISCIPLINARITE

### 7.2.1 La convention de coopération et le projet médical

Le projet de service de l'unité est implicitement décrit dans la convention de partenariat avec le CHA et surtout dans le projet médical et le projet de soins du projet d'établissement 2017-2021. La vocation de l'unité sectorisée est ainsi d'accueillir, au titre de la psychiatrie « publique », les patients relevant du secteur G06 au sein de vingt-cinq lits agréés pour accueillir également les patients en soins sans consentement. Le contrôle a objectivé des relations professionnelles saines et fortes entre les médecins des deux établissements. Par ailleurs la clinique ne dispose pas de structures extra hospitalières sauf quelques lits d'hôpital de jour et la prise en charge à la sortie est donc confiée à la psychiatrie du CHA (sauf première consultation ambulatoire proposée à la clinique dans l'attente du rendez-vous en CMP, cf. § 2.1).

Le contrôle n'ayant pas porté sur les deux autres unités du secteur positionnées au CHA, il est difficile d'appréhender la prise en charge de la filière dans son ensemble mais les chiffres montrent que l'unité de la clinique ne prend des patients en soins sans consentement qu'à la marge par rapport aux deux autres unités (cf. § 2.4).

### 7.2.2 Les modalités de prise en charge au cours de l'hospitalisation

Le fonctionnement de l'unité est organisé autour d'un binôme de référents, un des médecins étant référent médical et la directrice des soins étant la référente administrative.

La présence quotidienne d'un psychiatre dans l'unité assure un suivi médical régulier. Chaque patient bénéficie d'autant d'entretiens médicaux que nécessaire, avec parfois un binôme psychiatre-infirmier.

La cohérence de la prise en charge repose sur des moments d'échanges nombreux entre professionnels.

Ainsi, un *staff* quotidien se tient dans chaque unité durant trente minutes réunissant médecins, cadre et équipe de jour, permettant d'aborder la situation de chaque patient en suivant le projet de soin individualisé ; un *staff* clinique se tient de manière hebdomadaire regroupant tous les acteurs : médecins, thérapeutes, psychologues, IDE, AS, cadre. La synthèse concernant chaque patient peut y être élaborée. Les patients sont invités à participer au *staff* les concernant lorsqu'il s'agit de préparer la sortie.

## BONNE PRATIQUE 7

Les patients sont invités à participer au *staff* clinique les concernant lorsqu'il s'agit de préparer la sortie.

Par ailleurs les temps de transmission entre équipe de nuit et équipe de jour le matin sont de quinze minutes.

Des réunions d'équipes, associant également la cuisine, l'hôtellerie et l'hôpital de jour, apportent chaque semaine l'information générale sur l'établissement. D'autres réunions rassemblent équipes de nuit et médecins de garde une fois par trimestre.



Il n'y a pas de réunion soignants-soignés au sein de l'unité (il y en a une mensuelle mais pour l'hôpital de jour) mais l'existence d'une « commission des soins » ouverte aux patients à l'échelle de la clinique, la remplace. Cette commission fait l'objet de comptes-rendus ; l'activité du service et les modalités de soins y sont évoqués. Huit patients de la clinique y participent (deux par unité donc deux de l'unité sectorisée), cadre de santé, médecin, directrice des soins (cf. § 4.1.2).

Les familles sont accueillies par les soignants et peuvent rencontrer le médecin au cours de l'hospitalisation. Des entretiens familiaux sont également proposés en tant que de besoin.

L'accès au dossier médical est possible sur demande écrite du patient auprès de la direction ; il peut choisir alors soit une copie des pièces, les photocopies étant à ses frais, soit une consultation du dossier avec ou sans soignant à ses côtés.

Une prise en charge spécifique des personnes âgées est mise en place : psychiatre spécialisé, projet de soin spécifique, grille d'évaluation, prise en charge médicamenteuse spécifique.

Les conditions d'accueil lors de l'hospitalisation comme les modalités de sortie en ambulatoire sont particulièrement travaillées. Ainsi tous les dimanches matin, un groupe « accueil » est proposé aux patients nouvellement arrivés, réunion qui présente toutes les modalités de prise en charge. Quant à la sortie, deux groupes, évoqués au chapitre 4.3, traitent des sorties thérapeutiques d'une part et de la préparation à la sortie d'autre part.

### 7.2.3 Les activités

L'établissement explique dans son livret d'accueil l'ensemble des activités qu'il propose, soit à la libre disposition des patients, soit sur prescription du médecin. Toutes les activités sont pleinement intégrées dans le projet de soin du patient.



*Salle de sport*



*Bibliothèque*

L'unité offre quelques matériels en libre utilisation : un poste de télévision (outre les téléviseurs en chambre pouvant être loués), une bibliothèque (ouverte trois fois par semaine) avec quelques jeux de société.

Des activités sont en accès libre (sans prescription) : remise en forme (activité physique en salle pour entraînement cardiovasculaire et renforcement musculaire), yoga, atelier chant, gym douce, yoga du rire, salsa, groupe mémoire, danse et détente, les « après-midi d'Orgemont » (activités ludiques).

La salle de remise en forme est accessible sur inscription du patient auprès de l'éducateur médico-sportif. Les horaires d'ouverture de la salle de remise en forme sont affichés dans l'unité ; la salle est ouverte durant une heure à une heure trente chaque demi-journée du lundi au dimanche inclus, sauf le samedi matin et le jeudi après-midi.

### BONNE PRATIQUE 8

Des équipements d'activité physique sont disponibles pour les patients y compris le week-end.

Une note d'information, donnée aux patients, liste les activités proposées mais surtout les explique clairement et en donne les bénéfices. L'ensemble des activités fait l'objet d'un affichage dans l'unité et d'une information dans le livret d'accueil.

### BONNE PRATIQUE 9

Une information complète est donnée aux patients sur les activités proposées, leur contenu, leur intérêt médical et leurs indications.

De nombreuses activités thérapeutiques, individuelles ou collectives, sont également proposées, sur prescription médicale : méthode Pilates (technique de travail du corps), Mindfulness (méditation pleine conscience), art-thérapie, ergothérapie, atelier écriture, musicothérapie, cuisine thérapeutique, atelier affirmation de soi, atelier troubles bipolaires, activités physiques (marche nordique, gymnase, badminton) groupe alcool, photo langage, gymnastique douce, psychomotricité.



Art-thérapie

Des modules de psychoéducation et groupes de paroles sont également proposés concernant la douleur, les médicaments, l'alcool.

## 7.3 LES SOINS SOMATIQUES ET DES AUTRES SPECIALISTES SONT ASSURES

Deux médecins généralistes assurent chacun deux vacations par semaine avec une présence d'une demi-journée les lundis, mardis, jeudis et vendredis. En dehors de ces moments, il est fait appel en tant que de besoin à SOS médecins.

La clinique dispose pour toutes ses unités d'un chariot d'urgence, situé dans la salle de soins du premier étage. Les infirmiers sont régulièrement formés au secourisme. Le SMUR arrive en moins de dix minutes, si besoin.

Les médecins et soignants ne rapportent pas de difficulté d'accès aux différents autres spécialistes dans les établissements ou auprès des libéraux du territoire. Un cardiologue vient effectuer des consultations tous les quinze jours sur le site de la clinique.

L'addiction est particulièrement prise en compte avec une offre de soins sur site sur le tabac et sur l'alcool principalement, et un partenariat avec le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour l'ensemble des addictions en prise en charge ambulatoire.



Les personnes souffrant d'addiction au tabac lors de l'admission se voient remettre, lors de la délivrance de médicaments, un bordereau avec une date de rendez-vous proposé avec l'infirmier addictologue (diplôme universitaire (DU) addictologie et DU tabacologie). Le patient peut alors bénéficier d'entretiens infirmiers ; l'IDE propose les traitements de substitution nicotinique au psychiatre, avec le dosage et la forme adaptée et discutée avec le patient.

#### *Salle de soins des infirmiers*

Ce suivi infirmier peut être prolongé après la sortie au sein de l'hôpital de jour.

Une permanence d'une association néphaliste (association Vie libre) est en complément organisée tous les quinze jours au sein de la clinique.

#### **7.4 LA GESTION DES MEDICAMENTS EST ORGANISEE DANS LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS**

La pharmacie à usage intérieur (PUI) est désormais regroupée à l'échelle des trois cliniques psychiatriques et trois établissements de soins de suite et réadaptation du groupe, et se situe sur le site de la clinique d'Orgemont dans des locaux neufs récemment réaménagés. Elle est gérée par trois pharmaciens (pour 3 ETP) aidés de six préparateurs en pharmacie (5,5 ETP) dont un coordonnateur et un agent logistique pour la livraison des cinq autres sites du groupe.

Un pharmacien est présent *a minima* chaque jour de 9h à 17h30 ; la nuit et les week-ends un pharmacien d'astreinte est joignable.



*Local de la pharmacie à usage intérieur*



*Chariot de distribution des traitements*

Les locaux sont spacieux et fonctionnels ; les espaces de stockage sont suffisants.

Le contrôle des prescriptions est effectué à 100 %. Ces prescriptions font l'objet de différents niveaux de validation avec moins de 10 % d'alerte, surtout sur les traitements somatiques. L'alerte est faite sur le logiciel *Hôpital Manager* à destination des médecins prescripteurs ou par téléphone en cas d'urgence.

Le pharmacien compte mettre en place prochainement la conciliation pharmaceutique sur les trois établissements, à raison de trois patients par établissement et par mois. Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques des unités et n'effectuent pas d'éducation thérapeutique.

La PUI reçoit chaque semaine les commandes des services grâce au logiciel *Winpharma* interfacé avec *Hôpital Manager* ; les préparateurs confectionnent alors les boîtes par semaine et par patient dans le cadre d'une dispensation hebdomadaire individuelle nominative (DHIN).

Dans les unités, la distribution des médicaments s'effectue individuellement en chambre en déplaçant le chariot des médicaments, dans le respect de la confidentialité.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place, commune aux trois cliniques psychiatriques et se réunit trois fois par an, présidée par le pharmacien avec une participation réelle des médecins.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 LA CHAMBRE D'ISOLEMENT NE PERMET PAS UN TOTAL RESPECT DE LA DIGNITE

L'établissement dispose d'une **chambre d'isolement** (CI), située au sein de l'unité sectorisée.

Cette chambre ne comporte qu'un lit en mousse déplaçable, recouvert d'un matelas et d'un pouf haut pour poser un plateau ou un verre ; il n'y a pas de chaise ou pouf pour s'asseoir.

Le choix de la peinture murale et de l'éclairage donne un caractère apaisant à l'espace. Il n'y a cependant pas de fenêtre mais un fenestron haut donnant sur la salle de soins, non ouvrable. Le patient ne peut pas actionner lui-même la lumière (bouton à l'extérieur).

La salle d'eau est située à l'extérieur de la chambre de l'autre côté du sas et non accessible lorsque la porte est fermée.

Un bouton d'appel mural est présent et fonctionne ; il n'y a pas de système d'appel lors de contention dans la mesure où aucune contention n'est posée.

Une horloge est présente mais sans mention de la date et du jour.



*Chambre d'isolement de l'unité sectorisée*

La conception architecturale de ces chambres ne répond pas ainsi totalement au respect de la dignité attendu.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

La chambre d'isolement doit comporter un fauteuil, une table et avoir un accès libre 24h/24 aux WC et à un point d'eau. Le patient doit avoir la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière.

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont indique que « *l'établissement permet aux patients d'avoir accès à l'ensemble de ces éléments et prévoit en ce sens l'achat du fauteuil sur le plan d'investissement 2021 (norme sécuritaire chambre d'isolement budget de 1500 euros/fauteuil).* »

## 8.2 LES MESURES D'ISOLEMENT FONT L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIERE DE L'EQUIPE MEDICO-SOIGNANTE

L'établissement affiche le souhait d'une politique de moindre recours à l'isolement dans son projet d'établissement ou encore dans les comptes-rendus de CME. La contention n'est pas du tout utilisée et il n'y a aucun matériel à disposition « *ce qui évite d'être tenté de s'en servir* » comme l'indiquent les praticiens.

### BONNE PRATIQUE 10

Aucune mesure de contention n'est pratiquée au sein de la clinique.

Les praticiens renseignent chaque mesure d'isolement dans le dossier informatique des patients du logiciel *Hôpital Manager*.

Un protocole « *prise en charge d'un patient en isolement thérapeutique* », actualisé le 19 décembre 2018 est à disposition des soignants sur l'intranet. Ce protocole cite les notes de la haute autorité de santé (HAS) de juillet 2015 et juin 2017 ; il mentionne encore cependant l'isolement comme « thérapeutique ».

La procédure de surveillance des patients en isolement est annexée au protocole, de même qu'une fiche de recueil du consentement du patient sur la mesure et une note d'information affichée en chambre d'isolement. La fiche de recueil du consentement indique les motivations conduisant le médecin à décider de cette mesure, la surveillance médicale et paramédicale dont le patient bénéficiera et les restrictions de liberté attachées à cette mesure.

### BONNE PRATIQUE 11

Pour chaque mesure d'isolement, une fiche de recueil du consentement du patient est élaborée et proposée au patient.

La décision initiale de douze heures est renouvelée toutes les vingt-quatre heures après examen physique du patient par le psychiatre qui examine le patient deux fois par jour ; les mesures décidées par l'interne sont validées formellement par un psychiatre. Un examen somatique est effectué dans les deux heures qui suivent la mise en chambre d'isolement, par le médecin généraliste de l'établissement ou s'il est indisponible, par un médecin de SOS médecins.

La personne conserve ses vêtements sauf exception décidée par le psychiatre.

Les repas sont donnés sur un plateau en présence d'un soignant avec des couverts en plastique jetables. Le repas peut également être pris dans le salon de l'unité en présence d'un soignant selon la situation clinique. Les soignants permettent parfois au patient de fumer à l'intérieur de la chambre sous leur surveillance lorsqu'ils ne peuvent pas l'emmener à l'extérieur, au bout du couloir.

La fiche d'évaluation de la prise en charge en CI est renseignée par la cadre de l'unité, et permet de vérifier que la « *prescription* » de mise en CI a été renouvelée à 12h, à 24h, de vérifier que l'information sur la mise en CI et les consignes associées ont été remises aux patients et signés, la planification des soins, le traçage des données sur la fiche de surveillance. La fiche d'évaluation permet aussi de vérifier que les consignes prescrites ont bien été réalisées et tracées, que l'information de la famille a été effectuée et tracée et que la fin de l'isolement est bien

horodatée. Seul le terme de « *prescription* de mise en CI » devra être remplacée par « *décision* de mise en CI ».

Pour chaque mesure cette fiche d'évaluation est présentée en CME et à l'équipe soignante.

### BONNE PRATIQUE 12

Pour chaque mesure d'isolement, une évaluation immédiate du processus médico-soignant est réalisée par le cadre de santé et présentée en CME.

Aucune mesure d'isolement n'est réalisée en chambre normale et la chambre d'hospitalisation est toujours gardée pendant la mise en CI.

L'agent de sécurité est informé en temps réel qu'une personne est enfermée.

Les pratiques d'isolement font l'objet d'un rapport annuel ; le rapport 2019 évoque un objectif « *thérapeutique* » de l'isolement mais le décrit comme à même de « *sécuriser l'environnement du patient afin de favoriser son apaisement* ». Le rapport évoque aussi une « *prescription* » médicale sous-tendue par une réflexion bénéfice-risque tracée dans le dossier médical du patient. Les nouvelles stratégies thérapeutiques sont développées en prévention des violences et de l'anxiété : fauteuil de cohérence cardiaque (apprentissage de la respiration et diminution du niveau d'anxiété), formation à la prévention du risque suicidaire et à « la gestion de l'agressivité » proposées aux nouveaux soignants de la clinique, réunion de débriefing des mises en isolement.



*Fauteuil Be-Breathe*



*Lit multisensoriel*

### 8.3 L'ANALYSE DU REGISTRE MET EN LUMIERE UNE PRATIQUE DE TRANSFERTS RAPIDES DES PATIENTS PLACES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT VERS LES HOPITAUX DE SECTEUR

Outre l'analyse des pratiques décrites *supra*, le registre est également présenté à la CME chaque année. La durée de l'isolement y est renseignée de même que le mode de sortie sur celui de 2019 (transfert ou pas). Il n'y a jamais d'isolement hors espace dédié en chambre ordinaire et donc l'item n'apparaît pas. De même aucune contention n'étant réalisée, cette information n'y figure pas non plus. Seul le statut initial du patient (soins libres ou SSC) n'apparaît pas dans le registre.

**L'analyse du registre mis en place montre, durant la période 2018 et 2019, les chiffres suivants :**

En 2018, dix-huit patients ont eu une phase d'isolement lors de dix-neuf mesures, pour des durées de 1 heure 10 à 111 heures, avec une moyenne de 9 heures si on exclut l'isolement exceptionnel de 111 heures.

Quatorze patients sur les dix-huit provenaient d'un autre service de la clinique et non de l'unité sectorisée et se trouvaient donc en soins libres.

En 2019, quinze patients ont eu une phase d'isolement lors de seize mesures avec des durées de 1 à 28 heures (moyenne de 8 heures) ; une des mesures n'a pas sa durée renseignée. neuf des quinze patients ont été transférés au CHA pendant l'isolement. Huit patients n'étaient pas hospitalisés en unité sectorisée au moment de la mise en CI.

En 2020, Quatre patients ont eu une phase d'isolement lors de cinq mesures pour des durées de 2 à 38 heures (moyenne de 14 heures) ; deux patients ne provenaient pas de l'unité sectorisée et trois ont été transférés pendant l'isolement.

L'ensemble de ces chiffres montre ainsi des pratiques d'isolement très faibles mais à mettre en perspective avec le faible nombre de personnes en SSC admises à la clinique. Une grande part des mises en isolement concerne des patients hospitalisés dans la clinique sous statut privé non sectorisé présentant une phase de crise ; les patients ne restent pas en chambre d'isolement au-delà de vingt-quatre heures et sont transférés alors au CHA ou dans l'établissement public de leur secteur psychiatrique. L'équipe médico-soignante indique « *que les locaux de l'unité ne permettent pas de garder ces patients au sein de la clinique* ».

Ce transfert d'un patient de la clinique vers l'hôpital public pendant une phase de crise ne respecte pas la dignité du patient et la qualité des soins en lui apportant le stress supplémentaire du changement d'équipe et d'établissement soignants, associé à un vécu punitif vis-à-vis de sa situation de crise.

#### RECOMMANDATION 6

Les phases de crise d'un patient nécessitant une privation de liberté doivent être gérées par l'équipe soignante ayant pris en charge le patient, dans la mesure où elle est habilitée à prendre en charge des patients en soins sans consentement et dispose des infrastructures adaptées.

**Dans ses observations du 16 novembre 2020 faisant suite au rapport provisoire adressé le 29 septembre 2020, la directrice exploitation de la clinique** d'Orgemont indique que « *l'accueil intersectoriel mis en place depuis cet été, s'il était pérennisé, nous permettrait de répondre à cette recommandation* » ( cf. observations recommandation n°1, §.2.4).



## 9. CONCLUSION

Le contrôle de la clinique d'Orgemont s'est déroulé dans une atmosphère sereine et constructive. Le respect des droits des patients est bien pris en compte et les restrictions de liberté très limitées. De même la pratique de l'isolement est mineure et il n'y a jamais de contention.

Cependant, cette prise en charge est facilitée par un filtrage de l'orientation des patients les moins instables par les urgences du CHA, les autres patients admis en unité sectorisée du secteur étant tous en soins libres. Quant aux autres patients de la clinique vivant une phase de crise, ils peuvent être placés en chambre d'isolement de l'unité sectorisée mais sont transférés dans l'hôpital public de secteur dès que la crise est susceptible de durer plus de vingt-quatre heures. Ainsi, si l'établissement est agréé et dispose des moyens de gérer un état de crise psychiatrique, il ne s'estime pas compétent pour gérer la crise jusqu'à son terme.

Pourtant, la qualité des soins est réelle avec une prise en charge psychiatrique, somatique, pharmaceutique et pluridisciplinaire permanente, des soignants formés et motivés, des projets de soins sérieusement suivis et intégrant pleinement une offre d'activités occupationnelles comme thérapeutiques conséquente. La préparation à la sortie est organisée pour asseoir le retour en ambulatoire.

L'information donnée aux patients est complète. Une commission des soins permet d'associer les patients à la démarche de soin pour recueillir leur avis et proposition. La personne de confiance est associée à la prise en charge si le patient le désire.

Dans ce contexte, le positionnement de la clinique comme structure de prise en charge de personnes en soins sans consentement est insuffisamment reconnu par les instances judiciaires et la qualité des soins prodigués devrait pouvoir être mise à profit pour davantage de patients en SSC.

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

[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)