



---

## **Rapport de visite :**

4 au 8 octobre 2021 – 1<sup>ère</sup> visite

Centre hospitalier

intercommunal de

Villeneuve-Saint-Georges

*(Val-de-Marne)*

## SYNTHESE

Du 4 au 7 octobre 2021, trois contrôleurs ont visité l'unité d'hospitalisation à temps plein (UHTP) du centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges (Val-de-Marne), en charge de l'un des seize secteurs psychiatriques pour adultes du département (secteur 94G09), ainsi que son service d'accueil des urgences (SAU). Le secteur 94G09 couvre six villes – Villeneuve-Saint-Georges, Valenton, Limeil-Brévannes, Villecresnes, Mandres-les-Roses et Périgny-sur-Yerres – représentant une population de 100 000 habitants.

Le rapport a fait l'objet d'échanges contradictoires avec la direction générale de cet établissement dont les observations ont été prises en compte, ainsi qu'avec le préfet du Val-de-Marne, les chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Créteil (Val-de-Marne) et la direction générale de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, qui n'ont pas fait valoir d'observation.

La visite s'est déroulée dans un contexte de reconfiguration de l'offre d'hospitalisation psychiatrique incluant la fermeture de l'UHTP et dont les contrôleurs n'avaient pas connaissance avant leur arrivée. Fin 2021, l'unité accueillait toujours des patients. De plus, les mesures sanitaires liées à la Covid-19 marquaient fortement le fonctionnement des services.

Lors de la visite, l'UHTP dispose de vingt-et-un lits. Les conditions d'hébergement y sont inadaptées à cause de la conception architecturale de l'unité, dans un immeuble de grande hauteur, mais aussi de l'équipement hôtelier des chambres et des parties communes. Lors de la visite, le fonctionnement était marqué par la systématisation de restrictions individuelles à l'arrivée et par les limites fortes portées au principe de liberté d'aller et venir pour tous les patients, quel que soit leur statut, y compris d'agissant d'accéder à l'air libre. Faute de ressources consacrées aux activités thérapeutiques, faute de personnel soignant spécialisé en psychiatrie en nombre suffisant, les soins s'appuyaient sur la présence médicale. Est également discutée la formalisation des décisions d'admission du directeur et la qualité de l'information faite aux patients en soins sans consentement tout au long de la procédure.

L'indignité de la prise en charge dans les chambres d'isolement résulte de l'obligation faite aux patients d'utiliser un seau pour faire leurs besoins et de leur visibilité par tous ceux qui passent dans le couloir. L'isolement en espace non dédié n'étant pas tracé dans le registre, le rapport annuel relatif à l'isolement et à la contention n'en rend pas compte ; ledit rapport existe mais n'est pas porté à la connaissance des professionnels de l'unité. L'ensemble de la prise en charge est marqué par une réflexion institutionnelle insuffisante.

Pourtant, l'équipe de l'UHTP n'a pas un recours intensif à l'isolement, ni de surcroît à la contention, et explore très volontiers les alternatives. Les soignants sont individuellement investis dans le soin, soucieux d'amélioration des états de santé et d'acceptation des soins par les patients.

Concernant le SAU, la durée longue de maintien dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dans des conditions assimilables à des mesures d'isolement et de contention a retenu l'attention, de même que l'initiation de procédures de soins sans consentement qui ne débouchent sur aucune décision du directeur tant que l'hospitalisation dans un service spécialisé n'est pas effective. Mais, par ailleurs, la filière de prise en charge psychiatrique au sein des urgences est bien identifiée, par des moyens matériels et des moyens médicaux et infirmiers spécialisés.

## SOMMAIRE

<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>7</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>8</b>
2.1 La reconfiguration de l'offre d'hospitalisation en psychiatrie dans le sud du Val-de-Marne est programmée .....	8
2.2 Les données budgétaires n'appellent pas d'observation .....	9
2.3 Le déficit de personnel non médical met en péril la qualité de la prise en charge .....	10
2.4 Les événements indésirables rencontrent une réponse institutionnelle limitée .....	12
2.5 Aucun comité d'éthique n'est constitué .....	13
<b>3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT .....</b>	<b>14</b>
3.1 La liaison psychiatrique au service des urgences est correctement médicalisée mais le séjour peut y durer faute de lits d'aval .....	14
3.2 L'activité ne conduit pas à des périodes de suroccupation de l'UHTP.....	15
3.3 Les patients en soins sans consentement, informés des modalités de leur séjour et de leurs droits, manquent d'explications orales lors de la notification des décisions qui pour certaines sont prises tardivement.....	16
<b>4. LES CONDITIONS DE VIE .....</b>	<b>19</b>
4.1 Les locaux sont inadaptés .....	19
4.2 Les besoins d'hygiène peuvent être satisfaits convenablement .....	20
4.3 Les biens du patient sont protégés .....	20
4.4 Les repas ne sont pas pris dans un lieu convivial.....	21
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>23</b>
5.1 Les patients ne disposent d'aucune liberté d'aller et venir .....	23
5.2 Le service de sécurité intervient dans la prise en charge des patients.....	24
5.3 Des restrictions dans la vie quotidienne sont systématiques dans les premiers temps de l'hospitalisation .....	24
5.4 Les communications avec l'extérieur sont restreintes .....	25
5.5 L'exercice du droit de vote est encadré mais très peu exercé.....	26
5.6 L'accès au culte est très peu demandé.....	26
<b>6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>27</b>
6.1 Les chambres d'isolement sont de conception imparfaite.....	27
6.2 L'isolement aux urgences concerne des patients en soins libres soumis à des mesures longues en raison de la recherche d'un lieu d'hospitalisation et l'isolement séquentiel en chambre hôtelière n'est pas tracé à l'UHTP .....	31
6.3 L'analyse des pratiques enregistrées ne concerne pas les urgences et elle ne permet pas à l'UHTP d'identifier une politique de service tendant à réduire le recours à l'isolement et à la contention.....	33

<b>7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>35</b>
7.1 La commission départementale des soins psychiatriques, s’efforce d’exercer, <i>a minima</i> , sa mission de contrôle.....	35
7.2 Les registres, tenus avec retard et de façon incomplète, ne permettent pas de contrôler efficacement les modalités de l’hospitalisation sans consentement .	36
7.3 Le contrôle juridictionnel s’exerce dans des conditions matérielles respectueuses de la dignité des patients tandis que le contrôle des autres autorités est réduit au minimum .....	37
<b>8. LES SOINS.....</b>	<b>40</b>
8.1 Les soins psychiatriques résultent principalement de l’intervention médicale .	40
8.2 Les soins somatiques sont facilités par l’intervention d’un généraliste et par l’accès aux services spécialisés du centre hospitalier.....	42
8.3 Les patients en soins sans consentement ne bénéficient pas d’autorisations de sortie, le collège des professionnels ne se réunit pas et les délais de sortie sont considérablement allongés par la lenteur des partenaires extérieurs .....	42
<b>9. CONCLUSION.....</b>	<b>45</b>

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### 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 ..... 13**

Une instance de réflexion doit pouvoir recueillir les interrogations éthiques des soignants et leur diffuser des éléments de réponse.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 18**

Lors de chaque notification des décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement, il est nécessaire de s'assurer que le patient est suffisamment et explicitement informé de son statut et de ses droits. De plus, le recueil de ses éventuelles observations doit être tracé.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 18**

L'édition et la signature des décisions du directeur admettant des patients en soins sans consentement durant le week-end doivent être effectuées en temps réel par le cadre administratif d'astreinte et notifiées sans délai dès que l'état du patient le permet.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 20**

L'agencement des locaux doit participer du soin. L'hébergement en chambre individuelle doit être priorisé. Les portes des chambres ne doivent pas comporter de fenestrons et doivent offrir un dispositif de fermeture permettant au patient de protéger son intimité. Il doit être possible d'aérer la chambre en ouvrant la fenêtre.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 24**

L'intervention directe d'agents de services de sécurité auprès des patients doit être prohibée.

#### **RECOMMANDATION 6 ..... 25**

L'imposition systématique du port du pyjama doit être prohibée. Les patients doivent être incités à porter des vêtements personnels, au moins en journée.

#### **RECOMMANDATION 7 ..... 30**

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel et d'une horloge permettant de connaître le jour et l'heure également accessibles pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou d'éteindre sa lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant. L'intérieur des chambres et les patients qui s'y trouvent ne doivent pas être visibles depuis le couloir.

#### **RECOMMANDATION 8 ..... 32**

Les pratiques d'isolement et de contention de patients de psychiatrie aux urgences de l'établissement doivent être prises en compte au sein de ce dernier : une réflexion doit permettre d'améliorer la traçabilité de ces mesures, qui ne peuvent s'appliquer qu'à des patients pour lesquels une procédure de soins sans consentement est engagée.

#### **RECOMMANDATION 9 ..... 32**

Toute décision d'enfermement d'un patient dans un lieu clos, qu'il s'agisse d'une chambre d'isolement ou d'une chambre hôtelière, que l'enfermement soit continu ou séquentiel, constitue une mesure d'isolement qui doit répondre à toutes les obligations légales relatives à de telles mesures, notamment s'agissant de leur traçabilité.

**RECOMMANDATION 10 ..... 35**

Les patients en soins sans consentement en programme de soins après une hospitalisation complète au pôle psychiatrique du CHIV doivent être informés de la visite de la CDSP dans cet établissement. Par ailleurs, la CDSP doit effectuer des visites biannuelles dans chacun des établissements hospitaliers de son ressort recevant des patients en soins sans consentement.

**RECOMMANDATION 11 ..... 39**

Conformément au code de la santé publique, le préfet du Val-de-Marne, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Créteil et le maire de la commune de Villeneuve-Saint-Georges ou leurs représentants doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi visa et éventuelles observations.

**RECOMMANDATION 12 ..... 43**

Le collège des professionnels de santé doit être convoqué par le directeur de l'établissement pour, collégialement, recueillir les observations des patients au statut énoncé dans l'article L 3212-7 du code de la santé publique avant de donner son avis motivé sur le maintien de la mesure.

# Rapport

Contrôleurs :

- Fabienne Viton, cheffe de mission ;
- Marie-Agnès Credoz ;
- Anne Lecourbe.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges (Val-de-Marne) du 4 au 8 octobre 2021. Il s'agissait de la première visite.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

La visite avait été annoncée au cours de la semaine précédente à la direction.

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges (CHIV) le 4 octobre à 14h. Ils l'ont quitté le 7 octobre à 18h mais ont assisté le lendemain matin à une audience du juge des libertés et de la détention se déroulant à l'hôpital Albert Chenevier à Créteil (Val-de-Marne) et à laquelle des patients du CHIV étaient présentés.

Une réunion de présentation a eu lieu à l'arrivée, en présence de la directrice des hôpitaux Confluence – dans lesquels est intégré le CHIV, du président de la commission médicale d'établissement (CME) du CHIV, du médecin chef du pôle de santé mentale, de la cadre supérieure du pôle, de la secrétaire de l'unité d'hospitalisation à temps plein (UHTP), de la médecin cheffe du service d'accueil d'urgence et de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SAU-SMUR), du cadre supérieur et du cadre de proximité du SAU.

Au cours de la visite, contact a été pris avec un représentant de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France ainsi qu'avec le juge des libertés et de la détention (JLD) et son greffe.

Les contrôleurs se sont installés dans un bureau temporairement inoccupé de l'UHTP. La plupart des documents demandés leur a été remis. L'affiche signalant la visite avait été diffusée.

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. Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et certaines ont souhaité avoir un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu le 7 octobre 2021 à 17h en présence du directeur des ressources humaines des hôpitaux Confluence et de la cadre supérieure du pôle de santé mentale.

Un rapport provisoire a été adressé le 10 juin 2022 à la directrice générale des hôpitaux Confluence, à l'ARS d'Ile-de-France, aux chefs de la juridiction de Créteil (Val-de-Marne) et à la préfecture du Val-de-Marne. La directrice générale des hôpitaux Confluence a communiqué ses observations par courrier en date du 17 octobre 2022. Lesdites observations sont intégrées au présent rapport définitif.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LA RECONFIGURATION DE L'OFFRE D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE DANS LE SUD DU VAL-DE-MARNE EST PROGRAMMEE

Le CHIV est en charge de l'un des seize secteurs psychiatriques pour adultes du département du Val-de-Marne, le secteur 94G09. Chacun des quinze autres secteurs est rattaché administrativement à l'un des établissements de santé suivants : le centre hospitalier les Murets et le Groupe hospitalier Paul Guiraud pour cinq secteurs chacun, les hôpitaux universitaires Henri Mondor / Albert Chenevier pour trois secteurs, l'hôpital Paul Brousse et les hôpitaux de Saint-Maurice pour un seul secteur chacun.

Le secteur 94G09 couvre six villes – Villeneuve-Saint-Georges, Valenton, Limeil-Brévannes, Villecresnes, Mandres-les-Roses et Périgny-sur-Yerres – représentant une population de 100 000 habitants.

Cette répartition montre que l'offre de soins de psychiatrie du CHIV n'est pas prééminente dans le département. Elle ne l'est pas non plus pour l'établissement lui-même dont le ressort est largement plus vaste que celui du secteur 94G09, plus peuplé avec près de 400 000 habitants, et dont le pôle de santé mentale n'est que l'un des six qu'il compte avec le pôle chirurgie, le pôle femme-enfant, le pôle médecine et le pôle médico-technique. La modestie du pôle de santé mentale se traduit également en termes d'hospitalisation complète puisque son unique unité d'hospitalisation à temps plein (UHTP) ne représente que 24 des 606 lits du CHIV.

Cette unité, ouverte en 1998, n'est pas destinée à rester localisée au CHIV. Si l'établissement entend maintenir sous sa gestion directe les activités ambulatoires ainsi que la liaison psychiatrique au service des urgences et auprès des autres services (cf. § 3.1), les lits d'hospitalisation doivent être transférés pour partie à l'hôpital Paul Guiraud et pour partie dans un ou deux établissements privés qui pourraient se voir habilités à l'accueil de patients en soins sans consentement.

Au moment de la visite, ces derniers éléments de l'organisation prévue à terme restent à préciser mais la fermeture de l'unité est actée, motivée par les faiblesses du projet médical présenté par le pôle, lesquelles ont dissuadé l'ARS de le financer, par les difficultés de recrutement de personnel infirmier qui ont déjà conduit à la fermeture de trois lits et par l'inadaptation des locaux. La rénovation nécessaire de l'immeuble de grande hauteur dans lequel est implanté l'UHTP – qui « *ne peut pas se faire en présence des patients de psychiatrie* » – a aussi été avancée pour la justifier. Le calendrier et le processus de cette fermeture restent inconnus du personnel de l'unité comme des instances de dialogue social. Les conditions pratiques de sa réalisation sont d'autant plus floues que l'hôpital Paul Guiraud, lui-même déficitaire de cinquante postes d'infirmiers, peinera vraisemblablement à prendre en charge les patients du secteur 94G09. La question du transfert des postes médicaux et paramédicaux est restée sans réponse de la part des gestionnaires.

Outre la liaison psychiatrique mentionnée ci-dessus, resteraient sous la gestion du CHIV les activités ambulatoires constituées par le centre médicopsychologique et d'accueil familial thérapeutique (CMP-AFT) situé près de la gare ferroviaire (dix places autorisées, trois places occupées), l'hôpital de jour (HJ) pour adultes (dix places) et le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) tous deux situés dans l'enceinte du CHIV, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) avec une équipe de liaison en



addictologie. Le CHIV maintiendrait la liaison psychiatrique avec la maison de retraite « Les Vignes », qui est une structure de l'hôpital, et avec un autre établissement d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Celle-ci facilite l'admission des patients dans ces structures qui, réciproquement, s'engagent à reprendre le résident parti en hospitalisation quelques jours.

Le projet d'hôpital de jour pour adolescents a été retenu par l'ARS.

Lors de la visite, l'UHTP dispose de vingt-et-un lits, trois ayant déjà été fermés à la suite du départ de 4,5 soignants.

Dans ses observations au rapport provisoire en date du 17 octobre 2022, la direction du CHIV souhaite apporter des corrections à cette présentation, précisant :

*« L'UHTP, pour des raisons de qualité de prise en charge n'a pas vocation à rester localisée au sein de l'immeuble de grande hauteur du CHIV. Une localisation davantage adaptée aux patients présentant des troubles psychiatriques avec espace extérieur doit être privilégiée.*

*En l'absence de projet médical et compte tenu de l'isolement de ce service au sein d'un établissement à dominante MCD, il a été envisagé un nouveau rattachement du secteur à un établissement spécialisé en santé mentale. Des premières discussions ont été entreprises avec le GH Paul Guiraud à Villejuif en 2021 qui se sont concrétisées par une lettre de mission adressée par l'ARS Ile-de-France demandant au CHIV et au GH Paul Guiraud de travailler ce projet.*

*Suite à ces discussions, il est envisagé à court terme (été 2022) un rattachement administratif du secteur 94G09 au GH Paul Guiraud (UHTP, liaison et structures extrahospitalières). Dans le cadre de la rénovation du GH Paul Guiraud, l'UHTP pourra être localisée en son sein et bénéficier de synergies possibles sur le site (accès aux médecins somaticiens, gardes communes, ...). Les unités ambulatoires ont vocation à rester localisées sur la commune de Villeneuve-Saint-Georges afin de maintenir une offre de proximité pour les patients du secteur.*

*Le personnel de l'UHTP comme celui des structures ambulatoires ainsi que les organisations syndicales ont été, très rapidement, informés de ce projet et des réunions ad hoc animées par des représentants de la direction du CHIV ont été organisées. Il a été convenu que les agents de l'UHTP comme de l'ambulatoire seraient libres de leurs affectations. Pour ceux qui souhaitent continuer à exercer au sein du secteur, différentes modalités ont été proposées (mutation, mise à disposition...).*

*Les difficultés actuelles de recrutement du GH Paul Guiraud n'ont pas permis aujourd'hui d'aboutir à un transfert effectif du secteur mais ce projet fait toujours l'objet de discussions approfondies entre les deux établissements.*

*En parallèle et afin de maintenir une offre d'hospitalisation temps plein au plus près des lieux de vie des patients, une convention tripartite a été signée entre le CHIV, l'ARS IDF et le groupe Clinea afin d'accueillir dans une unité adaptée 12 patients du secteur au sein de la clinique château du bel air à Crosnes, à proximité immédiate du CHIV. Ce partenariat est opérationnel depuis mars 2022. »*

Elle sollicite aussi une modification du titre du paragraphe, dont il a été tenu compte.

## 2.2 LES DONNÉES BUDGÉTAIRES N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

En 2019 (données globales les plus récentes fournies par le CHIV), le pôle de psychiatrie a disposé d'un montant total de ressources de 5 547 167 euros dont 96 % proviennent de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) et le restant du forfait journalier psychiatrie et de la dotation

de lutte contre les maladies mentales. Les charges d'hospitalisation représentent 38% du total des dépenses du pôle et 57% de ses charges directes, étant précisé que les charges indirectes s'élèvent à 33% des dépenses totales. Le résultat net laisse un déficit de 371 167 euros (6,7% des ressources).

La DAF de 2020 a été augmentée de 1 %, augmentation essentiellement imputable à la mesure « Ségur » de 50 000 euros.

Les ressources de l'UHTP pour financer certaines sorties ou acheter du matériel lui sont dispensées par l'association « Le chalet », association de la loi de 1901, qui a pour but de « favoriser l'adaptation et la réinsertion de patients psychiatriques suivis par le secteur 94G09 ». Elle reçoit à cette fin une subvention du CHIV qui a été de 6 813 euros en 2020. Le total de ses dépenses pour l'hôpital de jour et l'unité d'hospitalisation était de 5 401 euros en 2019 et est tombé à 1 421 euros en 2020, en raison de la pandémie qui a limité les besoins de financement de sorties, principales dépenses, avec seulement 249 euros pour 2020 pour 2 247 euros l'année précédente. Ces sorties n'ont jamais repris. Le financement en serait pourtant assuré mais aucune dynamique dans ce sens n'est impulsée par l'unité.

Dans ses observations au rapport provisoire en date du 17 octobre 2022, la direction du CHIV précise que l'association Le Chalet a pu poursuivre « son objet : deux sorties d'une journée ont été organisées pour les patients de l'HDJ en 2021. La dynamique s'est poursuivie avec une autre sortie de trois jours en Normandie. »

## 2.3 LE DEFICIT DE PERSONNEL NON MEDICAL MET EN PERIL LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

### 2.3.1 Le personnel médical

Selon le projet médical élaboré par le responsable du pôle – non daté – remis aux contrôleurs, les ressources du pôle (hors service de traitement des maladies addictives) sont de 10,20 équivalent-temps plein (ETP) de postes médicaux budgétés dont 2,60 ETP sont vacants.

Trois de ces médecins interviennent à l'UHTP, étant précisé que même s'ils sont salariés pour un temps plein, ils effectuent une partie de leur service dans les structures ambulatoires :

- le chef du service fermé, praticien hospitalier (PH), qui assure 0,6 ETP à l'UHTP et 0,2 ETP au CMP ;
- un PH habilité qui effectue 0,9 ETP à l'UHTP et 0,1 ETP au CMP ;
- un praticien attaché, qui n'est pas habilité à signer les documents médicaux légaux, assure 1 ETP à l'UHTP.

D'autres psychiatres peuvent intervenir ponctuellement, notamment pour signer les documents médicaux légaux. Aucun interne n'a pris le poste alors que le service est « validant ».

Un somaticien intervient dans l'unité deux demi-journées par semaine.

Les moyens médicaux du pôle permettent d'assurer sans difficulté une ligne de garde 7J/7 et 24h/24, tenue par sept médecins qui n'ont pas tous l'habilitation médicale légale. Aussi, l'astreinte d'un « senior » complète la garde si celle-ci n'est pas tenue par un PH habilité.

### 2.3.2 Le personnel non médical

Les ressources non médicales du pôle (hors service de traitement des maladies addictives) sont de 49,50 ETP répartis en 1 ETP de cadre, 6 ETP de psychologue, 23,90 ETP d'infirmiers, 5 ETP

d'aides-soignants, 4 ETP d'agent des services hospitaliers (ASH), 1,60 ETP d'ergothérapeute, 4 ETP de secrétaire médicale, 2 ETP d'assistant de service social (ASS) et 2 ETP d'assistant familial. L'effectif affecté à l'UHTP est de 11 ETP d'infirmiers, 5 ETP d'aides-soignants, 3 ETP d'ASH pour les équipes de jour, dont un seul homme, et de 5 personnes pour les équipes de nuit, dont un seul homme également.

L'effectif minimal des équipes soignantes de l'unité d'hospitalisation est de deux infirmiers et un aide-soignant par roulement, matin et soir, 7j/7, et deux infirmiers la nuit. En pratique, l'effectif réel est désormais l'effectif minimal, le renfort de l'équipe par un troisième infirmier, en vigueur naguère, est devenu inenvisageable. Le remplacement des agents partis de l'UHTP est très difficile.

Dans ses observations au rapport provisoire en date du 17 octobre 2022, la direction du CHIV indique :

*« Depuis janvier 2022 les AS/IDE/IDN sont passés à une organisation du travail en 12 heures. A ce jour, les effectifs sont les suivants :*

*IDE : sur une cible à 6 ETP, 2 ETP vacants*

*AS : 6 ETP dont 2 recrutements en avril 2022 et mai 2022*

*IDN : Sur une cible à 6 ETP, 3,5 ETP vacants*

*Sur les 3 postes vacants, le service dispose depuis janvier 2022 de 3 intérimaires fixes afin d'éviter un turn-over de vacataires qui pourrait déstabiliser les patients. »*

Les remplacements des absences sont gérés par le service des vacances du CHIV. Ils sont assurés par des agents de l'unité qui effectuent des heures supplémentaires, ou par un agent du pool de remplacement de l'établissement ou encore par recours à des vacataires.

Compte tenu de la situation du service, la question de l'accueil et de la formation des agents nouvellement affectés ne se pose plus depuis bien avant la pandémie de Covid-19.

Aucune supervision n'est proposée aux équipes.

Lors de la visite, la psychologue qui intervenait à mi-temps dans l'unité n'y vient plus mais elle peut s'y déplacer si un patient en fait la demande.

De même, aucune activité d'ergothérapie n'est conduite depuis le départ de l'ergothérapeute en congé de maternité, congé qui devrait prendre fin en janvier 2022. Par le biais de ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV précise en octobre 2022 que ce non-remplacement est conforme à la « *pratique de l'établissement pour les profils de personnels de rééducation quel que soit le service concerné* » et que la prolongation de l'absence de l'ergothérapeute entraîne le projet « *à court terme de [recruter en externe] un ergothérapeute à mi-temps* ».

Selon les interlocuteurs rencontrés, la faiblesse de l'effectif de soignants ne permet pas à l'un d'entre eux de se détacher pour animer des activités thérapeutiques. La direction générale du CHIV indique au contraire dans ses observations au rapport provisoire que « *des activités sont réalisées avec les professionnels paramédicaux présents : souvent dans l'office (activité cuisine), le salon (activités tricot, jeux de société, baby-foot) ou dans le poste de soins. Ces activités sont réalisées en général le week-end, sous réserve de l'état du service (agitation, patients violents, ...)* ».

Un ASS est en principe affecté à temps plein à l'unité mais la titulaire du poste est partie et c'est l'ASS de l'extrahospitalier qui vient trois demi-journées, lundi, mardi et jeudi matin, par semaine.

## 2.4 LES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES RENCONTRENT UNE RÉPONSE INSTITUTIONNELLE LIMITÉE

Les déclarations d'événements indésirables sont adressées à la direction de la qualité. Des membres de l'équipe expriment le sentiment de n'en recevoir aucun retour. Selon les interlocuteurs rencontrés, aucune revue de mortalité et de morbidité ou aucun retour d'expérience n'ont jamais été organisés.

Dans ses observations au rapport provisoire, en octobre 2022, la direction du CHIV garantit le soutien du service de psychiatrie par « *l'équipe qualité qui s'assure de la gestion des événements indésirables de l'ensemble de l'établissement. Selon le type d'événement la réponse est apportée directement par l'encadrement paramédical ou médical ou via la coordination qualité lorsqu'il s'agit de faire intervenir d'autres services ou des fonctions support (du type maintenance, logistique, informatique etc.). Le recrutement en cours d'un nouveau cadre de proximité pour la psychiatrie permettra d'ici novembre 2022 la réinstauration des réunions de synthèse hebdomadaires au cours desquels la revue des EI du service pourra être réalisée* ».

La prise en charge de la violence repose sur le savoir-faire – pour les plus expérimentés d'entre eux – ou sur l'initiative des soignants qui se sentent peu étayés pour ce faire. En cas de montée en tension, les soignants s'efforcent de temporiser, administrent, si possible, le traitement « si besoin » *per os*, éventuellement appellent le psychiatre de garde qui est censé venir dans le service. En dernier lieu, le traitement injectable est administré en présence du psychiatre avec, s'il le faut, l'assistance des agents de sécurité (cf. § 5.2). Dans ces conditions, peu de fiches d'événement indésirable sont rédigées, « *mais le jour où on en fait une, c'est sérieux* ».

Lors de la visite, certains professionnels ont avancé que les actes violents de la part des patients avaient augmenté depuis l'absence de l'ergothérapeute. Un patient a eu le bras cassé par un autre. Autrefois, ces épisodes pouvaient être évoqués avec la psychologue, en réunion soignants-soignés, mais celles-ci n'ont plus lieu. Dans ses observations au rapport provisoire, en octobre 2022, la direction générale du CHIV « *réfute le lien de causalité non démontré entre l'absence d'ergothérapeute et une supposée augmentation des actes de violence des patients. L'établissement ne note pas d'augmentation d'actes d'agressivité en lien avec l'absence de l'ergothérapeute [qui date d'avril 2021]. L'établissement reconnaît en revanche que le départ de plusieurs effectifs fixes du service en lien avec le projet de relocalisation du secteur sur la clinique Clinéa et le GH Paul Guiraud a pu contribuer à déstabiliser les patients et l'équipe* ».

Les équipes se sentent démunies, au point qu'il a fallu avoir recours à la psychologue du travail pour animer un groupe de parole après qu'un psychiatre se soit borné à conseiller à un soignant « *si vous ne voulez pas affronter la violence, ne venez pas en psychiatrie* ».

Dans ses observations au rapport provisoire, en octobre 2022, la direction générale du CHIV sollicite une modification du titre du paragraphe – dont il a été tenu compte.

A la suite d'une recommandation initialement formulée en vue de faire bénéficier les équipes d'une aide à la prise en charge de la violence, elle rappelle que « *des formations à la prise en charge de la violence sont prévues chaque année au plan de formation de l'établissement [dont celui de l'année 2022, pour les équipes médicales et paramédicales]. L'existence de ces formations est rappelée lors des entretiens de formation des agents par l'encadrement. Les professionnels sont envoyés en formation sous réserve des nécessités de service* ». Elle ajoute que depuis les

entretiens d'évaluation et de formation 2022, quatre IDE sont inscrites à la formation ANFH<sup>1</sup> « Prévenir le recours à l'isolement et la contention en psychiatrie » avant la fin de l'année.

Le CGLPL, tout en maintenant les éléments de discussion dans un souci de vigilance sur ce sujet, retire sa recommandation.

## 2.5 AUCUN COMITE D'ETHIQUE N'EST CONSTITUE

La volonté d'en créer un existe, portée par la CME, mais se heurte à des difficultés parmi lesquelles la crise sanitaire depuis plus d'une année.

En cas d'interrogation d'ordre éthique, les professionnels utilisent donc leurs propres ressources. C'est, fortuitement, ce dont disposait un agent hospitalier pour réagir de façon appropriée quand il s'est retrouvé face à un patient qui s'est masturbé alors qu'il était assisté dans sa toilette quotidienne. Tous ne disposent pas de ces ressources personnelles.

La réunion de synthèse hebdomadaire à l'UHTP a également été citée comme un espace de discussion possible, les médecins répondant volontiers aux questions des soignants. Une mini-conférence sur le déni a été animée par l'un des psychiatres au profit des infirmiers. Mais « *les deux dernières années n'ont pas été propices à réfléchir* », les consignes restrictives de liberté édictées au fur et à mesure de la crise sanitaire ne souffrant pas la discussion.

Le CGLPL recommande la création d'un espace permettant aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et de les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent<sup>2</sup>.

### RECOMMANDATION 1

Une instance de réflexion doit pouvoir recueillir les interrogations éthiques des soignants et leur diffuser des éléments de réponse.

*Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV indique : « Un Comité d'Éthique d'établissement est en cours de constitution au CHIV autour du chef de service de la réanimation désigné à cet effet par la CME, ainsi que du médecin responsable de l'EMASP et de la responsable relations avec les usagers.*

*A l'arrivée de la cadre de proximité (fin d'année 2022) des staffs thématiques (isolement, contention, respect de la liberté d'aller et venir, ...) seront instaurés ».*

Dans l'attente, le CGLPL maintient sa recommandation.

<sup>1</sup> Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier.

<sup>2</sup> CGLPL, Recommandations minimales pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, JORF, recommandation n°16 : « *Des comités d'éthique ou des instances d'analyse des pratiques professionnelles et de retours d'expérience doivent être mis en place pour permettre aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et de les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent* ».

### 3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

#### 3.1 LA LIAISON PSYCHIATRIQUE AU SERVICE DES URGENCES EST CORRECTEMENT MEDICALISEE MAIS LE SEJOUR PEUT Y DURER FAUTE DE LITS D'AVANT

La liaison psychiatrique du CHIV, rattachée au service d'accueil des urgences (SAU), est assurée par un psychiatre de garde 7j/7 et 24h/24 et un infirmier du pôle de psychiatrie présent de 8h à 16h du lundi au vendredi. Cette équipe remplit la double mission de la prise en charge des personnes arrivant au SAU présentant des troubles du comportement et de la liaison psychiatrique avec l'ensemble des services du CHIV.

Le circuit d'accueil est identique pour tous les arrivants : passage devant l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) qui effectue un bilan – les résultats biologiques sont obtenus dans les deux heures – en vue de pouvoir écarter des diagnostics différentiels. Si le patient est en crise, l'IAO prend contact avec l'infirmier psychiatrique ou le psychiatre de garde et lui fait une présentation du comportement du patient pour évaluer le degré d'urgence de sa venue ; la présence de l'équipe de liaison dans les locaux lui permet d'intervenir très rapidement en cas de forte agitation. Après 16h et le week-end, seul le psychiatre de garde peut être appelé.

En cas d'agitation, le patient peut être sédaté – ce qui n'est pas systématique mais arrive régulièrement ; s'il refuse la sédation, celle-ci peut lui être administrée de force ; il peut être éventuellement contentionné. Ces deux mesures sont enregistrées dans le dossier patient informatisé (DPI) géré par le logiciel ResUrgence®. Il est, si nécessaire, déshabillé et vêtu de la chemise de l'hôpital. Si besoin, pour ces opérations, le personnel des urgences peut appeler les agents de sécurité qui se tiennent alors derrière les soignants, en principe sans intervenir physiquement sur celui-ci (cf. § 5.2). Le patient agité est placé en chambre d'isolement (CI) sur décision d'un urgentiste voire de l'IAO (cf. § 8).

Le psychiatre cherche les proches et les sollicite pour initier une demande d'admission en soins sans consentement si celle-ci est préconisée.

Le séjour en CI peut durer 24 heures, temps d'observation et évaluation somatique qui permet de déterminer la nature des troubles du comportement, psychiatrique ou non. Le psychiatre passe régulièrement dans le service, conduit des entretiens et décide d'une orientation. Si le patient est calme, la porte de la CI peut être laissée ouverte, étant précisé que l'occupant ne peut l'ouvrir lui-même. Le patient peut alors déambuler dans le couloir et se rendre aux WC, en complément de ceux qui se trouvent à la vue de tous dans la chambre. Dans ses observations au rapport provisoire, en octobre 2022, la direction générale du CHIV indique que « *Le plan d'action sécurité de soins (PAQSS) de l'établissement prévoit sous l'angle du respect de l'intimité des patients la mise en place de fenestrons opacifiés afin de rendre le patient non-identifiable lorsqu'il se rend aux toilettes* ».

Le séjour peut aussi durer plusieurs jours, dans l'attente d'un lit dans l'un des hôpitaux susceptibles d'accueillir un patient du ressort. À cet égard, la fermeture de l'UHTP risque d'accroître la durée de séjour au SAU, le délai de disponibilité d'un lit à l'hôpital Paul Guiraud étant déjà de 48 à 72 heures. Selon son état clinique, le patient peut alors séjourner dans l'un des six lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Il a été indiqué que les CI peuvent également être occupées par des patients âgés en crise de démence dans l'attente, pour eux, d'un lit en gérontopsychiatrie.

Si le patient n'est pas hospitalisé, il est orienté vers le CMP de son secteur mais, s'il n'est pas connu de ce CMP, il devra attendre plusieurs mois le premier entretien infirmier.

## 3.2 L'ACTIVITE NE CONDUIT PAS A DES PERIODES DE SUROCCUPATION DE L'UHTP

### 3.2.1 L'activité

Les données fournies aux contrôleurs montrent une évolution irrégulière de l'activité : entre 2014 et 2019, la file active oscille entre 134 patients (2014) et 175 (2017, + 30 %) et redescend à 142 en 2019. Le nombre de journées d'hospitalisation oscille également de 7 316 en 2014 à 6 423 en 2020 mais trouve un pic en 2017 (7 990, + 9 %). Ces variations n'ont pas pu être expliquées.

De 2019 à 2020, une baisse d'activité est sensible dont il est difficile de percevoir le motif, la situation créée par la pandémie de Covid-19 étant vraisemblablement un facteur important. Cette baisse ne porte que sur le nombre de jours d'hospitalisation – qui passe de 7 749 à 6 644 (- 14 %), le nombre d'entrées augmentant légèrement, de 247 à 252 (+ 2 %) et la durée moyenne de séjour restant constante à 31,4 jours.

Sur les deux dernières années, on constate que l'unité n'est quasiment jamais totalement occupée, hormis au mois de février 2019 où vingt-cinq patients ont été présents en début de mois. La question de la gestion de la suroccupation ne se pose donc pas.

### 3.2.2 Les patients en soins sans consentement

Le tableau ci-après retrace les données relatives à chaque mode légal d'hospitalisation des patients :

	2019			2020		
	Nb patients	Nb mesures	Nb journées	Nb patients	Nb mesures	Nb journées
SDT <i>part dans le total</i>	37 19,9%	42 15,2%	1 330 17,1%	51 23,6%	58 18,9%	1 280 20,2%
SPI <i>part dans le total</i>	10 5,4 %	11 4%	237 3,1%	8 3,7%	8 2,6%	100 1,6%
SDRE <i>part dans le total</i>	14 7,5%	15 5,4%	1 687 21,7%	15 6,9%	25 8,1%	1 062 16,8%
Soins libres <i>part dans le total</i>	125 67,2%	208* 75,4%	4 512 58,1%	142 65,7%	216 70,4%	3 890 61,4%
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>276</b>	<b>7 766</b>	<b>216</b>	<b>307</b>	<b>6 332</b>

\*nombre d'entrées

SDT : soins à la demande d'un tiers, en procédure ordinaire ou en urgence ; SPI : soins en cas de péril imminent ; SDRE : soins sur décision du représentant de l'État.

Le recours aux soins sans consentement (SSC), qui représente 24,6 % des admissions en 2019, correspond à ce que l'on constate à l'échelle nationale ; cette proportion a sensiblement augmenté en 2020 pour passer à près de 30 %. En revanche, les admissions en soins sur demande du représentant de l'État (SDRE), qui représentent 22 % de ces admissions en 2019 et 27 % en

2020, sont légèrement supérieures à la proportion de 16 % que l'on constate en moyenne sur le territoire.

Le faible nombre d'admissions en soins pour péril imminent (SPI) s'explique clairement par la difficulté de recourir à un médecin extérieur à l'établissement, recours exigé par cette procédure.

Lors de la visite, quatre patients sont en SDRE et deux en SDT selon la procédure de l'urgence ; les douze autres patients sont en soins libres.

### **3.3 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, INFORMES DES MODALITES DE LEUR SEJOUR ET DE LEURS DROITS, MANQUENT D'EXPLICATIONS ORALES LORS DE LA NOTIFICATION DES DECISIONS QUI POUR CERTAINES SONT PRISES TARDIVEMENT**

Le pôle psychiatrique du CHIV ne dispose pas d'un règlement intérieur spécifique. En revanche un livret d'accueil est remis au patient dès son arrivée, en main propre ou le plus souvent par dépôt dans la chambre. Ce document donne de brèves informations sur l'organisation générale de la psychiatrie adaptée à l'établissement. Il résume les différentes modalités d'hospitalisation, la façon avec laquelle sera accueilli le patient, le déroulé essentiel de sa vie quotidienne et les conditions de sa sortie. Si les adresses des services à disposition des patients sont notées, rien n'est dit sur les droits et les devoirs de chacun. Le questionnaire de satisfaction et la notice nécessaire à la désignation de la personne de confiance ne sont pas joints au livret.

Dans ses observations au rapport provisoire en date d'octobre 2022, la direction générale du CHIV apporte les précisions suivantes :

*« Avant 2020, les questionnaires de satisfaction étaient réalisés à la sortie du patient comme dans l'ensemble de l'établissement. Faute de moyens humains pour exploiter ces remontées, l'établissement s'est concentré en 2021-2022 sur le questionnaire E-Satis dont la psychiatrie ne bénéficie pas à ce jour. C'est pourquoi nous instaurons pour le dernier trimestre 2022 un questionnaire ad hoc destiné à évaluer la perception des patients au sujet du respect de leurs droits durant leur hospitalisation. Les résultats seront présentés à la commission des usagers (CDU) de mars 2023.*

*La désignation de la personne de confiance est réalisée dès l'entrée du patient, et ce même en l'absence du feuillet dans le livret d'accueil. En cas d'impossibilité ou de refus celui-ci est tracé avec la date et réévalué en fonction de l'évolution de l'état du patient. Le service de psychiatrie réalise pluri annuellement un audit dossier du dossier de soins. Les résultats concernant la désignation de la personne de confiance témoignent d'une recherche quasi systématique par les professionnels de la personne de confiance du patient (70%). Le formulaire est très peu présent en revanche (10%), à l'instar des autres services de l'établissement. Plusieurs actions de sensibilisation des professionnels médicaux et paramédicaux ont été menées par la responsable relations avec les usagers à l'été 2022 sur le respect des droits des patients et en particulier la nécessité de recueillir les coordonnées de la personne de confiance. Un audit dossier patient sera programmé au 1<sup>er</sup> trimestre 2023 pour évaluer l'impact de ces formations sur pratiques soignantes ».*

Concernant le parcours spécifique de l'hospitalisation sans consentement, il est détaillé de manière pédagogique dans une plaquette exclusivement destinée à ces patients, qui décrit avec clarté leurs situation juridique, droits, garanties et voies de recours. Le patient y trouve toutes les adresses nécessaires à une éventuelle contestation du bien-fondé de son hospitalisation. Mais



ce document mentionne la « CRUQPC », remplacée depuis 2016 par la « CDU »<sup>3</sup>. Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV informe de la mise à jour en cours du livret d'accueil, avec une disponibilité « *dans le service au plus tard en décembre 2022* ».

L'UHTP n'a pas formalisé ses propres règles de vie ; selon les informations recueillies, elles sont expliquées oralement par le soignant lors de l'admission et, dans la plupart des cas, reprises et discutées individuellement notamment par le médecin référent tout au cours de l'hospitalisation.

Conformément à l'article L 3211-3 du code de la santé publique exigeant que chaque personne hospitalisée sans son consentement soit informée des raisons motivant son statut et des droits en découlant, la décision d'admission, à laquelle n'est pas joint le certificat médical, est remise contre émargement au patient. L'ensemble des droits et des recours est repris dans un document séparé et notifié spécialement.

Cependant, il est apparu aux contrôleurs que la décision d'admission et les éventuelles décisions ultérieures de prolongation des SSC ne sont, en elles-mêmes, pas motivées en fait, c'est-à-dire au regard des nécessités médicales qui les justifient, et ce d'autant que le certificat médical sur lequel elles se fondent n'est pas remis au patient mais immédiatement classé à son dossier. D'autre part, ces décisions sont parfois notifiées tardivement, dans un délai pouvant atteindre 48 heures, sans être accompagnées ni de leur lecture ni d'explications pédagogiques adaptées à l'état du patient. Par le biais de ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV sollicite la suppression de ces dernières précisions au motif que le patient est avisé de chaque étape, que les explications sont adaptées à sa capacité de compréhension et qu'il lui est remis une attestation en sus de la traçabilité généralement faite dans son dossier. Le CGLPL entend cependant maintenir sa rédaction initiale, justifiée par ses constats au cours de la mission.

De plus l'identité du tiers n'est pas révélée avant l'audience du juge des libertés. La direction générale du CHIV, dans ses observations au rapport provisoire, affirme que « *l'identité du tiers est inscrite sur la décision d'admission qui est remise au patient ; il en a donc connaissance avant le passage devant le JLD* ». Cette assertion ne correspond pas aux constats du CGLPL lors de la visite.

Certains soignants ont dit regretter n'avoir qu'une connaissance très imparfaite des droits reconnus aux patients par la loi de 2011. Ils ont cependant précisé s'efforcer de prendre le temps d'expliquer « au mieux » la particularité du statut juridique des soins sans consentement.

Les médecins rencontrés ont assuré être attentifs à donner des explications « entendables » et compréhensibles par le patient lors de la rédaction des certificats médicaux tout en admettant ne pas tracer les observations de ce dernier.

C'est pourquoi, à l'examen des registres, il n'a pas été trouvé trace d'observations qui permettraient d'être certain de la complète information du patient, de ses droits et de ses dires quant à son parcours de soins.

---

<sup>3</sup> CRUQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ; CDU : commission des usagers.

## RECOMMANDATION 2

Lors de chaque notification des décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement, il est nécessaire de s'assurer que le patient est suffisamment et explicitement informé de son statut et de ses droits. De plus, le recueil de ses éventuelles observations doit être tracé.

Dans ses observations au rapport provisoire, en octobre 2022, la direction générale du CHIV précise : « Lors de l'entretien médical le patient est informé de l'établissement d'un certificat médical concernant la mesure de soins sous contrainte, les explications sont données et une observation médicale est notée dans le dossier ». Cette mention faite dans le dossier médical ne correspond pas à celle que le CGLPL souhaiterait voir porter dans le certificat lui-même, en conséquence de quoi la recommandation est maintenue en sa dernière partie.

Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté que les admissions en SDDE réalisées à partir du vendredi 18h et jusqu'au lundi 9h n'étaient, pour la plupart, formalisées que dans la journée du lundi, le cadre de direction d'astreinte ne se déplaçant pas pour établir et signer la décision d'admission. Cette pratique illégale ne saurait perdurer nonobstant la prochaine fermeture de ce pôle psychiatrique.

## RECOMMANDATION 3

L'édiction et la signature des décisions du directeur admettant des patients en soins sans consentement durant le week-end doivent être effectuées en temps réel par le cadre administratif d'astreinte et notifiées sans délai dès que l'état du patient le permet.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV rappelle que « l'administrateur de garde se déplace aussi souvent que nécessaire pour signer les décisions d'admissions de soins sous contrainte », que « les décisions sont notifiées au patient par le cadre de santé dès que l'état de santé du patient le permet » et annonce que « la procédure de signature des décisions d'admissions sera néanmoins actualisée d'ici décembre 2022 ».

En l'état, le CGLPL maintient sa recommandation.

## 4. LES CONDITIONS DE VIE

### 4.1 LES LOCAUX SONT INADAPTES

L'UHTP, implantée au premier étage de la partie ancienne du CHIV érigée en tant qu'immeuble de grande hauteur, est constituée de multiples couloirs qui ne bénéficient pas de la lumière naturelle : c'est le cas de deux principaux couloirs et d'au moins cinq qui les entrecroisent.

En entrant dans l'unité, le couloir principal dessert le secrétariat, le bureau de l'assistante de service social (ASS) et les bureaux médicaux. On rejoint sur la droite une zone constituée de chambres, une salle d'ergothérapie, une salle d'esthétique, la salle à manger qui sert aussi de lieu de vie en journée, la salle de télévision. Sur la gauche sont situées des chambres, le bureau de la cadre, le bureau des infirmiers, la pharmacie et la salle de soins, deux chambres d'isolement.

Les vingt-quatre lits étaient répartis à l'origine dans huit chambres individuelles et huit chambres doubles, devenues neuf individuelles et six doubles avec la réduction de capacité de trois lits produite par la préparation de la fermeture du service (cf. § 2.1). Huit patients cohabitaient lors de la visite, soit 44 %.

La porte des chambres est percée d'un fenestron carré, lequel n'est obturé que dans certaines chambres doubles.



*Fenestron obturé (à gauche), ou non (à droite)*

Peu de portes sont équipées d'un verrou intérieur dit de confort. Seules les chambres individuelles en disposent, dont celle d'un patient présent au long cours qui peut ainsi se replier quotidiennement dans sa chambre en s'y sentant protégé.

Le lit est de type médicalisé, en métal et avec des roulettes ; certains sont comparables à des brancards en ce qu'ils sont dépourvus de tête de lit. Le reste du mobilier consiste en une tablette

à roulettes, un fauteuil, une table de chevet, un placard avec une clé et un petit coffre à l'intérieur. Le mobilier des chambres doubles est complété notamment par une armoire.

La fenêtre ne peut pas être ouverte.

Chaque chambre a sa salle d'eau (cf. *infra*, § 4.2).

Selon un professionnel rencontré, l'agencement des locaux et les conditions de vie qui en découlent « *peuvent accentuer les troubles, par exemple les troubles dépressifs* ».

#### RECOMMANDATION 4

L'agencement des locaux doit participer du soin. L'hébergement en chambre individuelle doit être priorisé. Les portes des chambres ne doivent pas comporter de fenestrons et doivent offrir un dispositif de fermeture permettant au patient de protéger son intimité. Il doit être possible d'aérer la chambre en ouvrant la fenêtre.

#### 4.2 LES BESOINS D'HYGIENE PEUVENT ETRE SATISFAITS CONVENABLEMENT

Une salle d'eau, offrant un lavabo, une douche à l'italienne et un WC, est directement accessible dans chaque chambre. Le WC ne comporte aucun abattant. Les revêtements de murs et de sol de certaines salles d'eau présentent des dégradations dues à l'usure et des moisissures.

Un WC commun est accessible, mais il n'offre ni abattant, ni savon, ni essuie-mains. Un verrou permet d'y protéger son intimité.

Une salle de bain comportant une douche et une baignoire est accessible de 8h à 11h et de 16h à 18h. Il n'y a ni savon, ni porte-serviettes ou patère.

Les soignants ne font pas état de difficultés pour obtenir le linge de lit et de toilette nécessaire depuis un changement de prestataire.

Une fois par semaine, les patients peuvent, sur leur initiative, donner leur linge personnel à laver. Chacun dispose pour cela d'un bac à linge. Une pièce de l'unité est équipée d'une machine à laver et d'une machine à sécher le linge. L'association Le Chalet fournit le nécessaire pour l'entretien du linge personnel.

La même association pourrait fournir d'autres produits d'hygiène individuelle sur demande, selon ce qui a été expliqué aux contrôleurs, mais elle est peu sollicitée à cette fin.

Un stock de vêtements issus de dons de la Croix-Rouge et des soignants peut être distribué aux patients dans le besoin ; il est peu utilisé, n'est probablement pas proposé, et les patients revêtent durablement le pyjama bleu de l'hôpital dont ils sont dotés à l'admission et qui est changé autant que de besoin. Il est possible de porter un sous-vêtement, personnel ou jetable, sous ce pyjama.

#### 4.3 LES BIENS DU PATIENT SONT PROTEGES

Il n'a pas été exprimé de difficultés quant à la protection des biens des patients.

Ils disposent dans leur chambre d'un coffre sécurisé installé dans le placard, qui lui-même se ferme à clé.

Dans le bureau des infirmiers, des casiers individuels permettent aux soignants de mettre à l'abri des valeurs et des objets présentant un risque pour les patients. C'est là qu'est conservé le tabac.

En principe, des membres de l'association Le Chalet peuvent procéder à l'achat de tabac pour le compte des patients, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas autorisés à sortir de l'UHTP. Mais lors de la visite, aucune autre solution que celle de prélever des cigarettes dans un paquet « sans propriétaire » n'a été trouvée pour permettre à un patient de fumer.

#### 4.4 LES REPAS NE SONT PAS PRIS DANS UN LIEU CONVIVAL

Les repas sont livrés en liaison froide et montés en température sur place dans un office de l'unité. Il n'y a pas de difficulté pour obtenir les régimes utiles.

Les patients n'ont pas la possibilité d'exprimer un choix quant au menu. Les AS et ASH usent de leur possibilité de modifier le menu en fonction des appétences et des difficultés de chacun. Elles peuvent ainsi favoriser des légumes verts en cas de trouble du transit ou obtenir un complément de la cuisine si la quantité servie s'avère insatisfaisante.

Le petit-déjeuner est servi à partir de 8h, le déjeuner 12h, le dîner 19h.

Sauf prescription médicale de prise des repas en chambre (un cas pendant la visite), les repas sont pris dans la salle à manger. Le lieu est étroit, peu convivial. Le placement est libre, en respectant les habitudes de chacun.



La salle à manger

Les couverts sont en métal ; les patients amènent le gobelet en plastique dont ils ont été dotés à leur arrivée. Les portions sont servies dans des barquettes individuelles que ni les patients ni les soignants ne prennent la peine de disposer dans une assiette. Un café est proposé par les AS et ASH à la fin du repas.

L'époque des dimanches après-midi où un gâteau était confectionné par les soignants et les patients ensemble était révolue lors de la visite.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV ne conteste pas le fait que la salle à manger est un lieu peu convivial mais précise que « *les équipes soignantes aident les patients et essaient de discuter avec eux ; cependant, la plupart des patients mangent de leur côté et ne veulent pas se mélanger ou discuter. La qualité de ce moment dépend autant que l'équipe que des patients présents. Il existe par ailleurs des repas améliorés et des goûters tout au long de l'année (galette, Chandeleur, Pâques, Halloween, Noël et Jour de l'an, ainsi que pour les anniversaires des patients)* ». Elle sollicite la modification du titre afin que l'absence de

convivialité ne puisse pas être comprise comme portant sur les repas eux-mêmes, ce dont il a été tenu compte.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LES PATIENTS NE DISPOSENT D'AUCUNE LIBERTE D'ALLER ET VENIR

En raison de la crise sanitaire, les patients sont tous contraints de rester au sein de l'UHTP, alors que « *avant la Covid-19, tout le monde descendait à la cafétéria* ». La commission départementale des soins psychiatriques l'a regretté dans l'un de ses rapports (cf. § 7.1).

Certes, selon les propos rapportés, les allées-et-venues des patients de l'UHTP sur le site du CHIV ne se faisaient pas sans heurts, ou à tout le moins incompréhension des autres patients venus dans l'établissement pour des soins somatiques. Mais cette possibilité n'existe plus. Exceptionnellement, le 4 octobre 2021, un patient en SCC a toutefois été autorisé par un médecin à se rendre à la cafétéria, accompagné par une infirmière.

Aucune sortie de courte durée n'a été octroyée depuis le début de la crise sanitaire selon les informations disponibles dans les registres de la loi.

Seule une terrasse permet de goûter à l'air libre, accessible six fois dans la journée (9h15, 11h, 13h30, 15h30, 17h et « après le repas ») en montant un escalier en compagnie d'un soignant qui ouvre les deux portes fermées à clé.

Elle n'est fréquentée que par des fumeurs, même si – comme le rappelle la direction générale du CHIV dans ses observations au rapport provisoire – tous les patients peuvent s'y rendre.



La terrasse

Elle offre une vue dégagée sur la vallée de la Seine mais ne dispose d'aucun auvent pour s'abriter du soleil ou de la pluie. Quelques fauteuils permettent de s'asseoir. Un porte-parapluies est disposé en haut de l'escalier ; les patients et les soignants se munissent d'un parapluie le cas échéant.

Plusieurs des patients présents pendant la visite passaient leurs journées à faire les cent pas dans les couloirs.

Dans ses observations au rapport provisoire, en octobre 2022, la direction générale du CHIV conteste que la liberté d'aller et venir soit présentée comme inexistante. Elle souhaite voir ajouter dans le titre que les restrictions à la liberté d'aller et venir sont liées à la configuration des locaux et indique que, « *depuis avril 2022, suite à la décrue de la crise Covid, les patients en soins libres peuvent descendre pour prendre l'air ou fumer lorsqu'ils le souhaitent* ». Si cette évolution est favorable, les constats faits lors de la visite n'autorisent pas la modification sollicitée.

## 5.2 LE SERVICE DE SECURITE INTERVIENT DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Le service de sécurité du CHIV, assuré par une entreprise privée, intervient à l'UHTP sur demande du personnel de l'unité. Il en est de même au SAU (cf. § 3.1 et § 6.2).

L'intervention de deux agents en uniforme noir estampillé du logo de la société qui les emploie a été observée par les contrôleurs dans la CI. Des collègues étaient déjà intervenus dans la nuit. Ils sont venus en renfort des soignants qui devaient en milieu de matinée effectuer des tâches auprès du patient manifestant de l'hétéro-agressivité. Ils sont entrés dans la chambre, se sont présentés au patient, ont apaisé ses tensions en lui parlant en kabyle et ont ainsi permis d'éviter une injection en lui faisant accepter l'ingestion du traitement. Le pyjama du patient a été changé en leur présence, de même que le substitut nicotinique et la bouteille d'eau.

Leur rôle est mal défini. Ils ne sont pas formés à la psychiatrie mais utilisent des ressources personnelles acquises « *par l'expérience de la vie* ».

### RECOMMANDATION 5

L'intervention directe d'agents de services de sécurité auprès des patients doit être prohibée.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV tient à préciser que « *les professionnels paramédicaux font appel aux agents de la sécurité lorsqu'ils vont dans les chambres d'isolement uniquement lorsque le patient est agité. L'objectif est alors de prévenir un risque d'hétéro-agressivité du patient. Les agents de sécurité n'interviennent en soutien de l'équipe soignante que si le patient devient agressif envers l'équipe* ».

Les constats effectués par le CGLPL lors de la visite sont maintenus, et la recommandation en conséquence.

## 5.3 DES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT SYSTEMATIQUES DANS LES PREMIERS TEMPS DE L'HOSPITALISATION

L'accès aux chambres ne fait l'objet d'aucune limitation.

Lors de l'admission d'un patient, le médecin remplit une feuille de consigne. Si l'individualisation est mise en avant dans les discours recueillis sur les pratiques, le principe est bien celui de la restriction systématique dans les premiers temps de l'hospitalisation.

Ainsi, « *sans que cela résulte d'une procédure, il y a en général retrait du téléphone* », ou alors médiatisation de l'usage du téléphone par la présence d'un soignant. Lors de la visite, seuls huit patients avaient l'autorisation de passer des appels téléphoniques et seuls cinq d'entre eux pouvaient le faire avec leur téléphone portable personnel.

« *Les médecins ont tendance à prescrire le pyjama à l'arrivée* » a-t-il été déclaré aux contrôleurs. Des interlocuteurs ont confirmé que la case « pyjama » est systématiquement cochée pour les deux premiers jours. Cette consigne permet de « *contrôler le patient à l'arrivée* », c'est-à-dire contrôler ses affaires et procéder au lavage de son linge le cas échéant. Le pyjama mis à disposition se compose d'un pantalon et d'une veste en tissu bleu. Lors de la visite, six patients (soit un tiers des présents) devaient porter en permanence ce pyjama pour un motif médical. En réalité, sur les dix-huit patients présents, seuls deux ne portaient pas de pyjama fourni par l'hôpital, la presque totalité des patients maintenant le port de ce vêtement de nuit « *par facilité* », « *pour montrer qu'il n'y a aucune raison de s'habiller autrement dans ce service où il*



*n'y a rien à faire », pour se soumettre plus confortablement à la sédation qui « m'arrange, car cela me fait dormir et ça fait passer le temps ».*

### RECOMMANDATION 6

L'imposition systématique du port du pyjama doit être prohibée. Les patients doivent être incités à porter des vêtements personnels, au moins en journée.

La consommation du tabac dépend de l'accès à la terrasse, lequel est très limité (cf. *supra* § 5.1). Les cigarettes sont conservées par les soignants dans les casiers des patients et distribuées une par une avant de monter sur la terrasse. La durée de la pause est en réalité régie par la consommation de cette unique cigarette, prévue six fois par jour de 9h15 à après le dîner ; dans tous les cas, comme affiché sur l'une des portes menant à la terrasse, la pause ne peut excéder quinze minutes. Le 5 octobre à 9h30, quatre patients revenaient de fumer avec un soignant.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV rappelle que « *les restrictions de la vie quotidienne (téléphone portable, pyjama, sortie de la chambre, pause cigarettes, ...)* sont soumises à des prescriptions médicales réévalués si nécessaires » et qu'elles « *ne sont pas systématiques mais adaptées à l'état du patient* ». Elle ajoute qu'elles « *se trouvent dans le dossier infirmier du patient* ». En conséquence, elle sollicite le retrait de la mention du systématisme des restrictions dans la vie quotidienne dans le titre.

Eu égard aux constats effectués lors de la visite, le systématisme de certaines restrictions ne fait aucun doute, mais il a été précisé dans le titre qu'il intervient principalement à l'arrivée.

#### 5.4 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT RESTREINTES

Les patients autorisés à conserver leur téléphone portable en disposent en journée seulement. Aucun n'a pu en disposer totalement en journée dès son arrivée (cf. *supra* § 5.3). Dans tous les cas, ils ne disposent pas du chargeur et de son cordon, lesquels sont conservés dans le bureau infirmier où une barre de chargement permet de recharger les téléphones.

Plus généralement, l'accès à une ligne de téléphone pour joindre des proches est dépendant de la disponibilité des soignants. Il a été indiqué qu'il est plus facile d'y accéder vers 15h.

Pendant plusieurs mois en 2020, aucune visite des familles n'a été possible.

Depuis, une petite salle a été aménagée en tant que salon de visite, accessible entre 14h15 et 18h30 aux personnes munies d'un passe-sanitaire, à raison d'une par jour et par patient.

La durée de la visite est en principe limitée mais n'est pas réellement contrôlée en semaine dans la mesure où le salon est peu utilisé.



*Le salon de visite*

Si un patient veut écrire un courrier, il a été indiqué que la secrétaire de l'UHTP peut fournir le papier, le stylo, l'enveloppe et assurer l'envoi postal. En réalité, sauf exception, les patients ne le savent pas.

Une connexion à internet serait accessible en présence de l'ergothérapeute sur un ordinateur de la salle qui lui est dédiée. En son absence, rien n'est prévu.

### 5.5 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST ENCADRE MAIS TRES PEU EXERCE

Il a été dit aux contrôleurs que les patients admis en SSC peuvent exercer leur droit de vote en sollicitant une autorisation de sortir ou en donnant procuration à un tiers. Dans ce cas, les coordonnées des patients intéressés sont centralisées en amont et adressées au commissariat de Villeneuve-Saint-Georges. Un officier de police judiciaire se rend ensuite sur place pour recueillir les formulaires renseignés par les patients. L'exercice de ce droit est mentionné, sans autre explication, dans le livret exposant les droits des patients hospitalisés en SSC (cf. § 3.3).

L'établissement ne tenant pas de statistiques, il n'a pas été possible de connaître le nombre de personnes ayant effectivement voté lors des derniers scrutins. Toutefois et selon les dires, seules les élections municipales et présidentielles parviennent à mobiliser quelques rares patients.

### 5.6 L'ACCES AU CULTES EST TRES PEU DEMANDE

Le même livret mentionne spécifiquement mais très synthétiquement la possibilité de pratiquer « *des activités religieuses ou philosophique de son choix* ». Il n'y figure toutefois aucun numéro téléphonique ni adresse électronique d'aumônerie. Dans l'unité, un affichage informe de la possibilité de rencontrer les représentants des aumôneries catholiques et protestantes qui sont connus des soignants. Leur passage dans les unités ne se fait qu'à la demande des patients et les célébrations religieuses sont inexistantes. Dans les documents communiqués par l'établissement il n'est pas fait mention d'autres religions mais il a été précisé aux contrôleurs la possibilité, si nécessaire, de prendre contact avec un représentant de la religion musulmane ou israélite. Un soignant se souvenait de la venue d'un pasteur évangélique sur initiative de la famille d'un patient.

Il est apparu que les patients étaient très peu demandeurs pour exercer ce droit et les contrôleurs n'ont pas entendu de doléances quant à des difficultés d'accès au culte.

Dans ses observations au rapport provisoire, en octobre 2022, l'établissement a sollicité que la mention « mal renseigné », initialement insérée dans le titre, soit retirée au motif que « *les numéros des cultes religieux sont affichés à l'entrée du poste de soins* ». Pour ce motif et en considération des éléments recueillis lors de la visite et rapportés *supra*, la mention a été retirée.

## 6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT DE CONCEPTION IMPARFAITE

#### 6.1.1 Au SAU

Les deux CI du SAU – identifiées 001 et 002 – sont équipées d'un lit scellé surmonté d'un matelas plastifié recouvert d'un drap en papier, d'un bouton d'appel, d'un WC à l'anglaise en inox surmonté d'un robinet d'eau potable. Ce WC n'est pas séparé du reste de la chambre.

La lumière électrique est actionnable depuis l'extérieur, comme le volet roulant à la fenêtre.

Les fenêtres ne sont pas ouvrantes mais il n'y avait pas d'odeur nauséabonde dans la CI 001 le jour de sa visite.



*La chambre d'isolement 001 de l'UHCD / SAU*

Un large fenestron sur la porte permet aux soignants de voir dans chaque chambre. Seul le positionnement des CI à une des extrémités de l'UHCD du SAU limite l'atteinte à l'intimité et par conséquent à la dignité humaine que ce fenestron provoque.



*Le WC et le point d'eau*



*Vue à travers le fenestron, porte ouverte*

La porte ne présente aucune poignée à l'intérieur. Lorsque les chambres sont utilisées sans mesure de fermeture, la porte doit nécessairement rester ouverte, ce qui porte atteinte à l'intimité du patient.

Un local sanitaire, avec douche et WC, est accessible à l'extérieur des CI, à proximité.

Les repas se prennent avec des couverts jetables et un gobelet en plastique est laissé au patient.

Les contentions sont en tissu blanc avec des aimants. Le SAU ne dispose pas d'un dispositif d'appel mobile accessible au patient sous contention.

### 6.1.2 À l'UHTP

Les deux CI de l'UHTP – identifiées 101 et 102 – se rejoignent par une salle d'eau commune, fermée en permanence et équipée d'un lave-mains sans savon, d'une douche à l'italienne avec un pommeau sans flexible, d'un WC sans abattant. La dégradation du faux-plafond par un patient n'avait pas été réparée. Une odeur nauséabonde se dégageait dans ce local.

Dans les chambres, le lit est un bloc de mousse recouvert de plastique bleu et d'un drap housse ainsi que d'une couverture. Un pyjama (un modèle en tissu dans l'une, en papier dans l'autre) est immédiatement disponible dans la chambre. Un plot en mousse en plastique bleu sert d'assise ou de petite table.



*Les CI 101 (à gauche) et 102 (à droite) de l'UHTP*

L'intérieur des deux CI est visible de tous depuis les couloirs à travers un fenestron de 36 x 120 cm. Elles n'ont en revanche aucune fenêtre donnant sur l'extérieur ; la lumière artificielle provient d'un plafonnier très lumineux que seuls les soignants peuvent allumer et éteindre depuis le couloir.



*Vues dans les CI 101 (à gauche) et 102 (à droite) depuis le couloir à travers le fenestron*

Le bouton d'appel mural peut être remplacé par un « bip de sécurité » que détiennent les soignants et qui peut être mis au poignet du patient.

Une horloge à aiguilles blanches sur fond noir est visible dans le couloir à travers le fenestron à condition que le patient ait la capacité d'être debout, donc seulement s'il n'est pas contentonné.



*Visibilité de l'horloge depuis la CI 101*

Le point d'eau potable, inexistant, est remplacé par une bouteille d'eau en plastique sans son bouchon.

Aucun WC n'est accessible en permanence ; un seau hygiénique est mis à disposition, avec son couvercle et du papier toilettes. Le recours à un seau pour y faire ses besoins est indigne. La

commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) l'a signalé dans un de ses rapports (cf. §. 7.1).



*Les seaux hygiéniques dans chacune des deux CI*

Aucun accès à l'air libre n'étant prévu, les fumeurs se voient proposer d'office un patch de substitution nicotinique.

Les contentions sont en tissu blanc avec des aimants. Elles sont rangées.

#### RECOMMANDATION 7

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel et d'une horloge permettant de connaître le jour et l'heure également accessibles pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou d'éteindre sa lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant. L'intérieur des chambres et les patients qui s'y trouvent ne doivent pas être visibles depuis le couloir.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV indique à propos de l'accès à la lumière que « *les services techniques sont à la recherche d'un dispositif conforme aux recommandations du CGLPL* » et à propos du brouillage de la vue depuis les fenestrons que « *depuis la visite, les oculi ont été opacifiés pour partie, afin de permettre au soignant de vérifier l'état de santé du patient, sans que les personnes non concernées passant dans le couloir n'ait une vision directe sur la chambre* ». Concernant l'accès à l'eau et aux toilettes, l'établissement indique : « *Dans le cadre de la convention signée avec la clinique Clinéa, il est stipulé que la clinique sera en mesure de recevoir des patients hospitalisés sous contrainte en sus des patients en soins libres. Dans ce cadre, nous anticipons l'usage d'une seule chambre d'isolement en UHTP au lieu de deux chambres permettant ainsi d'assurer au patient l'accès à l'eau et aux toilettes* ».

Si le CGLPL encourage toute modification de l'état des lieux allant dans le sens de ses recommandations, il maintient la présente recommandation.

## 6.2 L'ISOLEMENT AUX URGENCES CONCERNE DES PATIENTS EN SOINS LIBRES SOUMIS A DES MESURES LONGUES EN RAISON DE LA RECHERCHE D'UN LIEU D'HOSPITALISATION ET L'ISOLEMENT SEQUENTIEL EN CHAMBRE HOTELIERE N'EST PAS TRACE A L'UHTP

### 6.2.1 Au SAU

Les CI du SAU ont aussi vocation à être utilisées pour des patients ne présentant pas de signe d'agitation dès lors que les chambres de l'UHCD sont toutes occupées, pour des personnes ayant consommé des produits stupéfiants ou pour des patients de gérontopsychiatrie.

La fermeture ou non de la porte de la chambre résulte *a priori* d'une décision médicale, mais pas toujours (cf. § 3.1). Le médecin qui décide de l'instauration ou de la continuité d'une mesure d'isolement n'est pas toujours un psychiatre, il s'agit couramment d'un urgentiste.

Les brancardiers comme l'équipe de sécurité (cf. § 5.2) peuvent concourir à l'installation du patient agité en CI, comme à la pose des contentions. Les professionnels du SAU n'ont pas été formés à l'installation des contentions alors que le recours à un tel outil n'est pas rare (cf. infra § 6.3).

Dans ses observations au rapport provisoire, en octobre 2022, la direction générale du CHIV signale : « *L'IDE de liaison a formé les agents du SAU sur les différents modes d'admissions en psychiatrie ainsi que sur la pose des contentions. Cette formation existe au catalogue de formation de l'établissement. Une nouvelle formation des équipes de l'UHTP et du SAU est en cours de programmation pour 2023* ».

Comme constaté lors de la visite, la durée des mesures d'isolement dépasse parfois 48 heures : un patient admis le 3 octobre à 9h55 n'a quitté la CI que le 5 octobre en fin de journée quand il a été transféré au centre hospitalier Paul Guiraud à Villejuif (Val-de-Marne). Le SAU assure en fait la prise en charge de psychiatrie avant transfert dans un établissement adapté. Le statut juridique de ce patient n'avait pas été adapté en conséquence : admis en SSC à la demande d'un tiers avec un certificat rédigé à midi le 3 octobre, soumis à une mesure d'isolement, la procédure de SSC a été interrompue à défaut de décision du directeur et le certificat des 24 heures n'a pas été rédigé, plaçant la personne dans une situation d'enfermement arbitraire. Il ressort des éléments recueillis qu'aucune décision du directeur n'est jamais établie pendant le temps de la prise en charge au SAU, mais que les certificats sont habituellement rédigés.

Il a été expliqué que les états cliniques relevant de la psychiatrie adulte nécessitent de rester trois à quatre jours au SAU et que les états relevant de la gérontopsychiatrie nécessitent un séjour plus long. La fermeture annoncée de l'UHTP n'allait probablement apporter aucune diminution à ces délais, ce qui rend particulièrement préoccupante la pratique de l'enfermement des patients de psychiatrie au sein du SAU, laquelle n'a fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle. Le CGLPL rappelle les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> HAS, Recommandation de bonne pratique, Isolement et contention en psychiatrie générale, février 2017, page 7 : « [...] une réflexion doit également être menée dans tous les lieux où existe une pratique d'isolement et de contention (pédopsychiatrie, établissements de santé non autorisés à l'accueil de patients en soins sans consentement, urgences, médecine-chirurgie-obstétrique [MCO], médico-social, unités de soins de longue durée [USLD], etc.) »

**RECOMMANDATION 8**

Les pratiques d'isolement et de contention de patients de psychiatrie aux urgences de l'établissement doivent être prises en compte au sein de ce dernier : une réflexion doit permettre d'améliorer la traçabilité de ces mesures, qui ne peuvent s'appliquer qu'à des patients pour lesquels une procédure de soins sans consentement est engagée.

La direction générale du CHIV, par le biais de ses observations au rapport provisoire, rappelle que « un comité d'éthique est en cours de constitution dans l'établissement autour d'un médecin réanimateur désigné à cet effet par la CME » et que « la réflexion éthique a lieu lors des staffs pluriprofessionnels du service de psychiatrie ».

**6.2.2 À L'UHTP**

Ni les patients isolés ni ceux qui sont contentonnés ne bénéficient d'une surveillance médicale par un médecin généraliste. En revanche, un psychiatre visite le patient isolé toutes les douze heures, mais la nuit seulement sur appel des IDE.

La contention est très rare. Le cas échéant, elle serait actualisée en permanence, de jour et de nuit, grâce à la surveillance infirmière. La contention de deux membres serait privilégiée avant d'éventuellement en contenir quatre.

Une sédation du patient est généralement mise en place. Elle est administrée par la voie orale en priorité, comme cela a été le cas lors d'une mesure d'isolement débutée pendant la visite.

Des mesures d'isolement séquentielles sont parfois mises en œuvre, sur une durée brève. Ce sont alors des temps d'ouverture, destinés à rendre plus durable la réintégration du patient dans la collectivité. Une autre tendance est observée : réduire le temps d'isolement en favorisant le placement en chambre individuelle, avec une fermeture de la porte qui ne fait l'objet d'aucune traçabilité au titre des mesures d'isolement. Malgré l'invitation de la direction générale du CHIV à supprimer cette dernière mention à l'occasion de la transmission de ses observations provisoires, le CGLPL maintient sa rédaction initiale.

Si un patient en soins libres est amené à être placé en CI, l'équipe sait que la modification de son statut juridique d'hospitalisation doit être immédiatement engagée, en privilégiant le SDT-U, ou le SPI qui fait intervenir un médecin extérieur. Lors de la visite, une telle procédure a été engagée en associant la famille d'un patient en soins libres qui s'était agité dans la nuit et a été placé à l'isolement au petit matin, mais le registre de l'isolement et de la contention fait apparaître des statuts non modifiés : trois patients en soins libres ont été placés à l'isolement sous ce statut, dont l'un plusieurs fois et parfois pendant plus de douze heures (par exemple de 17h05 à 10h18, soit 17 heures 13 minutes).

**RECOMMANDATION 9**

Toute décision d'enfermement d'un patient dans un lieu clos, qu'il s'agisse d'une chambre d'isolement ou d'une chambre hôtelière, que l'enfermement soit continu ou séquentiel, constitue une mesure d'isolement qui doit répondre à toutes les obligations légales relatives à de telles mesures, notamment s'agissant de leur traçabilité.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV indique : « Un audit interne a été réalisé en septembre 2022 sous l'angle de la contention en isolement (5 dossiers



audités + entretiens professionnels). Les conclusions sont aujourd'hui des pratiques conformes aux recommandations ». Elle ajoute que « une procédure sera néanmoins élaborée par le service des urgences en ce sens. Cette action sera inscrite au PAQSS institutionnel ».

Le CGLPL encourage cette évolution tout en maintenant la présente recommandation.

### **6.3 L'ANALYSE DES PRATIQUES ENREGISTREES NE CONCERNE PAS LES URGENCES ET ELLE NE PERMET PAS A L'UHTP D'IDENTIFIER UNE POLITIQUE DE SERVICE TENDANT A REDUIRE LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION**

#### **6.3.1 Au service d'accueil d'urgence**

Le SAU utilise le logiciel ResUrgence®, qui offre un onglet relatif à la « surveillance contention et/ou chambre sécurisée ». Ce logiciel, peu ergonomique en matière d'isolement et de contention, permet de formaliser une décision en renseignant un motif de mesure, une heure de début, une heure de fin, le nom du médecin et en enregistrant des « commentaires de surveillance ». Mais il ne permet pas de renouveler une décision. Lors de la visite, le placement du patient en CI n'avait pas été renseigné.

Jusqu'à la visite du CGLPL, les données de ce logiciel n'avaient jamais été extraites en vue de les joindre au registre de l'isolement et de la contention et au rapport annuel afférent. Une extraction a été tentée pour la première fois en présence des contrôleurs. Le CGLPL rappelle la position prise par la société française de médecine d'urgence (SFMU)<sup>5</sup>.

Il ressort des données extraites de ResUrgence® pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2021 que :

- 91 placements en « chambre sécurisée » ont été enregistrés, dont 53 avec le nom d'un médecin-décideur et 2 avec le nom d'un IDE-décideur ; 49 mesures ont un motif et 42 n'en ont pas ; 1 seule mesure a une heure de fin et a duré 16 heures 7 minutes. Il doit être précisé que les séjours au SAU à cette période n'ont jamais duré plus de 48 heures, généralement moins d'une journée.
- 55 mesures de contention ont été enregistrées ; il est parfois précisé que seuls les membres supérieurs du patient y ont été soumis.

Ces données – dont on sait qu'elles ne sont pas exhaustives – n'ont jamais fait l'objet d'une analyse.

#### **6.3.2 À l'unité d'hospitalisation à temps plein**

L'UHTP ne dispose d'aucun logiciel spécifique à la psychiatrie. Seul le logiciel Pharma® permet de renseigner la surveillance infirmière des mesures d'isolement et de contention, en plus du renseignement d'un cahier constitué comme un registre depuis 2017.

Ledit cahier s'ouvre au recto par les mesures d'isolement. Sont considérées comme des mesures d'isolement les seuls placements en CI. L'heure de fin de la mesure n'est jamais renseignée mais

---

<sup>5</sup> SFMU, Recommandations de bonne pratique clinique, Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences, 31 mars 2021, pp.16-17 : « Chaque établissement doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée (article L. 3222-5-1 CSP loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Ce registre doit notamment être présenté au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, à sa demande. »

le type de décision (horodaté, consistant en « mise », « maintien », « levée ») permet d'en connaître la durée.

Au verso du cahier sont inscrites les mesures de contention.

L'obligation légale d'aviser le JLD des mesures d'une durée supérieure à 48 heures n'est pas mise en œuvre. Elle n'est pas connue des professionnels.

Le rapport annuel portant sur le recours à l'isolement et à la contention n'existe que pour l'UHTP alors que son titre annonce le rapport des pratiques de l'ensemble du CHIV. Il a été établi en 2019 et en 2020 et a été communiqué aux contrôleurs. Il ne rend compte que de pratiques d'isolement en espace dédié, à savoir dans les CI, les isolements séquentiels dans les chambres hôtelières n'étant pas enregistrés.

Dans leur ensemble, les données de 2020 montrent un moindre recours tant à l'isolement qu'à la contention par rapport à l'année 2019, mais l'année 2019 avait été marquée par une forte augmentation du recours par rapport à l'année 2018. Le niveau de 2020 est encore légèrement supérieur à l'année 2018 en matière d'isolement (le rapport présente l'évolution comme « *constante* »), mais il est moindre en matière de contention.

L'analyse présentée dans le rapport est complète, sauf à rappeler que les pratiques d'isolement séquentiel n'y apparaissent pas et sauf peut-être s'agissant des perspectives et des actions mises en œuvre en vue de ne recourir à ces mesures qu'en dernier choix. Il est regrettable que le rapport n'ait pas été porté à la connaissance de tous les médecins du pôle de psychiatrie. Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV sollicite le retrait de cette dernière mention mais les entretiens effectués lors de la visite permettent au CGLPL de la maintenir, la seule modification possible et effectuée portant sur la transformation de « à la connaissance des médecins » en « à la connaissance de tous les médecins ».

Dans les discours des soignants de l'UHTP, l'isolement est encore présenté comme un soin, permettant de contenir. Il est aussi justifié par la possibilité de renforcer la surveillance. Il est enfin volontiers dit qu'il est utilisé en dernier recours. Des alternatives sont aisément citées : la salle d'ergothérapie (dont on rappelle qu'elle est fermée lors de la visite), la salle de télévision, le « temps calme », des activités prédéfinies propres à chaque patient (par exemple, lire un poème ou écouter une chanson particulière). Pour faciliter le « temps calme » d'un patient, un verrou de confort a été installé dans sa chambre. Sans que cela soit formalisé dans des directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) ou dans un projet de soins, un patient séjournant au long cours bénéficiait de l'identification d'alternatives pour diminuer le recours à des mesures d'isolement et contention.

## 7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES, S'EFFORCE D'EXERCER, A MINIMA, SA MISSION DE CONTROLE

L'agence régionale de santé (ARS) de la région Ile-de-France a en charge la gestion des soins sans consentement de patients hospitalisés dans l'un ou l'autre des établissements psychiatriques de son ressort ; elle assure aussi la logistique de chacune des huit commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP). Au jour du contrôle, la composition de la CDSP était complète, ses membres ayant été nommés ou renouvelés par arrêté préfectoral du 13 août 2019.

Le rapport d'activité pour l'année 2020 de la CDSP du Val-de-Marne, tout juste finalisé, a été communiqué aux contrôleurs ; il n'était toutefois pas encore transmis au CGLPL. Sa lecture fait ressortir une activité réduite de cette instance qui ne contrôle qu'une fois tous les deux ans le pôle psychiatrique du CHIV, la dernière visite datant du 17 décembre 2020. Elle y a vérifié les registres de la loi sans y consigner d'observations. Elle n'a pas auditionné de patients, aucun n'étant demandeur, bien que la visite de la CDSP ait été annoncée dans l'unité. A l'instar de ses visites antérieures, dont la précédente avait eu lieu le 10 décembre 2018, elle n'a pas formulé de demande de mainlevée au juge des libertés et de la détention (JLD). Pourtant, suite à la visite des chambres d'isolement, elle a noté que le patient qui ne peut d'initiative accéder aux sanitaires, est contraint d'utiliser un seau hygiénique posé à même le sol. Elle en a conclu, sans autres conséquences, qu'une telle pratique ne respecte pas la dignité humaine.

De plus elle a déploré l'impossibilité pour les patients d'accéder librement à un espace extérieur. Il a été dit aux contrôleurs que la CDSP s'est toujours efforcée de sensibiliser les médecins à l'importance de la motivation circonstanciée des certificats médicaux.

Favorable à la mise en œuvre du registre d'isolement et de contention, elle a procédé à un examen par extractions et a indiqué avoir relevé les anomalies suivantes :

« *Patients en soins libres mis en isolement.*

*Durée de mise en isolement non conforme aux dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique et des recommandations de la haute autorité de santé de février 2017 ».*

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

#### RECOMMANDATION 10

Les patients en soins sans consentement en programme de soins après une hospitalisation complète au pôle psychiatrique du CHIV doivent être informés de la visite de la CDSP dans cet établissement. Par ailleurs, la CDSP doit effectuer des visites biennuelles dans chacun des établissements hospitaliers de son ressort recevant des patients en soins sans consentement.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du CHIV insiste sur le fait que, « *lors d'une visite de la CDSP dans l'établissement, les patients sont systématiquement informés à l'oral par l'équipe paramédicale ainsi que par voie d'affichage* » et sollicite la suppression de la première phrase de la recommandation.

Le CGLPL rappelle qu'il ne conteste pas la qualité de l'information des patients présents à temps plein à l'UHTP mais qu'il invite à ce qu'elle soit aussi faite à destination des patients en programme de soins. En conséquence de quoi la recommandation est maintenue.

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

## **7.2 LES REGISTRES, TENUS AVEC RETARD ET DE FAÇON INCOMPLETE, NE PERMETTENT PAS DE CONTROLER EFFICACEMENT LES MODALITES DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT**

Ces registres, dits livres de la loi, sont renseignés et conservés au bureau des admissions. Distincts selon le statut juridique d'hospitalisation, douze registres ont été ouverts depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2011, quatre d'entre eux spécifiques pour les SDRE et huit pour ceux ouverts pour les SDDE.

Nonobstant les prescriptions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, ils ne sont pas renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif, à savoir dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises au cours du parcours de soins sans consentement. D'un modèle standard, ces registres ne sont pas paraphés à l'ouverture ; ils comportent cent folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission. Si les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et de manière lisible, les informations sont incomplètes : deux, au moins, des neuf exigées par l'article L 3212-11 code de la santé publique sont manquantes. En effet, les mentions suivantes ne figurent pas dans les registres : les accusés de réception des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et souvent, les décisions de mise sous protection judiciaire des majeurs.

Mais surtout, les certificats médicaux, l'avis motivé envoyé au JLD et la décision de ce même juge sont tardivement collés dans les registres. Ainsi, le 6 octobre 2021, de très nombreux documents, étaient en attente de collage, plus aucun n'ayant été effectué depuis le 27 mars 2021 dans le registre SDDE et depuis le 6 novembre 2020 dans celui réservé aux SDRE. D'autre part, il a pu être observé que le contenu de certains certificats, même si ce n'est pas la majorité, est insuffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante.

Il a enfin été constaté que les certificats mensuels concernant les patients en programmes de soins sont rarement joints aux registres, et pour ceux qui y figurent l'usage de certificat-type ou de copier-coller est fréquent, étant ajouté que les éventuelles observations du patient ne sont reportées sur aucun des certificats ; au mieux une case est cochée mentionnant que le patient a donné son accord pour le maintien de la mesure.

L'ensemble de ces constatations amène à la conclusion que la fonction et donc l'intérêt du registre sont inopérants puisque seule la consultation du dossier du patient regroupant la globalité des pièces nécessaires à la régularité des soins sans consentement permet un contrôle efficace.

Les arrêtés préfectoraux sont, quant à eux, établis selon un modèle national ; ils font état des voies de recours judiciaires et administrative devant la CDSP.

### **7.3 LE CONTROLE JURIDICTIONNEL S'EXERCE DANS DES CONDITIONS MATERIELLES RESPECTUEUSES DE LA DIGNITE DES PATIENTS TANDIS QUE LE CONTROLE DES AUTRES AUTORITES EST REDUIT AU MINIMUM**

#### **7.3.1 Le contrôle du juge des libertés et de la détention**

##### *a) La convocation à l'audience*

Les audiences du JLD ne sont pas tenues à Villeneuve Saint George. Des locaux spécialement aménagés ont été affectés, sur le site hospitalier Albert Chenevier à Créteil, pour la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal judiciaire de Créteil.

Une vaste pièce lumineuse, située au rez-de-chaussée d'un pavillon, a été aménagée à l'instar d'une salle d'audience. Elle est meublée de plusieurs rangées de sièges faisant face à un grand « bureau » derrière lequel prennent place le juge et le greffier ; s'y ajoutent des locaux à l'étage réservés à l'attente ou à l'entretien avec les avocats et des sanitaires qui sont à la disposition des justiciables. L'audience du JLD se passe ainsi dans les conditions de confort nécessaires au bon déroulement des débats.

Les audiences se tiennent une fois par semaine, le vendredi matin, étant précisé qu'à cette audience sont aussi enrôlés les dossiers de patients hospitalisés sans leur consentement à l'hôpital de Créteil.

Les échanges entre le secrétariat des admissions et le greffe du TJ sont, selon les dires, d'excellentes qualités. Les modalités d'organisation avaient été, lors de la mise en place du contrôle juridictionnel, discutées entre les protagonistes.

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

A cette requête sont évidemment joints tous les documents médicaux exigés par la loi, ainsi que les documents notifiés et les accusés de réception.

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

La convocation à l'audience, adressée par le juge au patient, transite par le secrétariat des admissions avant d'être transmise à l'UHTP pour notification. Les contrôleurs ont pu constater, qu'à cette occasion, les explications données aux patients étaient rapides, parfois incomplètes (le droit d'avoir accès au dossier avant l'audience n'est jamais indiqué). Toutefois il est apparu que « l'agent notificateur » prenait le temps de rassurer le patient sur les modalités du déroulement de l'audience.

##### *b) Le déroulement de l'audience*

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité de l'audience du vendredi 8 octobre 2021, présidée par un vice-président du TJ de Créteil nommé JLD par décret, assisté d'une greffière. La porte de la salle est restée ouverte tout le temps des débats. Neuf dossiers étaient enrôlés à cette audience dont seuls deux concernaient des patients du CHIV. Un tuteur bien que convoqué, ne s'est pas présenté.

Les deux patients amenés depuis Villeneuve en véhicule et accompagnés de leurs soignants étaient en tenue de ville. Leur attente avant l'appel de leur cause et leur entrée dans la salle a été de courte durée. Au préalable ils ont pu s'entretenir, le temps jugé nécessaire et en toute confidentialité, avec leur avocat désigné en aide juridictionnelle.

Pour chaque affaire, le magistrat, qui n'a pas expliqué son rôle, a précisé la possibilité de solliciter la tenue de l'audience à huis-clos, ce que les patients n'ont pas demandé. Il a ensuite résumé de manière didactique les éléments du dossier et lu, intégralement autant que rapidement, les certificats médicaux avant de donner la parole au patient sans chercher à connaître ses conditions de vie durant l'hospitalisation. L'un des patients s'est exprimé sur son souhait de voir lever la mesure en se plaignant des restrictions, selon lui trop importantes, imposées dans sa vie quotidienne ; il a déploré l'impossibilité d'obtenir des autorisations de sorties. Quant à l'autre patiente, elle a précisé avoir compris la nécessité de ses soins en disant adhérer au maintien de l'hospitalisation.

Les décisions ont été rendues sur le siège, le magistrat annonçant à chacun individuellement, sans explication pédagogique, le maintien de son l'hospitalisation tout en lui notifiant l'ordonnance. Des propos d'encouragement ont toutefois été prononcés et la possibilité d'utiliser des voies de recours ou de saisir d'initiative le JLD brièvement rappelée. Le temps consacré à chaque affaire fut de l'ordre du quart d'heure.

Quand une décision est mise en délibéré, hypothèse peu fréquente, elle est notifiée par le cadre de l'unité avec, selon les dires, un souci d'explicitations et d'informations complètes sur les modalités de voies de recours ; il a de plus été ajouté que le médecin référent n'hésitait pas à notifier lui-même la décision quand il considérait qu'elle pouvait être difficile à comprendre par le patient.

### *c) Les décisions rendues*

Le contentieux généré dans l'établissement pour le contrôle de l'hospitalisation sans consentement, même s'il fluctue légèrement chaque année, n'augmente ni ne diminue de façon significative. De l'ordre de soixante-quinze à quatre-vingts nouvelles mesures étant enregistrées annuellement, un certain nombre d'entre elles sont levées avant l'audience du JLD à douze jours ; ainsi et pour exemple, si en 2019 sur cinquante-trois mesures de SDDE dix-neuf ont été levées avant passage devant le juge, en 2021 (jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre) ce nombre fut porté à vingt-cinq sur quarante-huit mesures de SDDE.

- en 2019, cinquante-deux décisions ont été rendues dont quinze concernant des mesures de SDRE ; toutes ont maintenu l'hospitalisation complète ;
- en 2021 et jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre trente-et-un patients ont été convoqués et trente ont comparu à l'audience dont sept étaient hospitalisés en SDRE ; une mainlevée d'hospitalisation complète à effet différé de 24 heures a été prononcée.

Les refus du patient de se présenter à l'audience sont très rares et les médecins ne s'opposent que très exceptionnellement à la comparution.

La rareté des mainlevées trouve explications dans une procédure maîtrisée et respectée des protagonistes autant que dans la volonté des médecins de rechercher au plus vite une alliance thérapeutique avec le patient SDDE qui alors rend inopportune la contrainte.

Enfin, il doit être précisé que les modalités de mise en œuvre de l'office du JLD sur le contentieux de l'isolement et de la contention qui, au moment du contrôle n'avaient pas fait l'objet de réflexions institutionnelles, n'étaient pas appliquées.

### 7.3.2 Les autres contrôles

Selon les informations recueillies, les autorités énoncées dans l'article L 3222-4 du code de la santé publique n'effectuent pas régulièrement la visite annuelle pour contrôler les conditions de prise en charge des patients hospitalisés sans leur consentement.

L'examen des registres de la loi n'a pas permis de trouver trace de leurs visas à l'exception de celui du procureur de la République datant du 18 février 2019.

#### **RECOMMANDATION 11**

Conformément au code de la santé publique, le préfet du Val-de-Marne, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Créteil et le maire de la commune de Villeneuve-Saint-Georges ou leurs représentants doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi visa et éventuelles observations.

## 8. LES SOINS

### 8.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES RESULTENT PRINCIPALEMENT DE L'INTERVENTION MEDICALE

#### 8.1.1 La prise en charge médicale et infirmière

Parmi les trois médecins qui interviennent à l'UHTP, les deux praticiens hospitaliers (PH) y effectuent 1,5 ETP et le praticien attaché (PA) y intervient à plein temps. La récupération de la garde diminue leur présence dans l'unité. En leur absence, c'est d'ailleurs le psychiatre de garde qui est sollicité ; il se rend dans l'unité généralement en une dizaine de minutes.

Le projet médical de l'UHTP serait en cours d'élaboration depuis de nombreuses années. Seul le projet médical du pôle existe. Aucun autre document ne structure la prise en charge.

Les patients sont vus lors de leur admission, puis à 24 heures et 72 heures quand ils sont en SSC. La psychiatre PH rédige la majorité des certificats liés à la procédure de SSC, son confrère étant moins disponible et le PA n'en ayant pas la capacité légale. Ensuite, une visite hebdomadaire en chambre prévaut, le mardi matin, complétée par une consultation à chaque fois que les soignants signalent une nécessité clinique ou quand le patient le demande. Il a fréquemment été dit que les consultations médicales se font à la demande. Les patients rencontrés identifient le psychiatre qui les suit pendant l'hospitalisation.

L'équipe soignante regroupe les médecins, la cadre, les IDE, les AS et, précédemment, la psychologue.

Les entretiens médicaux se réalisent avec un IDE. À défaut de disponibilité infirmière, il arrive que deux médecins s'associent pendant l'entretien.

Un « petit staff » est réuni tous les matins. Le « staff » est réuni le mardi matin. Les psychiatres informent volontiers les IDE sur les pathologies psychiatriques, ce qui est primordial dans une équipe où l'expérience en santé mentale des soignants tend à disparaître au fur et à mesure de l'avancement de la fermeture de l'unité.

Une réunion de synthèse est organisée en cas de besoin, « *pour identifier ensemble comment on peut faire pour mieux prendre en charge le patient* ». Elle peut associer le mandataire judiciaire, la personne de confiance<sup>6</sup>, le médecin d'une structure extérieure, le service d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés (SAMSAH), etc. La seconde partie de la réunion peut associer le patient.

L'alliance thérapeutique est recherchée. Si les patients seraient peu demandeurs d'information sur leur pathologie auprès des médecins, ces derniers se disent volontaires pour les associer davantage, sans toutefois envisager de transmettre les certificats établis selon l'échéancier légal. Les questions seraient en fait surtout posées aux infirmiers, qui participent à la construction de cette alliance.

Des entretiens médicaux associent des membres de la famille, sans s'attacher à la désignation de la personne de confiance. Lors de la visite, le conjoint d'une patiente était intégré à la prise en charge. Il reste difficile de joindre les mandataires judiciaires.

---

<sup>6</sup> Mais seuls deux patients ont désigné une personne de confiance parmi ceux présents lors de la visite.



La présence médicale permet d'envisager un changement de médecin, de même que la présence d'hommes et d'une femme parmi eux permet de prendre en considération une demande motivée par exemple par des traumatismes sexuels antérieurs chez le patient.

La pharmacie du CHIV assure le contrôle des prescriptions de façon jugée satisfaisante par les médecins. Il n'est pas déploré de difficulté dans la délivrance des traitements. La distribution s'effectue dans le poste de soins, porte fermée ; une chaise permet aux patients de s'asseoir. Il est convenu que les patients viennent avec le gobelet en plastique dont ils ont été dotés à leur admission.

Le recours à l'injection d'un traitement n'est que l'ultime recours, quand la voie orale échoue malgré un entretien médical et une nouvelle proposition de prise *per os*.

Si le logiciel Pharma® est commun aux services du CHIV, l'UHTP n'est dotée d'aucun autre logiciel depuis qu'elle a abandonné Lysia®. Les soignants de l'UHTP n'ont pas non plus accès au logiciel ResUrgence® utilisé par le SAU ; le dossier du patient établi pendant son séjour au SAU est donc transmis sur support papier.

### 8.1.2 Les activités

En l'absence d'ergothérapeute (en congé pour maternité de septembre 2021 à janvier 2022), aucune activité n'est proposée aux patients « *sauf si les soignants ont l'envie et le temps* ».



*La salle d'ergothérapie, fermée*

Les AS, l'après-midi, sont celles qui prennent le plus souvent l'initiative d'une « activité-support » ; ont été citées : la coiffure incluant éventuellement une coloration et le bien-être à travers un massage, tout en précisant que cela ne pouvait concerner aucun des dix-huit patients présents en raison de la chronicité de leur maladie. L'association Le Chalet fournit le matériel utile si le patient et sa famille ne le font pas.

Il n'existe plus de réunion soignants-soignés. Elle était animée par la psychologue.

A la question des activités thérapeutiques, il a été répondu : « *on avait une ergothérapeute...* », « *les infirmières proposaient des activités, mais maintenant...* », « *on avait des psychologues, mais ils n'interviennent plus que sur demande...* ».

Les activités proposées avec régularité sont occupationnelles, dans la salle dite de séjour ou de télévision qui comporte vingt-trois places assises, deux tables, des meubles de rangement et un téléviseur, des jeux de société, de la lecture, un baby-foot. Une affiche informe aussi de la possibilité de jouer au ping-pong et de manière plus générale incite à solliciter l'équipe soignante pour faire un jeu de société, jouer au ping-pong ou encore emprunter un livre. Mais les patients ne sont pas vraiment mobilisés par les soignants pour faire des activités.

Dans ces conditions de fonctionnement, la prise en charge ne s'apparente pas à une thérapie active. Comme l'a résumé un patient, « *sédaté, ça m'arrange car cela me fait dormir et ça fait passer le temps* ».

## **8.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT FACILITES PAR L'INTERVENTION D'UN GENERALISTE ET PAR L'ACCES AUX SERVICES SPECIALISES DU CENTRE HOSPITALIER**

L'admission des patients se faisant généralement par la voie du SAU, un bilan somatique est effectué en amont de l'arrivée à l'UHTP. Dans le cas contraire, les moyens du CHIV en matière de soins somatiques peuvent aisément être sollicités.

Un généraliste du CHIV intervient deux matinées par semaine à l'UHTP depuis le début de la crise sanitaire. Il participe aux transmissions du lundi. L'équipe de l'UHTP apprécie son action auprès des patients – qu'il finit par bien connaître – et auprès des autres services de l'établissement – qu'il sollicite efficacement, comme le 5 octobre quand un patient a pu avoir une radiographie et une consultation avec un orthopédiste dans l'après-midi qui a suivi son entretien avec le généraliste.

Le médecin généraliste traite les questions de contraception. Si une consultation en gynécologie est nécessaire, elle se fait dans le service spécialisé du CHIV. Le patient peut être accompagné par un soignant de l'UHTP, y compris jusque dans une salle d'imagerie médicale si cela peut le tranquilliser. L'accès aux explorations par imagerie est simplifié : le psychiatre remplit lui-même la demande.

Il arrive que des spécialistes se rendent directement à l'UHTP. Le 5 octobre, un orthopédiste du CHIV est venu y rencontrer son patient.

## **8.3 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT NE BENEFICIENT PAS D'AUTORISATIONS DE SORTIE, LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS NE SE REUNIT PAS ET LES DELAIS DE SORTIE SONT CONSIDERABLEMENT ALLONGES PAR LA LENTEUR DES PARTENAIRES EXTERIEURS**

Lors de la visite des contrôleurs, cinq des six patients hospitalisés en SSC l'étaient depuis moins de cinq mois.

### **8.3.1 Les sorties de courte durée**

Le 19 décembre 2019 est la date de la dernière sortie de courte durée mentionnée dans les registres de la loi et dont a bénéficié un patient en SSC. Les médecins comme les soignants ont indiqué que la durée de séjour était dans la plupart des cas tellement courte qu'il n'était pas nécessaire d'organiser de sorties ; il fut aussi ajouté que les mesures dues à la crise sanitaire, telle l'interdiction de sortir de l'unité, a conforté la pratique antérieure restrictive qui continue de perdurer. C'est ainsi que, devant le JLD, un patient s'est plaint de ne pouvoir sortir pour aller acheter le matériel de dessins nécessaire à la pratique de ses activités, un autre de ne pas pouvoir aller chez l'opticien après avoir eu une nouvelle prescription d'un ophtalmologue du CHIV.

Un patient en SDRE hospitalisé depuis le 29 mai 2018 est « enfermé » dans l'unité depuis ce jour. Il a été dit aux contrôleurs que son état clinique était incompatible avec une sortie à l'extérieur.

### 8.3.2 Les programmes de soins et le collège des professionnels

Les programmes de soins (PDS) au nombre de dix – dont neuf concernent des patients en SDRE – sont toujours menés en ambulatoire et correspondent donc à une réelle sortie d'hospitalisation. Les médecins considèrent que la mise en œuvre d'une telle mesure est dans la plupart des cas peu opportune et inefficace. Toutefois, les patients bénéficiant d'une telle mesure ont un réel suivi et il n'est pas rare qu'ils soient réintégrés en hospitalisation complète pour une durée de quelques semaines.

Le collège des professionnels de santé qui, conformément à l'article L.3212.7 du code de la santé publique, doit se réunir pour examiner la situation des patients maintenus en SSC depuis plus d'un an (hospitalisation complète ou PDS) par décision du directeur autant que pour les patients pénalement irresponsables avant leur comparution devant le JLD, n'est jamais convoqué. L'équipe des soignants, voire certains médecins, sont dans l'ignorance totale de l'existence légale de cet organe.

#### RECOMMANDATION 12

Le collège des professionnels de santé doit être convoqué par le directeur de l'établissement pour, collégialement, recueillir les observations des patients au statut énoncé dans l'article L 3212-7 du code de la santé publique avant de donner son avis motivé sur le maintien de la mesure.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction du CHIV annonce que « *le collège des professionnels de santé [...] sera réactivé d'ici fin 2022* » et précise que « *à ce jour les séjours longs de l'établissement sont examinés à périodicité régulière (commission des longs séjours / bed blockers). Dans l'attente de la réactivation du collège des professionnels, les séjours longs de psychiatrie seront examinés dans le cadre de cette structure* ».

### 8.3.3 La préparation de la levée d'hospitalisation

Le poste de l'assistant de service social (ASS) de l'UHTP était vacant lors de la visite. L'ASS des structures ambulatoires pallie cette absence en assurant une présence trois demi-journées par semaine, dont le mardi matin pour participer à la réunion de synthèse.

La préparation à la sortie diffère selon la situation clinique et sociale des patients. Dans tous les cas, les médecins décident du projet de sortie qui repose sur une bonne coordination avec les services extrahospitaliers. Lors des réunions hebdomadaires, chaque situation est abordée au regard du projet de sortie. Selon les dires, les mandataires sociaux institutionnels se mobilisent peu et ne participent qu'exceptionnellement aux réunions de synthèse quand ils y conviés.

Dans la perspective de la fermeture de l'UHTP, une partie des patients au long cours ont été placés dans des structures médico-sociales.

Lors de la visite, des mesures de protection judiciaire doivent être mises en œuvre pour faciliter l'organisation de la sortie de patients « chroniques », ce qui suppose, en cas d'opposition de l'intéressé, de saisir le procureur d'un signalement à cette fin. Deux dossiers sont en cours d'instruction au tribunal de proximité. Le délai pour obtenir la mesure est de l'ordre d'une année.

La réalisation du projet suppose au préalable, pour les patients en errance sociale, notamment ceux sans domicile fixe, une restauration de leur situation administrative : ouverture des droits sociaux, renouvellement de la carte nationale d'identité pour pouvoir ouvrir un compte bancaire sur lequel percevoir les aides directes comme l'allocation aux adultes handicapés ou le revenu de solidarité active, demande d'assurance complémentaire santé solidaire, de logement social. Le délai d'aboutissement de ces démarches conditionne en partie celui de la sortie, outre la disponibilité de places, pour les patients qui en relèvent, dans des structures médico-sociales (FAM<sup>7</sup>, MAS<sup>8</sup>, EHPAD<sup>9</sup>) ou de solutions d'hébergement pour les patients sans domicile.

Les recherches de places auprès de ces structures ne peuvent être engagées qu'après avoir obtenu une réponse à une demande d'orientation présentée à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), réponse dont le délai dépasse un an. Lorsque l'orientation est obtenue, l'unité monte le dossier de demande qu'elle adresse directement aux MAS ou FAM susceptibles d'accueillir le patient. La réponse (refus, accord ou attente) met alors de trois à quatre mois pour arriver.

Le secteur ne dispose d'aucun appartement thérapeutique. Le délai d'obtention d'une place en foyer d'hébergement est de l'ordre d'un an. Le CHIV gère un EHPAD qui a pu accueillir un patient. Le pôle assure une liaison psychiatrique avec les structures d'aval médico-sociales pour les rassurer en garantissant que les patients seront réhospitalisés en cas de difficultés, moyennant, réciproquement, que la place en structure soit maintenue pendant cette hospitalisation.

Ainsi, le délai d'aboutissement d'une solution de sortie autre qu'un retour au domicile ou en famille se compte en années.

Le retour au domicile est préparé par un passage préalable dans le logement pour en vérifier l'état et par l'organisation d'une prise en charge par le service extrahospitalier pour assurer des visites à domicile et des consultations au CMP, ainsi, éventuellement, que le portage de repas. Si le retour se fait en famille, celle-ci est reçue par le médecin pour la préparer.

Il est à préciser que trois des quatre patients « au long cours » ne sont pas sous statut de soins sans consentement mais en hospitalisation libre.

---

<sup>7</sup> foyer d'accueil médicalisé.

<sup>8</sup> maison d'accueil spécialisée.

<sup>9</sup> établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

## 9. CONCLUSION

La visite s'est déroulée dans un contexte de fermeture annoncée du service d'hospitalisation à temps plein de psychiatrie, dont les contrôleurs n'avaient pas connaissance avant leur arrivée. Les constats ont porté comme habituellement sur le service d'hospitalisation mais aussi de façon tout aussi précise sur la prise en charge des situations cliniques psychiatriques aux urgences.

Concernant l'UHTP, peut être mise en cause la systématisation des restrictions individuelles et en particulier l'absence de liberté d'aller et venir qui touche tous les patients, quel que soit leur statut, y compris s'agissant d'accéder à l'air libre.

Les conditions d'hébergement sont apparues inadaptées à cause de la conception architecturale de l'unité mais aussi de l'équipement hôtelier des chambres et des parties communes.

Faute de ressources consacrées aux activités thérapeutiques, faute de personnel soignant spécialisé en psychiatrie en nombre suffisant, les soins s'appuient essentiellement sur la présence médicale.

Les chambres d'isolement sont indignes, particulièrement parce qu'elles obligent les patients à utiliser un seau pour faire leurs besoins et parce qu'ils sont visibles de tous depuis le couloir. L'isolement en espace non dédié n'étant pas tracé dans le registre, le rapport annuel relatif à l'isolement et à la contention n'en rend donc pas compte ; ledit rapport existe mais n'est pas porté à la connaissance des professionnels de l'unité. L'ensemble de la prise en charge est marqué par une réflexion institutionnelle inexistante et est peu lisible.

Pourtant, l'équipe de l'UHTP n'a pas un recours intensif à l'isolement, ni de surcroît à la contention, et explore très volontiers les alternatives. Les contrôleurs ont rencontré des soignants individuellement investis dans le soin, soucieux d'amélioration des états de santé et d'acceptation des soins par les patients.

Concernant précisément la prise en charge aux urgences, la durée longue de maintien dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dans des conditions assimilables en tous points à des mesures d'isolement et de contention a retenu l'attention, de même que l'initiation de procédures de soins sans consentement qui ne débouchent sur aucune décision du directeur tant que l'hospitalisation dans un service spécialisé n'est pas effective. Elle ne peut se résoudre qu'en se rapprochant efficacement des structures destinées à accueillir les patients en soins sans consentement afin de réduire drastiquement le temps de séjour, ou alors en mettant en œuvre pleinement la procédure de soins sans consentement et en instaurant la traçabilité et les garanties que la loi prévoit en matière d'isolement et de contention.

Par ailleurs, la filière de prise en charge psychiatrique au sein des urgences est bien identifiée, par des moyens matériels et des moyens médicaux et infirmiers spécialisés en psychiatrie.

Dans la mesure où des personnes ayant des besoins de prise en charge en santé mentale continueront à se présenter aux urgences même après la fermeture de l'UHTP, l'amélioration de la prise en compte des droits fondamentaux des patients doit se porter sur le service d'accueil d'urgence.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)