



Rapport de visite :

2 au 6 mai 2022 – 1^{ère} visite

Groupe hospitalier Sud Ile-de-France - Melun

(Seine-et-Marne)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du Groupe Hospitalier Sud Ile-de-France (GHSIF) à Melun (Seine-et-Marne) du 2 au 6 mai 2022. Cette mission constituait un premier contrôle de l'établissement.

Le rapport provisoire relatif à cette visite a fait l'objet d'échanges contradictoires avec le directeur de cet établissement, la directrice générale de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France et avec les chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Melun dont les observations ont été prises en compte, ainsi qu'avec le préfet de la Seine-et-Marne qui n'a pas fait valoir d'observations.

Le service de psychiatrie du GHSIF est composé de quatre unités d'hospitalisation pour les adultes pour une capacité affichée de 103 lits. Il comprend un secteur de psychiatrie infanto-juvénile dépourvu de lits d'hospitalisation.

Lors de leur mission, les contrôleurs ont constaté des violations graves et multiples des droits des patients et de leur dignité.

En effet, les patients sont hébergés dans des locaux neufs mais qui ont été mal conçus et comportent une dimension sécuritaire. Rien n'a été pensé pour la vie quotidienne et collective : impossibilité d'accéder librement au second niveau qui comprend la bibliothèque, la salle de sport et la plateforme de réhabilitation sociale, nombre important de chambres doubles, patios non végétalisés et qui ne comprennent pas d'abri pour se protéger du soleil ou de la pluie, espaces pour rencontrer les familles insuffisants et ne garantissant aucune intimité, locaux sombres, sinistres où il est difficile de se repérer, absence de boutons d'appel et de verrous de confort aux portes des chambres.

La liberté d'aller et venir est abusivement restreinte, y compris pour les patients en soins libres ce qui est illégal (portes fermées, système de « permissions »). En l'absence de placards « opérationnels », les patients ne peuvent garder leurs affaires en sécurité et sont parfois contraints d'entreposer leurs affaires à même le sol, parfois à côté des toilettes.

Sans organisation de vestiaire de secours et sans machine à laver, beaucoup de personnes se trouvent contraintes à porter un pyjama et ne sont pas non plus encouragées à s'habiller.

Si la présence médicale est assurée malgré les postes vacants, la cohérence de l'équipe soignante est parfois défaillante dans certaines unités et les activités proposées largement insuffisantes.

Le service dispose d'un nombre de chambres d'isolement très important, très supérieur à ce que l'on constate dans les établissements similaires, de l'ordre de $\frac{1}{4}$ de la capacité globale. Ces chambres d'isolement et chambres dites fermables sont d'ailleurs à tort comptabilisées dans la capacité d'hébergement du service. Malgré des locaux récents, les chambres d'isolement sont indignes, ne comportant aucun des équipements requis : la personne ne peut appeler les soignants faute de bouton d'appel, elle ne peut ouvrir la fenêtre – même partiellement – pour aérer la pièce, elle ne peut fermer elle-même les volets, éteindre ou allumer la lumière, elle a parfois froid faute de chauffage suffisant, dans les chambres sans sas elle n'a pas accès à une horloge lui permettant de se repérer dans le temps, sa dignité et son intimité ne sont pas respectées car les toilettes sont visibles du fenestron.

Les patients en soins sans consentement en isolement et en contention ne font pas l'objet d'un examen somatique systématique dans les 24h mais uniquement à la suite d'une demande du soignant ou du patient si celui-ci présente des symptômes.

Des prescriptions de traitements psychotropes injectables en « si besoin » ont été observées.

Dans ce contexte, la prise en charge des mineurs est apparue particulièrement indigne : hospitalisés avec des adultes, enfermés dans des chambres d'isolement, sans prise en charge adaptée à leur âge en matière de repas, de scolarité, d'activités notamment.

Depuis la visite, un certain nombre d'actions ont été engagées par l'établissement : un lave-linge et un sèche-linge ont été installés, les fenestrons des portes permettant de voir le patient dans sa chambre et aux toilettes ont été condamnés, des verrous de confort équipent toutes les chambres depuis septembre 2022 et des cadenas sont apposés aux placards, les services de sécurité incendie de l'établissement sont désormais informés de l'isolement et de la contention des patients et des chambres où ils se trouvent, les mineurs ne sont plus hospitalisés dans des chambres d'isolement et il leur est remis un dispositif d'appel. D'autres sont en cours comme la mise en place de formations à destination des agents sur les droits des patients et les alternatives à l'isolement et à la contention, la création d'une chambre d'apaisement en 2023 et des travaux visant à améliorer la qualité hôtelière de l'ensemble des chambres.

Néanmoins, le nouveau projet prévoit un nombre important de chambres d'isolement et les recommandations sur la liberté d'aller et venir et sur les prescriptions si besoin n'ont pas l'air d'avoir été comprises dans leur entièreté. Surtout, aucune unité d'hospitalisation spécifique n'a vu le jour dans le département.

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 18

La capacité du service ne peut être calculée que sur les lits d'hospitalisation et ne peut pas comprendre les chambres d'isolement et les chambres « *potentiellement fermables* » qui doivent être considérées comme des chambres d'isolement au regard de leur aménagement.

RECOMMANDATION 2 19

Les unités doivent disposer d'un projet médical.

RECOMMANDATION 3 20

Le financement des activités et l'acquisition des fournitures nécessaires aux unités doit être facilité.

RECOMMANDATION 4 24

Les soignants doivent être formés à l'isolement et à la contention et aux alternatives à mettre en œuvre dans ce cadre, à la procédure d'hospitalisation en soins sans consentement et aux modalités de son contrôle par le juge des libertés et de la détention ainsi qu'aux droits des patients en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 5 25

Comme prévu par l'établissement, les nouveaux agents doivent bénéficier d'un accompagnement renforcé lors de leur prise de fonction : livret d'accueil, tutorat formalisé, formations obligatoires à suivre à l'arrivée portant notamment sur la clinique.

RECOMMANDATION 6 25

Comme prévu par l'établissement, les équipes de soins ainsi que les cadres doivent bénéficier d'une supervision, animée par une personne extérieure à l'établissement, afin de pouvoir analyser leurs pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 7 27

Comme prévu par l'établissement, le comité d'éthique doit aborder les sujets relatifs aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie, à l'isolement, la contention et la sexualité. Le comité d'éthique gagnerait par ailleurs à s'ouvrir à des participations extérieures pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques.

RECOMMANDATION 8 31

Tous les patients se présentant au service des urgences du GHSIF avec une symptomatologie psychiatrique doivent systématiquement bénéficier d'un bilan somatique et les praticiens de ce service doivent être mieux formés aux vulnérabilités spécifiques de ces patients.

RECOMMANDATION 9 31

Les décisions de contention prises aux urgences doivent toutes être enregistrées dans le logiciel prévu à cet effet.

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

RECOMMANDATION 10 33

L'établissement doit disposer d'un outil permettant de recenser son activité de manière fiable, exhaustive et précise en particulier s'agissant de celle relative aux soins sans consentement.

RECOMMANDATION 11 34

Si les chiffres communiqués sont avérés, l'établissement doit engager une réflexion sur la part très importante de patients en soins sans consentement qu'il accueille.
Par ailleurs, le recours à la procédure dérogatoire que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

RECOMMANDATION 12 35

Un livret d'accueil spécifique au pôle de psychiatrie ainsi que des règles de vie précises spécifiques à chaque unité doivent être élaborés et remis systématiquement aux patients afin de leur garantir une information complète et claire sur leur hospitalisation et leurs droits.

RECOMMANDATION 13 37

Les patients ne maîtrisant pas le français doivent se voir délivrer une information écrite et orale concernant tous les aspects de leur hospitalisation et leurs droits dans une langue qu'ils comprennent.

RECOMMANDATION 14 44

L'équipement (auvent notamment) et la végétalisation des patios doivent être immédiatement améliorés à l'instar des agencements retenus dans d'autres secteurs de l'hôpital.
L'intimité minimale dans les chambres doit être garantie. Il est inacceptable que des patients puissent être exposés au regard d'autrui quand ils se rendent aux toilettes. Les fenestrons des portes doivent être, en toutes circonstances, condamnés.
Toute chambre hôtelière doit disposer de l'équipement requis : lit (non scellé), table, chaise, sanitaires séparés, horloge pour pouvoir se repérer dans le temps, dispositif d'appel des soignants, verrou de confort, etc. L'ouverture des fenêtres doit être rendue possible.

RECOMMANDATION 15 45

Les agents de services hospitaliers doivent disposer de tous les moyens, humains et matériels, nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

RECOMMANDATION 16 47

Aucun patient ne doit être contraint de porter le pyjama, faute de solution d'entretien de son linge. Un dispositif doit être immédiatement mis en place pour les patients sans ressources.

RECOMMANDATION 17 48

Les patients doivent être protégés des vols. Un dispositif permettant à chacun de verrouiller sa chambre (par clef, badge électromagnétique, etc.) doit être mis en place. Chaque patient doit, en outre, pouvoir disposer, en chambre, d'un placard, avec un système de fermeture efficient.
Un inventaire de tous les effets du patient doit être réalisé de manière contradictoire et un exemplaire doit être remis au patient.

RECOMMANDATION 18 49

Au regard des difficultés dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique, l'opportunité de créer un service de protection juridique des majeurs au sein de l'hôpital doit être interrogée.
En tout état de cause, un distributeur automatique de billets doit être installé dans l'hôpital, accessible aux patients hospitalisés en psychiatrie.

RECOMMANDATION 19 51

Les patients hospitalisés en psychiatrie doivent recevoir une alimentation variée et suffisante, intégrant une collation l'après-midi, et tenant compte de leur âge, de leur état de santé et de leur condition physique, dans l'ambiance de partage et de convivialité que doit représenter un repas pour des patients.

RECOMMANDATION 20 53

Les demandes d'autorisation de sortie de moins de douze heures ne doivent pas être requises pour une sortie à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement. En tout état de cause, les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au statut juridique de l'admission en soins psychiatriques sans consentement.

RECOMMANDATION 21 54

Les patients admis en soins psychiatriques libres doivent pouvoir sortir et circuler librement. Ils ne doivent pas être hébergés dans une unité fermée.

RECOMMANDATION 22 55

La dynamique engagée d'ouverture des portes doit se poursuivre et permettre, à terme, une circulation plus fluide dans l'ensemble du pôle de psychiatrie. En particulier, l'accès des patients aux services et infrastructures situés à l'étage (plateforme de réhabilitation psychosociale, bibliothèque, salles de sport, cafétéria générale, etc.) doit être facilité.

RECOMMANDATION 23 56

Le port du pyjama doit répondre à des considérations cliniques individualisées et non relever d'un protocole applicable à tous systématiquement.

RECOMMANDATION 24 58

Les patients doivent pouvoir téléphoner à leurs proches ou être appelés par ces derniers, souplement, dans des conditions satisfaisantes de confidentialité.

RECOMMANDATION 25 59

Les conditions matérielles des visites doivent être améliorées afin de garantir des conditions d'accueil agréables et la confidentialité des échanges. Les visites en chambre ne doivent pas être systématiquement interdites.

RECOMMANDATION 26 60

Les patients conservent les droits et devoirs inhérents à leur statut de citoyen. L'établissement doit leur garantir l'exercice effectif du droit de vote par tout moyen.

RECOMMANDATION 27 62

Les patients privés de liberté conservent, au titre de leur droit à la vie privée, leur liberté sexuelle. Elle doit pouvoir s'exercer dans des lieux qui respectent l'intimité, qu'il s'agisse d'espaces d'hébergement personnel ou d'accueil des proches.
La vie affective et sexuelle des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et des formations doivent être proposées aux soignants à ce propos.

RECOMMANDATION 28 63

Les patients ne peuvent être hébergés dans les chambres d'isolement et les chambres fermables, qui ne doivent pas être considérées comme des chambres hôtelières. Le patient doit conserver sa chambre hôtelière lorsqu'il est placé à l'isolement.
L'établissement doit engager sans délai une réflexion visant à réduire le nombre de lieux d'isolement et à aménager des espaces d'apaisement.

RECOMMANDATION 29 67

Les chambres d'isolement, dont les « *chambres fermables* », doivent être immédiatement et entièrement restructurées afin d'assurer la confidentialité des soins, préserver l'intimité des patients, et garantir à ces derniers des conditions de prise en charge respectueuses de leur dignité et garantissant leur sécurité.
Elles doivent comprendre un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention et une horloge horodatée permettant de se repérer dans le temps. Le patient doit pouvoir voir l'extérieur

depuis la fenêtre et l'ouvrir pour aérer la pièce. Il doit également pouvoir librement avoir accès à l'eau, actionner la chasse d'eau, ouvrir et fermer les volets, allumer ou éteindre la lumière et disposer d'un placard pour pouvoir entreposer ses affaires.

Des réparations immédiates doivent être réalisées pour que le patient puisse correctement se chauffer et pour que l'ensemble des chasses d'eau fonctionnent.

Les fenestrons et fenêtres qui permettent une vue directe sur le lit du patient et les WC doivent être occultés.

L'espace sanitaire doit être muni de barres anti-suicide et d'un miroir sécurisé.

RECOMMANDATION 30 68

Le retrait des draps doit répondre à des considérations cliniques individualisées et non relever d'un protocole applicable à tous systématiquement.

RECOMMANDATION 31 69

Le service de sécurité incendie de l'établissement doit être systématiquement avisé de toute mise en isolement et contention et informé des chambres où se trouvent les patients.

RECOMMANDATION 32 70

L'isolement et la contention sont des mesures de dernier recours, encadrées strictement par la loi dans leurs objectifs, leur durée et leur contrôle. Il s'agit de décisions médicales qui ouvrent des voies de recours à ceux qui en font l'objet. Aussi, tout isolement et toute contention doivent être tracés et la mesure, qui doit être motivée, doit être levée quand le patient peut sortir de sa chambre. Le logiciel de saisie de ces mesures doit être reconfiguré de manière à permettre de saisir des durées d'isolement inférieures à 24h.

RECOMMANDATION 33 72

Les mesures de placement en isolement ou contention prises par des médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice doivent être validées dans l'heure par un médecin titulaire, après examen du patient.

RECOMMANDATION 34 72

Tout patient doit être examiné par un médecin généraliste lors du placement en isolement ou de la mise sous contention.

RECOMMANDATION 35 73

Chaque mesure d'isolement ou de contention doit faire l'objet d'une analyse partagée pluridisciplinaire avec le patient à l'issue de la mesure, tracée dans le dossier médical.

RECOMMANDATION 36 73

Des actions pour limiter le recours à l'isolement et à la contention et proposer des méthodes alternatives doivent être mises en œuvre dans les meilleurs délais.

RECOMMANDATION 37 74

L'établissement doit disposer d'un registre fiable sur les mesures d'isolement et de contention notamment en veillant au traçage des interruptions et reprises, registre qui doit être analysé régulièrement par les soignants en vue de réduire ces pratiques.

RECOMMANDATION 38 76

La commission départementale des soins psychiatriques doit être composée conformément aux dispositions légales et bénéficier des moyens prévus par les textes, dont le secrétariat assuré par l'ARS.

RECOMMANDATION 39 76

Les recommandations et les alertes qu'elle (CDSP) formule dans ses rapports doivent être prises en compte par l'établissement.

RECOMMANDATION 40 77

Les membres de la CDU devraient visiter plus régulièrement les unités d'hospitalisation en psychiatrie.

RECOMMANDATION 41 78

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit impérativement être tenu à jour dans un délai maximum de vingt-quatre heures après l'admission en SSC. Par ailleurs, conformément à ce même article, le préfet de la Seine-et-Marne, la présidente du tribunal judiciaire de Melun, le maire de Melun, ou leurs représentants, doivent visiter chaque année l'établissement et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

RECOMMANDATION 42 80

Les patients doivent être incités et mis en mesure de se présenter habillés devant le juge et non en pyjama.

RECOMMANDATION 43 81

Les décisions doivent être notifiées par le juge, afin que les explications sur les raisons de sa décision et les voies de recours soient données par lui et non par les soignants.

RECOMMANDATION 44 83

Les règles de computation des délais prévues par l'article R. 3211-31 du code de la santé publique dans les cas de mesures d'isolement ou de contention non consécutives doivent être mieux prises en compte dans le calcul des délais.

RECOMMANDATION 45 83

Le CGLPL recommande que les délégations de signature ayant trait à une mesure de privation de liberté ne soient faites qu'au bénéfice des membres de la direction assurant des gardes d'administrateurs.

RECOMMANDATION 46 84

Les visites en chambre ne remplacent pas des entretiens médicaux réguliers permettant l'élaboration et le suivi du projet de soin avec le patient. Ces entretiens doivent être systématiquement proposés aux patients.

RECOMMANDATION 47 85

Les soignants de toutes les unités – au premier chef ceux de l'USM1 – doivent disposer de temps institués pour des échanges d'équipe et une réflexion clinique partagée indispensables à la prise en charge de patients en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 48 89

Tous les patients doivent bénéficier d'activités thérapeutiques qui comprennent une indication médicale, des objectifs définis et une évaluation tracés et permettant un échange avec l'équipe soignante de référence, en cohérence avec leurs projets de soins. A ce titre, il est nécessaire que dans le parcours de soins de tous les patients des unités d'hospitalisation complète, l'intérêt d'une orientation vers les prises en charge de la plate-forme de réhabilitation psycho-sociale soit systématiquement envisagé. Pour ce faire, les professionnels de la plate-forme doivent participer aux réunions cliniques.

RECOMMANDATION 49 90

Toute personne admise en soins sans consentement doit bénéficier dans les 24 heures d'un examen somatique complet par un médecin spécialisé en médecine générale ou un urgentiste.

RECOMMANDATION 50 90

Les patients hospitalisés en service de psychiatrie présentant des pathologies somatiques requérant des prises en charge spécialisées ou une analgésie intense doivent pouvoir être accueillis sans discrimination dans les services de « médecine-chirurgie-obstétrique ».

RECOMMANDATION 51 91

La possibilité de désigner une personne de confiance doit faire l'objet d'un protocole prévoyant l'information de la personne désignée et la confirmation de son accord. Les soignants doivent être formés afin de connaître le rôle et les prérogatives de la personne de confiance.

RECOMMANDATION 52 92

La mise en œuvre de prescriptions « *si besoin* », sans le consentement du patient, doit être prohibée. L'administration d'un traitement refusé par le patient impose la recherche du consentement par le médecin prescripteur et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la contrainte pour cette administration.

RECOMMANDATION 53 95

Les patients en perte d'autonomie ou dépendants en raison de leur âge ou d'un handicap doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée, avec tout l'équipement médicalisé nécessaire.

RECOMMANDATION 54 96

Le dispositif ambulatoire de pédopsychiatrie doit être renforcé et une véritable équipe de liaison doit être instaurée, afin de permettre d'éviter, dans la mesure du possible, les hospitalisations d'enfants.

RECOMMANDATION 55 101

Comme s'y est engagé l'établissement, les mineurs doivent être hébergés dans des chambres avec un dispositif d'appel équipées d'un lit et de mobilier (table de chevet, table, chaise, placard pour entreposer ses affaires notamment), pouvoir actionner la lumière et les volets librement.

RECOMMANDATION 56 102

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes mais dans des unités spécifiques, adaptées à leur âge et à leurs besoins, notamment en matière d'activités et de scolarité. En conséquence, il est urgent qu'un projet pour la création d'une unité spécifique soit formalisé sur le département où le besoin est criant. Ce projet doit s'accompagner de liens protocolisés avec les acteurs de la protection de l'enfance, aide sociale à l'enfance et protection judiciaire de la jeunesse, ainsi qu'avec l'éducation nationale notamment.

Une réunion institutionnelle doit se tenir en urgence avec tous les acteurs concernés (judiciaires, services de l'Etat, services de protection de l'enfance, ARS notamment) afin que des solutions soient trouvées dans les meilleurs délais et que tout mineur puisse bénéficier d'une prise en charge dans un établissement spécialisé.

RECOMMANDATION 57 104

Le recours à la pratique de l'isolement et qui plus est de la contention d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen. De plus, un mineur hospitalisé à la demande de ses parents n'est pas placé sous le régime juridique des soins sans consentement qui, seul, permet de le placer sous contention. Il ne doit donc pas l'être.

RECOMMANDATION 58 106

La prise en charge d'un patient détenu ne doit pas reposer par principe sur sa contention et sa sédation systématique pendant le transport, puis sur son isolement pendant le séjour.

Un patient détenu doit bénéficier tout au long de son séjour des droits garantis tant aux personnes détenues qu'aux patients en soins sans consentement. Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis.

Les protocoles cadre signés avec le CD de Melun et le CP de Réau doivent être mis à jour et inclure précisément les modalités spécifiques de transport, les conditions de séjour et les droits des patients détenus au sein du service de psychiatrie du GHSIF.

Enfin, les patients nécessitant des soins d'hospitalisation en psychiatrie, y compris en urgence, doivent être transférés au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	13
1. CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
2.1 L'offre d'hospitalisation en psychiatrie du GHSIF est excédentaire.....	15
2.2 La complexité et la lenteur pour le financement des dépenses d'activités, y compris peu onéreuses, découragent les demandes.....	20
2.3 Les médecins sont en nombre insuffisant et les soignants, qui pour beaucoup sont de jeunes professionnels, ne sont pas suffisamment formés.....	22
2.4 Le processus de traitement des événements indésirables est formalisé mais les incidents sont peu déclarés	25
2.5 Le comité d'éthique n'a jamais abordé de sujets propres au service de psychiatrie	27
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	29
3.1 Le bilan somatique à l'arrivée et aux urgences n'est pas systématique	29
3.2 Les chiffres d'activité communiqués par l'établissement, dont la fiabilité n'est pas avérée, font état d'une proportion très importante de patients en soins sans consentement.....	33
3.3 Les patients en soins sans consentement reçoivent une information écrite et orale parcellaire	35
4. LES CONDITIONS DE VIE.....	38
4.1 Indignes, les locaux ne sont pensés ni pour la vie quotidienne, ni pour l'ergonomie au travail.....	38
4.2 L'hygiène est globalement assurée mais de nombreux patients portent de manière contrainte le pyjama, faute de pouvoir laver leur linge.....	44
4.3 Les patients n'ont pas la possibilité de protéger leurs biens en chambre, ni parfois de les entreposer dans des placards	47
4.4 Les patients n'ont ni goûter, ni tisane le soir	49
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	52
5.1 La liberté d'aller et venir n'est pas garantie, y compris pour les patients en soins libres	52
5.2 Il y a peu de restriction de la vie quotidienne mais les patients ne sont pas incités à s'habiller.....	56
5.3 Les conditions matérielles permettant aux patients de préserver leurs liens extérieurs ne sont pas satisfaisantes.....	57
5.4 L'accès au vote n'est pas organisé.....	60
5.5 Seul le culte catholique est représenté	61

5.6	Ne faisant pas l'objet d'une réflexion institutionnelle, la vie affective et sexuelle des patients n'est abordée qu'à l'aune des risques	61
6.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	63
6.1	Les lieux d'isolement, très nombreux, sont indignes et utilisés comme des chambres d'hospitalisation.....	63
6.2	Les mesures d'isolement sont importantes et leurs alternatives ne sont pas recherchées	69
6.3	Le registre est inexploitable et ne permet pas une analyse des pratiques.....	73
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	75
7.1	Bien qu'incomplète, la CDSP est active mais les dysfonctionnements qu'elle relève ne sont pas pris en compte par l'établissement	75
7.2	Les représentants des usagers sont associés à la vie de l'établissement	76
7.3	Le registre de la loi est complet mais n'est pas tenu à jour et peu contrôlé par les autorités compétentes	77
7.4	Le recours au juge des libertés et de la détention permet un contrôle effectif des droits des patients mais la mise en œuvre de la réforme de la procédure en matière d'isolement et de contention doit être renforcée.....	79
8.	LES SOINS.....	84
8.1	Si la présence médicale est assurée et les soignants disponibles, la cohérence de l'équipe soignante est défailante dans certaines unités	84
8.2	L'accès aux soins somatiques se heurte à la réticence existant vis-à-vis des patients atteints de troubles psychiatriques.....	89
8.3	Des traitements injectables « si besoin » sont prescrits, au mépris de la recherche du consentement du patient	91
8.4	La sortie d'hospitalisation des patients en SSC est préparée, les patients au long cours souffrent du manque de solutions médico-sociales.....	93
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	95
9.1	Les personnes âgées ne font l'objet d'aucune disposition particulière	95
9.2	La prise en charge des mineurs est particulièrement indigne	95
9.3	Les personnes détenues sont systématiquement placées en isolement et restreintes dans l'exercice de leurs droits.....	104
10.	CONCLUSION.....	108

Rapport

Contrôleurs :

- Marion TESTUD, cheffe de mission ;
- Annie CADENEL ;
- Marie CRETENOT ;
- Marie PINOT ;
- Fabien POMMELET ;
- Estelle ROYER.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du Groupe Hospitalier Sud Ile-de-France (GHSIF) à Melun (Seine-et-Marne) du 2 au 6 mai 2022. Les contrôleurs étaient accompagnés de Justine REGNIER, magistrate en stage d'observation dans le cadre de sa formation continue.

Cette mission constituait une première visite.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 2 mai 2022 à 14h. Ils l'ont quitté le 6 mai à 12h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction de l'établissement. Le préfet de la Seine-et-Marne, la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Melun ainsi que la procureure de la République près ce tribunal, la directrice de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) de Seine-et-Marne et la bâtonnière de l'ordre des avocats de la Seine-et-Marne ont été avisés de la visite.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur adjoint du GHSIF, le directeur étant en congé sur la semaine de visite. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue en présence du directeur adjoint du GHSIF, du directeur des soins, de la directrice des affaires financières, du médecin du département des informations médicales (DIM), d'une élève directrice stagiaire représentant la direction des ressources humaines, de la gestionnaire des risques, de la directrice de l'institut de formation en soins infirmiers, de la responsable des admissions, du président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), de la représentante des usagers, du responsable de la sécurité, de la médecin cheffe du pôle de psychiatrie, de la cadre supérieure de santé du pôle de psychiatrie, de la cadre de santé de l'unité de santé mentale 3, de la cadre de santé de l'Institut Clinique des troubles Névrotiques et de la Dépression (ICND), de la cadre de santé de pédopsychiatrie.

Une salle de travail, équipée d'un ordinateur, a été mise à la disposition des contrôleurs. Les documents demandés par l'équipe ont été transmis rapidement et regroupés dans un dossier électronique. Des affichettes signalant la visite des contrôleurs avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel et des intervenants exerçant sur le site. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et se sont entretenus avec les deux JLD en charge du GHSIF.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs mais aucune n'a sollicité un entretien.

Une réunion de restitution s'est tenue en fin de visite, le 6 mai 2022, avec la quasi-totalité des membres de la réunion de présentation auxquels se sont associés le psychiatre responsable de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), un psychiatre du service des urgences, un psychiatre de liaison, quatre psychiatres intervenant dans les unités d'hospitalisation (un à l'unité de santé mentale 1, deux à l'unité de santé mentale 2 dont le chef de secteur G02, un à l'institut clinique des troubles névrotiques et de la dépression) et un infirmier y intervenant aussi. La directrice territoriale adjointe de la délégation de l'ARS Seine-et-Marne était également présente.

Après la mission, les contrôleurs ont pu s'entretenir avec le directeur du GHSIF et le directeur des ressources humaines.

La qualité de l'accueil et la grande disponibilité des professionnels méritent d'être soulignées.

Un rapport provisoire a été adressé le 27 juillet 2022 au directeur du GHSIF, au préfet de la Seine-et-Marne, à la présidente du tribunal judiciaire de Melun, à la procureure de la République près ce tribunal et à la directrice de l'ARS Ile-de-France. Le directeur du GHSIF a fait valoir ses observations dans un courrier du 26 août 2022, la présidente du tribunal judiciaire de Melun et la procureure de la République près ce tribunal dans un courrier du 25 août 2022. La directrice de l'ARS Ile-de-France a répondu par courrier du 29 mars 2023. Les observations reçues sont prises en compte dans le présent rapport.

Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'OFFRE D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE DU GHSIF EST EXCEDENTAIRE

2.1.1 Présentation du Groupe Hospitalier Sud Ile-de-France

a) Caractéristiques du territoire

Le Groupe Hospitalier Sud Ile-de-France (GHSIF) est situé à Melun dans le département de Seine-et-Marne (77), le plus grand en superficie de la région Ile-de-France¹. La ville de Melun est la préfecture du département et le siège du TJ. Le département compte quatre centres hospitaliers publics qui constituent trois groupements hospitaliers de territoire (77 Sud, 77 Nord et Provins Est Seine-et-Marne) et deux cliniques privées implantées à Melun, la clinique médico-chirurgicale Les Fontaines qui dispose également d'une autorisation d'accueil des urgences et la clinique Saint-Jean l'Ermitage, orientée vers l'activité chirurgicale et oncologique.

Le département comptait 1 421 197 habitants (dont 40 000 à Melun) selon le dernier recensement de 2019, soit 11,5% de la population francilienne, population en augmentation de 4,1 % par rapport à 2013. Melun est la troisième ville la plus peuplée après Meaux et Chelles.

Département rural à l'origine, la population de Seine-et-Marne a triplé en un demi-siècle en raison du développement de l'agglomération parisienne et de l'implantation des villes nouvelles de Marne-la-Vallée et Sénart. Le sud et l'est du département restent encore relativement ruraux, mais toute la frange ouest est très urbanisée, avec la ville de Chelles et la ville nouvelle de Marne-la-Vallée, et fait désormais partie de l'agglomération parisienne. Le bassin de population connaît une croissance démographique dynamique de +1% par an bien que la densité de population soit très inégale (+5% à +12% selon les intercommunalités), l'excédent naturel étant lié à l'augmentation des naissances et à un solde migratoire positif.

Le profil de la population est jeune, marqué par une augmentation du nombre de familles monoparentales (environ 16%). Sur le plan économique et social, le territoire est hétéroclite. Il regroupe des populations de « classes moyennes » résidentielles², des actifs qui travaillent dans les centres urbains mais également des populations précaires³. Le territoire de santé Sud Seine-et-Marne compte 580 000 habitants et est caractérisé par des indicateurs sanitaires particulièrement défavorables et supérieurs aux moyennes régionales en matière de mortalité générale et des troubles mentaux et du comportement notamment.

Melun est aisément accessible en voiture et se trouve à 1h15 environ de Paris ou à 25 minutes en transport en commun. Néanmoins, depuis la gare, il est nécessaire de prendre un bus pour accéder à l'hôpital qui se situe au nord de la ville ce qui allonge le temps de trajet d'au moins 20 minutes. Cette accessibilité n'est cependant pas suffisante pour rendre le GHSIF attractif. En effet, la pénurie de médecins et en particulier de psychiatres sur le département rend la

¹ Sa superficie représente à elle seule 50 % de celle de la région ; le département est le second département le plus touristique d'Ile-de-France après Paris.

² La Seine-et-Marne est le premier département résidentiel de métropole, beaucoup d'actifs travaillent à Paris ou dans les départements limitrophes.

³ Quatre types de territoires se dégagent : au nord-ouest des pôles d'activité dynamiques, au centre des zones aisées résidentielles, plus à l'est et au sud des zones périphériques plus fragiles. Sur l'ensemble du département, dans les centres urbains anciens ou très récents se concentrent des quartiers en difficulté à la population parfois très précaire.

concurrence très rude entre les établissements de santé et en particulier mentale du territoire. Les médecins généralistes, premier maillon de la chaîne médicale, disparaissent petit à petit. Selon l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), au cours des 10 dernières années, 21 % des généralistes ont décidé d'arrêter leur exercice en Seine-et-Marne, que ce soit pour prendre leur retraite ou pour exercer dans un autre département. En 2020, la Seine-et-Marne comptait 1 205 médecins libéraux, dont 819 étaient des généralistes. Mais avec l'augmentation de la population constante dans le département, le déséquilibre est très important. En 2022, il y aurait seulement 6 généralistes pour 10 000 habitants selon des données de l'URPS (et 55% des médecins de ville sont âgés de + de 55 ans), le département est l'un des plus sinistrés de France en matière de désertification médicale.

La dernière caractéristique du territoire est de comprendre deux établissements pénitentiaires le centre de détention (CD) de Melun d'une capacité de 306 places et le centre pénitentiaire (CP) du Sud-Francilien à Réau d'une capacité de 798 places⁴ soit 1104 places en tout. Le GHSIF est l'établissement de référence pour dispenser les soins somatiques et psychiatriques aux personnes détenues et, faute de places ou d'acceptation des demandes à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Villejuif, les hospitalisations sans consentement sont effectuées au sein du service de psychiatrie de Melun (cf. § 9.3).

Compte tenu de ces caractéristiques, les problématiques de santé et d'accès aux soins, en particulier spécialisés, sont centrales et recouvrent des enjeux majeurs.

b) Caractéristiques du groupe hospitalier Sud Ile-de-France

En 2017, le GHSIF est créé par la fusion des hôpitaux de Melun et de Brie-Comte-Robert. Le GHSIF a été désigné établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud 77 constitué le 1 juillet 2016 avec les hôpitaux de Fontainebleau, Nemours et Montereau-Fault-Yonne. Le GHT est chargé de coordonner la stratégie de prise en charge des patients sur le territoire Sud Seine-et-Marnais autour des principaux bassins de vie de Montereau-Fault-Yonne, Nemours, Fontainebleau, Brie-Comte-Robert et Melun. L'établissement est par ailleurs en direction commune avec l'établissement public gérontologique de Tournan-en-Brie (EPGT) depuis 2016.

En juin 2018, le GHSIF déménage sur un nouveau site et constitue avec la clinique Saint-Jean l'Ermitage un pôle de santé, le Santépôle 77. Depuis l'ouverture du nouvel hôpital, l'essor de l'établissement s'est accéléré : + 10% de séjours, +22% du nombre de passages aux urgences entre 2018 et 2019. Un projet de Santépôle 2 est en cours et vise à l'installation d'un complexe hospitalier médico-social qui ouvrira ses portes en 2023 regroupant un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une unité de soin de longue durée (USLD), un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), un centre d'accueil de Jour Alzheimer (CAJA), un internat, une crèche et un amphithéâtre.

Le GHSIF développe des partenariats privilégiés notamment avec l'assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP) pour les soins les plus techniques et il est lié par une convention d'association avec l'hôpital Henri Mondor, CHU de référence du GHT 77 Sud.

Siège du SAMU départemental et de la permanence des soins chirurgicaux, le GHSIF propose une offre de soins multidisciplinaire et polyvalente, dispose de 1 140 lits et emploie 2585 agents dont

⁴ Le CD du Sud-Francilien comprend un quartier CD pour les femmes de 83 places, un quartier CD pour les hommes de 687 places, un quartier maison centrale de 28 places et le CNE de 50 places.

407 médecins et 2178 personnels non médicaux⁵. L'hôpital développe enfin des activités de recherche et de formation de référence (internat, institut de formations paramédicales).

L'établissement dispose depuis 2018 de la certification de niveau B (avec recommandation d'amélioration) de la Haute Autorité de Santé (HAS). Dans son rapport, la HAS indiquait : « *le suivi somatique du patient n'est pas toujours réalisé tout au long de sa prise en charge en psychiatrie. Le passage d'un urgentiste (lundi, mercredi, vendredi) pas toujours respecté ; nécessitant parfois le transport du patient accompagné aux urgences avec attente qui peut atteindre plusieurs heures. Il a été constaté un défaut de suivi somatique en psychiatrie concernant le bilan, l'examen médical dans les populations de maladie chronique, l'intégration d'un volet somatique dans le projet de prise en charge en santé mentale étant réalisé essentiellement pour les entrants. Ainsi, en service de psychiatrie une patiente présentant un comorbidité (diabète) n'avait pas eu de bilan ni d'examen depuis 260 jours* » (cf. recommandation § 8.2).

2.1.2 L'offre de psychiatrie

a) L'offre ambulatoire

Elle comprend quatre centres médico-psychologiques (CMP), deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un hôpital de jour, une équipe psychiatrie précarité (Epsilon), un service d'accueil familial thérapeutique, un service de prise en charge intensive dans le logement (SPIL).

L'offre relative aux mineurs est développée dans la partie 9.2.

b) L'offre d'hospitalisation

Le service de psychiatrie du GHSIF est composé de quatre unités d'hospitalisation :

- l'unité de santé mentale 1 (USM1) ou unité fermée : intersectorielle, avec une capacité d'accueil annoncée de 17 patients répartie en 8 chambres de soins intensifs (CSI), 8 chambres dites « *potentiellement fermables* » et 1 chambre dite « *de transition* » ;
- l'unité de santé mentale 2 (USM2) : bi-sectorielle correspondant aux secteurs G01 (Brie-Comte-Robert) et G02 (Savigny-le-Temple), avec une capacité d'accueil annoncée de 32 patients, répartie en 8 chambres individuelles, 11 chambres doubles et 2 chambres dites « *potentiellement fermables* » ;
- l'unité de santé mentale 3 (USM3) : bi sectorielle correspondant aux secteurs G03 (Melun) et G04 (Dammarie-les-Lys), avec une capacité d'accueil annoncée de 32 patients, répartie en 8 chambres individuelles, 11 chambres doubles et 2 chambres dites « *potentiellement fermables* » ;
- l'Institut Clinique des troubles Névrotiques et de la Dépression (ICND) : intersectorielle, avec une capacité d'accueil annoncée de 22 patients, répartie en 6 chambres individuelles, 7 chambres doubles et 2 chambres dénommées « *modules adolescent* ».

Les USM1, 2 et 3 sont des unités susceptibles de recevoir des patients en soins sans consentement (CSC) ; seule l'ICND n'accueille que des patients adultes en soins libres.

L'établissement affiche une capacité de 103 lits et comptabilise comme chambres d'hospitalisation les chambres d'isolement et les chambres dites « *potentiellement fermables* ».

⁵ Données du rapport d'activité 2020.

Or les chambres d'isolement ainsi que les chambres « *potentiellement fermables* » ne peuvent être considérées, au regard de leur aménagement (bloc WC lavabo en inox dans la pièce notamment) comme des chambres d'hospitalisation et rentrer dans la capacité globale du service. A ce titre, l'USM1 qui ne comprend que des chambres d'isolement et des chambres « *potentiellement fermables* » peut être considérée comme une unité totale d'isolement (cf. § 6).

L'établissement dispose donc de 80 lits d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 1

La capacité du service ne peut être calculée que sur les lits d'hospitalisation et ne peut pas comprendre les chambres d'isolement et les chambres « *potentiellement fermables* » qui doivent être considérées comme des chambres d'isolement au regard de leur aménagement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « *Actions pour décembre 2022 : réorganisation du parcours de soins du pôle autour de 14 chambres d'isolement se décomposant comme suit : 6 en USM1, 3 en USM2, 3 en USM3 et 2 en ICND. Les chambres fermables de l'USM1 seront transformées en chambres ordinaires. Le projet fait consensus au sein de la communauté des psychiatres et sera présenté en directoire et validé par la CME lors des instances de décembre 2022. Compte tenu du nombre de lits d'hospitalisation complète de psychiatrie et du flux de patient, l'établissement n'est pas en mesure de réserver, à tout patient placé en isolement, une chambre normale dès son entrée en isolement. Néanmoins, l'attribution d'une chambre ordinaire est possible, dans l'immense majorité des cas, sous 1 à 2 heures après la levée d'isolement* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. Ils estiment que le projet de l'établissement comprend encore beaucoup trop de chambres d'isolement, qu'il revient même à en créer de supplémentaires dans les USM 2 et 3. Ils rappellent qu'aux termes de l'instruction de la DGOS en date du 29 mars 2022⁶ : « *La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment. Il retourne dans sa chambre dès l'amélioration de son état clinique. Les chambres d'isolement ne doivent pas être comptabilisées dans les capacités d'hospitalisation de l'établissement pour le calcul des taux d'occupation de ses lits* ». Enfin, aucune réponse n'est apportée à la recommandation qui est de ne pas comptabiliser les chambres d'isolement dans la capacité du service.

2.1.3 Le projet d'établissement

Le GHSIF dispose d'un projet d'établissement 2020-2024 établi au moment de la concrétisation du projet Santépôle, de la consolidation de la fusion entre les deux centres hospitaliers préexistants, du développement de son partenariat et du renforcement de son offre de soins.

Il s'inscrit dans le projet régional de santé (PRS) 2018-2022 qui arrive donc à échéance. On ne peut que s'étonner de projets établis sur des périodes de référence différentes car cela obligera l'établissement à amender son projet pour tenir compte des orientations stratégiques déclinées

⁶ Instruction n°DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

dans le prochain PRS. Il a néanmoins été dit aux contrôleurs que cette actualisation ne posait pas de difficulté.

Les trois orientations stratégiques retenues du projet du GHSIF sont de proposer une offre de soins de qualité afin que la population du bassin se fasse soigner dans l'établissement, améliorer l'attractivité médicale et paramédicale, maintenir l'efficacité médico-économique.

Le projet comprend une partie spécifique à la psychiatrie. Les axes prioritaires retenus sont le soutien et le développement du logement au sein de la cité, la promotion et le soutien de la culture du rétablissement en psychiatrie, la structuration et l'offre de soins et d'accompagnement, l'organisation de parcours spécifiques de prise en charge, la garantie du respect des droits des patients et le développement de la démarche qualité.

Aucune des unités d'hospitalisation complète accueillant des patients en SSC (USM 1, 2 et 3) ne dispose d'un projet de service (cf. recommandation 2.1.3), seule l'USM 1 a un projet médical rédigé en 2017 par les précédents chef et cadre de pôle, dans la perspective de l'ouverture des nouveaux locaux. Ce projet médical concerne une unité fermée intersectorielle dédiée aux états de crise « à expression bruyante » selon l'expression utilisée pour la présenter aux contrôleurs. Il s'agit d'assurer une « prise en charge intensive » de ces patients hors des unités de secteur où leurs troubles du comportement faisaient obstacle à la prise en charge des autres patients. Cette unité « se propose de réunir l'ensemble des chambres d'isolement (CSI) en une unité sécurisée de 20 lits ». Elle a vocation à accueillir uniquement des patients en SSC du pôle (et systématiquement les patients détenus). Parmi les contre-indications à l'hospitalisation dans cette unité figurent les mineurs. Ce projet médical imprime une coloration sécuritaire soutenue aux modalités de soins de l'USM1, mais également des deux autres unités.

RECOMMANDATION 2

Les unités doivent disposer d'un projet médical.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « un projet médical existe pour USM1, USM2 et 3, INCD. La réorganisation du parcours de soins du pôle sera présentée en directoire et validée par le CME de décembre 2022 ».

Les contrôleurs ont constaté qu'aucune des unités d'hospitalisation complète accueillant des patients en SSC (USM 1, 2 et 3) ne dispose d'un projet de service, seule l'USM 1 a un projet médical rédigé en 2017 par les précédents chef et cadre de pôle. **Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.**

Le bassin de santé du GHSIF compte également plusieurs quartiers en politique de la ville (QPV) situés dans la communauté d'agglomération de Melun Val-de-Seine. Un contrat local de santé entre la communauté d'agglomération, l'ARS et l'hôpital est en œuvre depuis 2017 et est sur le point d'être renouvelé.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui lie le GHSIF à l'ARS date du 25 septembre 2017 et couvre la période 2017-2021. Son renouvellement au 1 janvier 2022 a été rendu impossible par la crise sanitaire qui a retardé les négociations contractuelles entre l'ARS et les établissements de santé.

2.2 LA COMPLEXITE ET LA LENTEUR POUR LE FINANCEMENT DES DEPENSES D'ACTIVITES, Y COMPRIS PEU ONEREUSES, DECOURAGENT LES DEMANDES

L'établissement est à l'équilibre financier sans discontinuité depuis 2014 et ses comptes sont certifiés sans réserve par le commissaire aux comptes chaque année.

Le service de psychiatrie disposerait d'une enveloppe de 20 000 euros consacrée aux activités des patients adultes : 700 euros seraient alloués environ à chacune des trois unités et 400 euros à l'ICTN. La plateforme de réhabilitation sociale disposerait de 13 400 euros, enveloppe comprenant le financement de séjours thérapeutiques, et le service de pédopsychiatrie de 15 000 euros. Le reste de l'enveloppe se répartit entre les CMP, l'hôpital de jour, la thérapie familiale et l'équipe mobile.

Le budget du service de psychiatrie a été considérablement réduit en 2017 du fait de la dissolution d'une association qui, sous la forme de dons, octroyait 20 000 euros au service qui disposait ainsi au total d'une enveloppe de 40 000 euros.

Chaque unité utilise son enveloppe à « l'amélioration de la vie quotidienne » : acquisition de baby-foot, d'ingrédients pour les ateliers cuisine mais aussi d'objets et mobilier supplémentaires pour les salles d'activités et de télévision. La direction indique que le service de psychiatrie ne souffrirait d'aucune restriction budgétaire, ce qui n'est pas l'avis dudit service. L'excédent de la psychiatrie serait utilisé pour le GHSIF, des postes gelés sans qu'il n'ait été possible pour les contrôleurs de le vérifier. En tout état de cause, le service estime l'enveloppe insuffisante pour développer des activités et des séjours thérapeutiques et craint de perdre du financement avec la nouvelle tarification qui doit entrer en vigueur prochainement pour les activités de psychiatrie.

Le système de régie mis en place en 2017 rend très complexe toute obtention de budget. D'une part, seule une somme de 800 euros peut être retirée ce qui n'est pas adapté pour des demandes de petites sommes, pour exemple 20 euros pour une activité pâtisserie. D'autre part, la gestionnaire de la régie rencontrerait des difficultés à récupérer les justificatifs de paiement ce qui empêche par la suite d'autres demandes. Enfin, du développement d'activité à l'achat d'une boîte de crayons de couleur, tout souhait doit faire l'objet d'une description de projet avec demande associée transmis aux cadres de santé. Il a été indiqué que certaines demandes pourtant peu onéreuses (achat d'une paire de ciseaux et d'une tondeuse, par exemple) mettent beaucoup de temps avant d'aboutir. Il en découle que les soignants se retranchent essentiellement sur des activités qui ne coûtent rien : ping-pong (en remplaçant parfois eux-mêmes les balles), origami, ateliers créatifs, jeux, etc. Certaines solutions ont été proposées mais sans suite à ce jour : augmentation du seuil de dépenses pouvant être prélevé, demande d'obtenir une carte bleue. Néanmoins, une enveloppe destinée aux dépenses des patients a été mise en place en 2021 pour faciliter les achats les concernant dans la mesure où il est impossible à l'établissement d'engager des dépenses au nom d'un patient.

RECOMMANDATION 3

Le financement des activités et l'acquisition des fournitures nécessaires aux unités doit être facilité.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « le financement, par le GHSIF, des activités et l'acquisition des fournitures nécessaires aux unités d'hospitalisation correspondent à plus de 40 000 € annuels en exploitation et à plus de 100 000 € en investissement,

*non compris les conventions sportives non onéreuses avec les mairies de Melun et Vaux le Pénil.
L'ensemble se décompose comme suit :*

- *H6062681 Fournitures pour ateliers thérapeutiques : 20 200 € ;*
- *H6062682 Fournitures pour LEPI : 15 000 € ;*
- *Régie psychiatrie : 5 379 € ;*
- *Enveloppe ciblée investissement pour l'ensemble du pôle : 23 400 € pour 2022 ;*
- *Actions retenues au titre d'un plan d'investissement : 85 448 € correspondant pour l'essentiel à des équipements pour salle de sport ».*

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur le processus d'achat.

2.3 LES MEDECINS SONT EN NOMBRE INSUFFISANT ET LES SOIGNANTS, QUI POUR BEAUCOUP SONT DE JEUNES PROFESSIONNELS, NE SONT PAS SUFFISAMMENT FORMES

2.3.1 Les effectifs et la gestion des absences

a) Les effectifs

Au jour du contrôle, les postes vacants de psychiatres s'élevaient à 9.5 ETP en psychiatrie adulte (intra, extra, activités transversales). Selon les données communiquées, dans les unités d'hospitalisation, interviennent 3,9 ETP de praticiens hospitaliers, 0,4 ETP de médecins attachés, 7,8 ETP de médecins associés et 0,9 ETP de médecins somaticiens. Cinq médecins seulement disposent de la plénitude d'exercice. Malgré ces vacances, la présence médicale est assurée (cf. § 8.1). Quatre psychiatres devraient en principe arriver en septembre 2022 (praticiens associés étrangers).

Malgré la signature de contrats très attractifs (comme les contrats de cliniciens) et une démarche active de recherche de candidats, la démographie médicale est très défavorable pour cette spécialité et la concurrence entre établissements de santé exacerbée en Seine-et-Marne, comme ailleurs en Ile-de-France, notamment avec les établissements privés lucratifs.

S'agissant du personnel non médical, au jour du contrôle, les postes vacants s'élevaient sur la totalité du service de psychiatrie à 7 équivalents temps plein (ETP) infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 2 ETP aides-soignants (AS). Dans les unités d'hospitalisation, à l'USM1, 2 ETP d'IDE sont vacants, à l'USM 2, 1 ETP d'IDE et 1 ETP d'AS, à l'USM 3, 1 ETP d'AS. Deux départs d'IDE sont en outre prévus en juin et septembre 2022 sur l'USM 1. Les effectifs sont jugés confortables et il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'y avait pas d'injonction particulière pour réduire le personnel. La difficulté majeure est de disposer de professionnels compétents et de les fidéliser. Il n'y a pas d'infirmiers en pratique avancée.

S'agissant de l'organisation du travail, les professionnels travaillent en 12h depuis novembre 2009. Pour améliorer la continuité des soins, un IDE est de journée sur l'USM2 toute la semaine (« IDE de liaison » du lundi au vendredi de 8h à 15h40), il est envisagé de généraliser cette organisation à toutes les unités.

Une équipe spécifique intervient la nuit, de 20h à 8h.

Les effectifs cibles sont formalisés pour chaque unité par un document précis depuis novembre 2021. Celui-ci tient compte des caractéristiques de chaque unité et des indications des cadres de santé, notamment l'USM1 qui accueille principalement des patients en crise avec des troubles comportementaux. L'effectif cible est ainsi pour l'USM1 de 4 IDE et de 2 AS en journée et de 2 IDE et d'1 AS la nuit ; pour les autres unités, l'effectif minimum est de 3 IDE et de 3 AS le jour et d'1 IDE et de 2 AS la nuit. Il arrive régulièrement qu'il y ait des absences ce qui conduit généralement à réduire les possibilités d'activités/sorties accompagnées des patients.

Les équipes en 12h assurent l'amplitude de 8h/20h de jour et 20h/8h de nuit. Les agents en coupure assurent l'amplitude 8h / 15h40.

Le délai de titularisation est particulièrement long, de l'ordre de 3 à 4 ans. En principe, deux commissions de titularisation se tiennent par an mais elles ont été suspendues en raison de l'épidémie de covid-19 en 2020 et une seule s'est tenue en 2021. Dans une unité, 10 IDE étaient titulaires sur 18. Une IDE embauchée en août 2019 est toujours sous contrat en mai 2022 (CDI précédé de 2 CDD). Les soignants dénoncent la précarité de leur statut peu attractif et démotivant (salaires bloqués, pas de primes, pas de possibilité de prêts bancaires, etc.).

Les soignants sont pour moitié des jeunes professionnels, certains dans une demande de prise en charge sécuritaire des patients.

L'ambiance de travail s'est dégradée depuis l'agression d'une IDE fin 2021, les professionnels se sentent en insécurité. Au-delà de cet aspect, il est apparu un sentiment de ne pas être soutenu par la hiérarchie et des défauts de cohérence d'équipe. Pour exemple, à l'USM1, deux équipes de jour se répartissent sur la semaine (une équipe et une contre-équipe), ce qui génère de fait une distance entre les deux équipes, qui ne se croisent pas et ne partagent donc pas de transmissions directes, ne participent pas à des réunions d'équipe communes. Le risque est alors de développer des pratiques soignantes divergentes voire antagonistes (cf. § 8.1).

Dans ses observations du 29 mars 2023, la directrice de l'ARS Ile-de-France indique : « la densité de psychiatres, tous modes confondus, en Seine-et-Marne, est la plus faible de la région Ile-de-France (14,6 psychiatres pour 100 000 habitants contre 36,8 en Île-de-France et 23,0 en moyenne nationale), et le taux de vacance d'emploi est de 44% en Seine-et-Marne (37% en Île-de-France) ».

b) La gestion des absences

A l'échelle du service de psychiatrie, le taux d'absentéisme est en augmentation sur les trois dernières années (6,9 % en 2019, 9,4 % en 2020, 9,5% en 2021, 10,2% en 2022.)

Depuis septembre 2021, en cas d'absence, les services recourent en premier lieu à la plateforme « hublo », centralisée sur l'hôpital, qui regroupe tous les professionnels volontaires. Avant d'intégrer cette plateforme, les compétences des professionnels en psychiatrie sont validées par la cadre supérieure de santé.

Les remplacements sont ensuite effectués par des vacataires puis par le recours à d'autres membres de l'équipe en heures supplémentaires. L'établissement ne fait pas appel à des intérimaires. Les absences pour agressions graves sont rares mais il y en a eu une en novembre 2021 qui a conduit à la tenue d'un CHSCT exceptionnel. Le remplacement des absences pour les services de nuit serait plus complexe.

2.3.2 La formation, le tutorat et la supervision

a) La formation

Les soignants ont accès à la fois à des formations institutionnelles et à des formations de pôle. Les formations institutionnelles ont trait à Omega (gestion des situations agressives ou stressantes), à la sécurité incendie, à l'accueil du patient, aux droits et à l'information du patient, à l'encadrement des stagiaires et des nouveaux agents, etc. Les formations de pôle sont proposées, quant à elles, conformément à un plan de formation qui est élaboré chaque année et validé par la cheffe de pôle en fonction des problématiques rencontrées. Sont ainsi proposées des formations sur la prévention du suicide, la remédiation cognitive, la réhabilitation sociale, la prise en charge des adolescents. Trois formations sont obligatoires : Omega, gestes et soins d'urgences, incendie.

L'offre a été suspendue un temps en raison de la crise sanitaire. Il apparaît par ailleurs qu'aucune formation sur l'isolement et la contention et les droits des patients en soins sans consentement n'est proposée, même si le pôle a organisé quelques sessions d'information dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle loi. La formation Omega est prévue tard. Ainsi, un IDE arrivé en 2017 n'a pu la suivre qu'en 2021. Les soignants estiment qu'il faudrait, en outre, des rappels réguliers, annuels par exemple, qu'ils n'ont pas.

En pratique, les contrôleurs ont constaté que les soignants étaient insuffisamment formés à la clinique en psychiatrie, à l'isolement et à la contention et aux alternatives à mettre en place dans ce cadre, à la gestion de la crise. L'existence de l'USM1 destinée à accueillir les cas les plus complexes a eu pour effet pervers de créer une unité « *cocotte-minute* », de spécialiser certains soignants et de diminuer le seuil de tolérance des soignants des autres unités qui sont incités à y orienter les patients à la moindre difficulté et à diminuer de ce fait leur compétence à gérer les situations difficiles et violentes. D'autre part, les soignants sont apparus insuffisamment formés à la procédure d'hospitalisation en soins sans consentement ainsi qu'aux modalités de contrôle par le juge des libertés et de la détention de ces mesures, en particulier dans le cadre de la nouvelle loi (cf. § 3.3 et 7.4).

RECOMMANDATION 4

Les soignants doivent être formés à l'isolement et à la contention et aux alternatives à mettre en œuvre dans ce cadre, à la procédure d'hospitalisation en soins sans consentement et aux modalités de son contrôle par le juge des libertés et de la détention ainsi qu'aux droits des patients en soins sans consentement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « une session de formation d'une durée de 3 jours et pour une dizaine de personnels soignants est programmée sur le 2ème semestre 2022, auprès de l'AFAR. Trois types de formations institutionnelles seront inscrites au plan de formation 2023 à destination du personnel de psychiatrie : les droits du patient en soins sans consentement, la consolidation des savoirs en psychiatrie, la prise en charge d'un état de crise et d'agitation ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et **maintiennent leur recommandation**, les formations n'ayant pas encore eu lieu.

b) Le tutorat

S'agissant de la formation des nouveaux arrivants, le tutorat n'est pas formalisé mais devrait l'être prochainement tout comme une formation portant sur le tutorat de jeunes professionnels. Les nouveaux déplorent le manque d'accompagnement, la formation « *sur le tas* », par partage des savoirs des collègues, même si certains outils sont élaborés au sein de certaines unités.

Des projets tendant à renforcer la formation des nouveaux arrivants sont en cours d'élaboration : un livret d'accueil spécifique au service de psychiatrie devrait être finalisé le 10 mai 2022, un livret d'adaptation à l'emploi, une grille d'évaluation des compétences avec un rétroplanning sont en cours de préparation, un socle de formation obligatoire à suivre à l'arrivée. L'établissement souhaite également organiser un programme de formations de 15 jours pour 12 professionnels s'appuyant sur les besoins et les situations cliniques et qui pourraient être proposées aux sortants d'école.

Ces initiatives sont à saluer et doivent comprendre un renforcement de la formation sur la clinique et les droits des patients dans la mesure où la faiblesse des contenus liés à la psychiatrie dans la formation initiale nécessite de consolider les connaissances des nouveaux agents.

RECOMMANDATION 5

Comme prévu par l'établissement, les nouveaux agents doivent bénéficier d'un accompagnement renforcé lors de leur prise de fonction : livret d'accueil, tutorat formalisé, formations obligatoires à suivre à l'arrivée portant notamment sur la clinique.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « la formalisation du processus d'intégration des nouveaux arrivants (avec grilles de montée en compétences, livret d'adaptation à l'emploi, planning de formations théoriques et tutorat) sera en place en novembre 2022 (conformément au plan d'action faisant suite au DGI du 12 avril 2022) ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et **maintiennent leur recommandation** dans l'attente de la mise en œuvre du nouveau processus d'intégration des agents arrivants.

c) La supervision

Si des retours d'expérience (RETEX) peuvent être mis en œuvre à la suite d'événements indésirables graves, aucune séance de supervision et d'analyse des pratiques n'est actuellement organisée dans les unités mais elles devraient être mises en place en septembre 2022. L'établissement est à la recherche d'un intervenant extérieur et le souhait exprimé est qu'il puisse intervenir de façon groupale et individuelle.

RECOMMANDATION 6

Comme prévu par l'établissement, les équipes de soins ainsi que les cadres doivent bénéficier d'une supervision, animée par une personne extérieure à l'établissement, afin de pouvoir analyser leurs pratiques professionnelles.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « recherche en cours d'un intervenant extérieur formé à la supervision d'équipe. Cette mesure fait partie du plan d'action suite au DGI du 12 avril 2022 ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et **maintiennent leur recommandation**.

2.4 LE PROCESSUS DE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST FORMALISE MAIS LES INCIDENTS SONT PEU DECLARES

2.4.1 La gestion des violences et des incidents

Selon les témoignages recueillis, les situations de violence ne sont pas fréquentes. Il a été indiqué que la quasi-totalité des équipes avait bénéficié de la formation Omega, bien que cette dernière soit proposée tardivement (cf. § 2.3.2)

Les incidents de faible intensité et les « indisciplines » sont habituellement pris en charge par les soignants, si besoin avec le concours du médecin, voire avec le cadre lorsqu'il s'agit d'effectuer un rappel des règles de vie.

Les incidents les plus graves se concentrent à l'USM1 qui accueille les patients en état de crise ou présentant des troubles du comportement auto ou hétéro-agressifs – et dont l'architecture favorise la montée des tensions. Dans cette unité, la formation Omega ne semble pas suffisante pour favoriser le sentiment de sécurité des professionnels et une partie de l'équipe est encore marquée par l'agression grave d'un patient sur un soignant, en novembre 2021 (cf.

recommandations § 2.3). Aucun groupe de parole ni de supervision ou d'analyse des pratiques n'est mis en œuvre dans les unités (cf. recommandation § 2.3.2).

Tous les soignants sont équipés d'un dispositif d'alarme pour protection du travailleur isolé (PTI) permettant, en cas de violence aiguë, de faire appel à l'équipe de renfort constituée de deux soignants des autres unités de psychiatrie. Les agents de sécurité de l'établissement peuvent également être sollicités pour sécuriser l'incident, leur présence étant cependant essentiellement dissuasive. Dans ces situations, un psychiatre est systématiquement appelé dans la mesure où un événement de violence aiguë donne systématiquement lieu à une prescription médicamenteuse et, souvent, à une décision d'isolement, voire de contention. Lorsque le patient se trouve dans une unité dite « ouverte », son transfert à l'USM1 est généralement organisé. Le cadre et le directeur d'astreinte sont également prévenus.

La fiabilité des PTI fait l'objet de nombreux griefs et signalements. En février 2019 déjà, lors de sa visite de l'établissement, la CDSP du département de Seine et Marne relevait que « ces équipements ne donnent pas satisfaction jugés non adaptés ou non fonctionnels ». Au cours des six derniers mois précédant la visite, sur les 22 EI signalés par les quatre unités de psychiatrie, 7 font état de dysfonctionnements de PTI. Cette question a été abordée institutionnellement à la suite de l'agression survenue le 20 novembre 2021 à l'USM1, donnant lieu à un plan d'action piloté par un technicien hospitalier dont les échéances étaient fixées au 1^{er} juillet 2022.

2.4.2 Le recensement des événements indésirables

L'ensemble du personnel a la possibilité de déclarer des événements indésirables (EI) *via* un dispositif de signalement librement accessible sur le portail interne du CH. Le déclarant doit impérativement renseigner son identité et son service, étant indiqué que cette information n'est accessible qu'au service qualité qui anonymise la fiche d'événement indésirable (FEI) avant examen.

Les EI sont examinés quotidiennement par le service qualité et de manière hebdomadaire par un comité – composé du chef de pôle et de la directrice qualité, du directeur des soins, du médecin hygiéniste et des cadres de pôles – qui décide des suites à leur donner : classement sans suite, mise en œuvre d'actions correctives, demande d'informations complémentaires adressée au cadre de l'unité ou d'analyse des causes en cas d'événement grave. Les EI déclarés de manière anonyme ne sont pas examinés.

En 2021 et 2022, deux analyses des causes ont été demandées et réalisées portant respectivement sur le décès par pendaison d'une patiente à l'ICND en août 2021 et l'agression d'une soignante par un patient de l'USM1 en novembre 2021, « avec un dysfonctionnement lors du déclenchement du PTI ».

Le déclarant d'un EI est systématiquement informé, par courrier, des suites qui ont été données à son signalement. Il peut également être convié à une réunion collective destinée à mettre en place des actions correctives.

Pour autant, les unités de psychiatrie déclarent globalement très peu d'événements indésirables. En 2021, 50 EI ont été signalés par le pôle de psychiatrie (dont la psychiatrie d'urgence et de liaison et les structures de prise en charge en ambulatoire), soit 4% de la totalité des signalements du GHSIF. A titre d'exemple, le placement d'un mineur en chambre fermable ou d'isolement, sans motif clinique, ne donne jamais lieu à la rédaction d'un EI par le service concerné. De même, les fugues ou les appels à renfort ne font pas nécessairement l'objet d'une fiche d'événement

indésirable sauf, dans ce dernier cas, lorsqu'un agent est blessé ou qu'aucun médecin ne s'est déplacé.

Les soignants rencontrés dans les unités ont reconnu déclarer peu d'EI, estimant que « *cela ne change rien* » et qu'ils n'ont pas de retour sur l'analyse qui en est faite. Le service qualité, conscient des progrès restant à accomplir, a indiqué avoir mis en œuvre des actions de sensibilisation et d'information dans les services ainsi que des journées spécifiques destinées aux nouveaux agents. Deux à trois sessions devraient être programmées en 2022.

2.4.3 Les requêtes et les plaintes

Les réclamations sont adressées au service clientèle-qualité par courrier, fax, mail ou téléphone. Dans ce dernier cas, l'entretien fait l'objet d'une retranscription.

Chaque réclamation fait systématiquement l'objet d'une demande d'information au service concerné et d'une réponse au requérant – dans un délai moyen de 35 jours. En 2021, deux patients n'ont cependant pas reçu de réponse à leur réclamation, en l'absence de retour d'information de la part du service concerné.

En 2021, 16 réclamations ont émané du pôle de psychiatrie, soit 7% de la totalité des réclamations enregistrées. Elles ont porté principalement sur des difficultés liées à la prise en charge médicale et sur celles relatives au respect du patient par les professionnels.

Aucune médiation n'a eu lieu dans les unités en 2020 ni 2021. Au jour de la visite, aucun contentieux n'est en cours s'agissant du pôle de psychiatrie.

Les patients qui souhaitent déposer une plainte peuvent, si besoin, être accompagnés au commissariat par un agent de l'unité. Les agents victimes de violence sont, pour leur part, accompagnés par le responsable de la sécurité.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE N'A JAMAIS ABORDE DE SUJETS PROPRES AU SERVICE DE PSYCHIATRIE

Inconnu des professionnels du pôle de psychiatrie, le comité d'éthique du GHSIF a été réactivé peu de temps avant la visite du CGLPL. Aucune thématique concernant les droits des patients en psychiatrie n'a ainsi jusqu'à présent été traitée par cette instance. Il est présidé par un PH du service des soins intensifs ; un professionnel de la psychiatrie est présent parmi les membres du bureau mais aucun intervenant extérieur.

La première thématique, qui sera traitée, jusqu'à fin 2022, concerne la place des familles. A la suite de la visite du CGLPL, le bureau du comité d'éthique a décidé de mettre en chantier en fin d'année 2022 une réflexion sur la prise en charge psychiatrique des adolescents. Il serait également utile que la question de la vie affective et sexuelle des patients en psychiatrie soit abordée par le comité d'éthique afin de doter les professionnels d'outils de réflexion à ce propos (cf. § 5.6).

RECOMMANDATION 7

Comme prévu par l'établissement, le comité d'éthique doit aborder les sujets relatifs aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie, à l'isolement, la contention et la sexualité. Le comité d'éthique gagnerait par ailleurs à s'ouvrir à des participations extérieures pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « les recommandations du CGLPL ont été transmises au comité d'éthique ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur sa mise en œuvre.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LE BILAN SOMATIQUE A L'ARRIVEE ET AUX URGENCES N'EST PAS SYSTEMATIQUE

3.1.1 Au service urgences du CH de Melun

a) Organisation et moyens

Le service des urgences du CH de Melun compte une équipe spécialisée en psychiatrie, la PUL (psychiatrie d'urgence et de liaison), constituée d'un psychiatre à 0,8 ETP, présent en journée de 9 h à 18 h du lundi au vendredi, d'IDE, trois ETP de jour, de 8h à 20h et trois ETP de nuit de 20h à 8h en poste tous les jours de la semaine, plus une psychologue à 0,4 ETP qui intervient aussi en psychiatrie de liaison. Un système de garde médicale est également instauré la nuit aux urgences avec un psychiatre présent de 18h à 9h du lundi soir au samedi matin, un autre du samedi 13h au dimanche 9h et un troisième du dimanche 9h au lundi 9h plus une astreinte tournante le samedi de 9h à 13h. Lorsque le psychiatre des urgences est absent, il est remplacé par des confrères de l'établissement ou intérimaires.

Cette PUL est attenante au service des urgences générales et dispose d'une salle d'attente, d'une salle d'examen équipée d'un brancard et d'un électrocardiographe et d'une pièce extrêmement exigüe, encombrée de deux bureaux, de quatre chaises, d'une armoire haute, des casiers de rangements des effets du personnel et du chariot de médicaments. Elle sert à la fois de bureau administratif pour l'infirmier et le médecin et de cabinet d'entretien pour les infirmiers, médecins et psychologue. Elle ne présente pas toutes les garanties de sécurité pour le personnel car elle n'offre qu'une possibilité de sortie par la porte d'entrée, la porte fenêtre opposée ne s'ouvrant qu'à peine. Elle est toutefois équipée de trois boutons d'appel : l'un près de la porte, le deuxième à droite du bureau du médecin et le troisième à gauche du bureau de l'infirmier. Les médecins et soignants devraient disposer de bureaux d'entretien distincts de leurs bureaux personnels présentant toutes les garanties de sécurité pour le personnel comme pour les patients.



PUL : Bureau administratif et d'entretiens



PUL : Salle de sédation

Ce service n'est doté d'aucun espace d'apaisement.

b) Activité

L'activité de la PUL ne fait l'objet d'aucun rapport quand bien même tous les passages de patients sont enregistrés. Aussi, a-t-il été procédé à un décompte manuel pour la période allant du 19 janvier 2021 au 18 janvier 2022, par la cadre et le contrôleur, à partir des données quotidiennes figurant sur l'ordinateur du service. La PUL a reçu 2036 patients sur cette année, avec 937 retours à domicile soit 46%, les 1099 autres ayant été orientés vers les unités d'hospitalisation complète. Parmi ces patients, selon le psychiatre rencontré, figurent deux à trois mineurs par jour. La psychiatrie de liaison assurée par la même équipe constitue une activité non comptabilisée.

Pour l'année 2021, les urgences psychiatriques représenteraient environ 4% de l'activité du service des urgences générales qui a reçu 53 000 personnes.

c) Parcours du patient

Un patient se présentant au service des urgences générales est accueilli 24h sur 24 par une secrétaire qui constitue son dossier administratif et indique sur le logiciel « *Sillage*® » les motifs de son arrivée choisis entre trois ou quatre items pour les situations relevant de la psychiatrie : tentative de suicide, crise d'angoisse, etc. Ensuite, l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA) procède à une première évaluation de l'état du patient avant de l'installer dans une salle d'attente commune où des rideaux le séparent des autres malades. Le délai de prise en charge est fonction du risque vital. L'examen médical somatique se déroulera dans un box unitaire et, s'il s'agit d'une intoxication, le patient sera adressé directement au médecin urgentiste et gardé en surveillance aux urgences. Toutefois, les patients amenés par les pompiers ou la police sont adressés directement à la PUL et c'est ensuite qu'un bilan somatique sera demandé systématiquement si une hospitalisation complète s'impose en psychiatrie. Dans ce cas, la PUL doit souvent insister auprès des urgentistes pour qu'il soit réalisé et aux dires du personnel, il peut arriver que les bilans somatiques soient succins voire « *bâclés* » même si les psychiatres les plus expérimentés savent se faire entendre auprès d'eux.

Il a été relaté aux contrôleurs le cas d'un patient en hypoglycémie sévère (0,20 gr/l) « abandonné » toute la journée dans un box jusqu'à ce que, prévenue, la cadre de la PUL aille chercher un médecin.

Un électrocardiogramme est effectué par les IDE de la PUL pour tout patient devant être hospitalisé et sa lecture est confiée aux médecins urgentistes.

A la PUL, le patient est vu par les IDE et le psychiatre de journée ou de garde. L'entretien médical psychiatrique se déroule en présence de l'infirmier et parfois de la psychologue.

Les comptes rendus médicaux psychiatriques sont tracés dans « *Sillage*® », la demande de bilan somatique aussi. Les examens somatiques effectués par les urgentistes doivent aussi y figurer, mais les contrôleurs ont constaté qu'un bilan somatique demandé par un psychiatre en 2022 avant une hospitalisation en SDTU n'apparaissait pas dans le rapport du passage aux urgences. Le patient a été transféré à l'USM1 sans bilan somatique tracé et sans que l'on sache s'il a réellement été effectué.

RECOMMANDATION 8

Tous les patients se présentant au service des urgences du GHSIF avec une symptomatologie psychiatrique doivent systématiquement bénéficier d'un bilan somatique et les praticiens de ce service doivent être mieux formés aux vulnérabilités spécifiques de ces patients.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « le compte rendu médical du somaticien est intégré dans le DPI SILLAGE ».

Dans ses observations du 29 mars 2023, la directrice de l'ARS Ile-de-France indique : « l'action 2.3 du projet territorial de santé mentale (PTSM) de Seine-et-Marne vise à mener une réflexion sur l'accès aux soins somatiques des personnes avec troubles psychiques chroniques, en ville, en psychiatrie et en Etablissement ou service social ou médico-social (ESMS) »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, la réponse apportée étant partielle et imprécise.

Le transfert des patients dans les unités s'effectue toujours en compagnie d'un soignant et, selon leur état clinique, à pied, en fauteuil ou sur un brancard.

La prise en charge des décompensations ou crises par les CMP en alternative au passage par les urgences semble difficile : les CMP ne sont ouverts que du lundi au vendredi de 9h à 17h avec une heure de fermeture le midi.

d) Les mesures d'isolement et de contention

Les décisions prises initialement par le psychiatre des urgences le sont toujours pour des durées minimales de 24 heures et non de douze heures pour l'isolement et six heures pour la contention en raison du formatage du logiciel qui n'accepte pas des durées inférieures (cf. recommandation 6.2.1.).

Les patients contentonnés ne sont pas toujours sédatisés, contrairement aux recommandations de bonne pratique clinique sur la « prise en charge du patient adulte à présentation psychiatriques dans les structures d'urgences » émises le 31 mars 2021 par la Société Française de Médecine d'Urgence⁷.

Selon les professionnels rencontrés, les contentions installées aux urgences générales ne sont pas toujours tracées dans le logiciel Sillage®.

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

RECOMMANDATION 9

Les décisions de contention prises aux urgences doivent toutes être enregistrées dans le logiciel prévu à cet effet.

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

⁷ « Sédation - Systématique lors de la mise en place de la contention. Les objectifs sont de permettre la réalisation d'un examen clinique, réduire l'agitation, limiter l'anxiété liée à la mise en contention, et diminuer la durée de cette dernière. Privilégier la forme orale. »

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « conformément à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, le GHSIF dispose, en tant qu'établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'ARS pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, d'un registre sur lequel sont consignées les mesures d'isolement ou de contention. Se pose la problématique des patients contentionnés et sédatisés par le SAMU ou les urgences avant l'évaluation par le psychiatre. Dans ce cas, la contention et la sédation ne sont pas prescrits par un psychiatre et ne rentrent pas dans le cadre juridique du registre ».

Les contrôleurs portent à la connaissance du GHSIF que les recommandations de bonne pratique clinique « prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences » émises le 31 mars 2021 par la Société Française de Médecine d'Urgence précise: « 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 ». De plus, si les services des urgences ne sont pas soumis à la certification de la Haute Autorité de Santé, néanmoins les recommandations émises par cette autorité, en particulier sur l'isolement, sont opposables au corps médical. L'ensemble du corpus de normes et recommandations (de l'isolement et contention) permet au CGLPL d'établir des recommandations dans les services d'urgences, sur les modalités de prise en charge des patients relevant de la psychiatrie. Par ailleurs, à la suite des recommandations en urgence sur les urgences du CHU de Saint-Etienne, le ministère de la santé a exigé la mise en place d'une procédure spécifique et d'un registre spécifique de suivi des mesures au sein du service des urgences (avec audits et visites inopinées pour en vérifier l'application) - "afin de faire cesser les isolements et les contentions non conformes à la loi et aux recommandations de bonnes pratiques".

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

3.1.2 Dans les unités

Les patients arrivent en grande majorité du service des urgences. Ils sont accueillis par les soignants qui se chargent de réitérer les informations données par le psychiatre des urgences relatives au statut de l'hospitalisation et notifient les droits.

Il a été indiqué que tous les patients étaient revus par un psychiatre à leur arrivée (à l'USM1 la consultation se déroule en présence d'un ou deux infirmiers) au plus tard le lendemain matin de l'admission (sauf le dimanche), mais l'examen somatique censé être réalisé aux urgences est loin d'être systématique, y compris pour les patients en soins sans consentement et placés à l'isolement (cf. recommandation § 8.2.2).

3.2 LES CHIFFRES D'ACTIVITE COMMUNIQUEES PAR L'ETABLISSEMENT, DONT LA FIABILITE N'EST PAS AVEREE, FONT ETAT D'UNE PROPORTION TRES IMPORTANTE DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.2.1 L'activite generale

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir aux contrôleurs des données fiables sur son activité générale et sur l'activité des patients en soins sans consentement. En effet, différents logiciels coexistent et ne sont pas coordonnés entre eux. Il en résulte un écart de données entre celles issues du département d'information médicale, celles du bureau des entrées (BDE), celles du contrôle de gestion. Il a été rapporté aux contrôleurs que le BDE ne transformerait pas systématiquement les statuts de soins sans consentement (SSC) en soins libres (SL) et réciproquement, ce que le BDE conteste. La fiabilité des chiffres communiqués apparaît donc discutable.

RECOMMANDATION 10

L'établissement doit disposer d'un outil permettant de recenser son activité de manière fiable, exhaustive et précise en particulier s'agissant de celle relative aux soins sans consentement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « mise en place de contrôles de cohérence entre chiffre DAF et DIM en cours ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, le travail étant en cours.

Selon les chiffres transmis aux contrôleurs, la file active des patients était de 701 en 2021, en baisse de 10% depuis 2019. La durée moyenne d'hospitalisation est de 23 jours en 2021, en légère baisse depuis 2019. Lors de la visite de la CDSP en 2021, la cheffe de pôle avait indiqué vouloir raccourcir, en fonction de l'état de santé du patient, la durée des hospitalisations en mettant en place un relais rapide par les CMP.

3.2.2 L'activite relative aux soins sans consentement

Selon les données communiquées, en 2021 issues du contrôle de gestion, sur les 701 patients hospitalisés, 304 le sont en soins sans consentement (SSC), soit 43,4%. Les chiffres du DIM font état, quant à eux d'un nombre de patients de 457 en 2021 (cf. § 6.2.2). Lors de la visite, les contrôleurs ont demandé des explications sur cette différence mais aucune raison n'a pu leur être avancée. De nouvelles données devaient leur être transmises mais ne l'ont jamais été. Si cette proportion est en diminution depuis l'année dernière (elle était de 50,5 % en 2020 et 40,8% en 2019⁸), elle reste très supérieure à la moyenne nationale de l'ordre de 25 %.

Dans le total des patients hospitalisés en SSC, la grande majorité l'est sur décision du directeur d'établissement (SPDDE), 77,6 % en 2021, en légère augmentation depuis 3 ans (71,4% en 2019 et 78,5 % en 2020). Sur cette même période, la part des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) diminue (2021 : 22,4% ; 2020 : 21,5 % ; 2019 : 28,6%). L'analyse des données fait également apparaître que, parmi les patients en SPDDE, la majorité l'est à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU), ne reposant donc que sur un seul certificat

⁸ En 2020, 636 patients étaient hospitalisés dont 321 en SSC ; en 2019, 806 patients étaient hospitalisés dont 329 en SSC.

médical. L'hôpital étant le siège du service des urgences et du service de psychiatrie, il est difficile de trouver un médecin extérieur à l'établissement pour effectuer le second certificat médical. En revanche, aux urgences, la recherche du tiers est effective. Ce dernier est invité à se déplacer pour rencontrer le psychiatre, en cas d'impossibilité, il est avisé de la demande par courrier électronique.

La part des patients en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) est plutôt faible mais augmente depuis trois ans.

Ces données se retrouvent dans les constats effectués par les contrôleurs : au jour de la visite, sur les 88 patients accueillis, 43 étaient en SL et 45 en SSC (soit 51%), dont la majorité en SPDTU.

RECOMMANDATION 11

Si les chiffres communiqués sont avérés, l'établissement doit engager une réflexion sur la part très importante de patients en soins sans consentement qu'il accueille.

Par ailleurs, le recours à la procédure dérogatoire que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « la proportion de soins sans consentement fait partie des éléments de reporting transmis par le bureau des admissions en psychiatrie à la direction générale. Intégrés dans la partie du rapport d'activité relative à la psychiatrie, ils sont transmis à l'ARS, sans avoir jamais fait l'objet d'une alerte particulière. La référence par rapport à la moyenne nationale de 25%, ne prend pas en compte, le nombre important de détenus dont le GHSIF assure la prise en charge (1100 détenus sur le CPSF et le CD Melun) et les programmes de soins régulièrement comptabilisés en soins sous contraintes. Les éléments de comparaison territoriaux dont dispose l'établissement, via la CDU, ne mettent pas en évidence un recours anormalement élevé à ces modalités ».

Dans ses observations du 25 août 2022, la présidente du TJ de Melun fait part des observations du service JLD qui indique : « depuis 2018, cette situation est pointée par les JLD lors de la réunion annuelle partenariale organisée à l'initiative du service JLD. Il est ainsi rappelé aux médecins psychiatres à la fois son caractère exceptionnel ainsi que la nécessité de caractériser le risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient dans le certificat médical initial ».

Dans ses observations du 29 mars 2023, la directrice de l'ARS Ile-de-France indique : « la donnée doit être rapportée à la population desservie par le GHSIF (à savoir, 317 000 habitants pour les quatre secteurs). La Seine-et-Marne a en réalité un taux global de recours aux soins sans consentement le plus bas de la région (82,6/100 000 habitants, contre 132,9/100 000 au niveau national. Par ailleurs, il est nécessaire de prendre en compte les besoins de soins en hospitalisation complète pour les détenus, le GHSIF étant l'établissement sanitaire de référence pour deux établissements pénitentiaires du territoire (Centre pénitencier de Réau et Centre de détention de Melun), ce qui génère des hospitalisations au titre de l'art. D 398 du CPP ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. La moyenne nationale de 25% tient compte de l'ensemble des soins sans consentement dont les détenus. Les contrôleurs s'étonnent par ailleurs que les programmes de soins soient tous comptabilisés en soins sous contraintes.

3.2.3 La gestion de la suroccupation

Les données communiquées font état en 2021 d'un taux d'occupation de 78%, en baisse de 7% depuis trois ans.

Les unités ont indiqué ne pas être confrontées à des problèmes de suroccupation, certaines seraient néanmoins régulièrement au complet. Ce constat doit être nuancé dans la mesure où la capacité d'hébergement est surévaluée (cf. § 2.1). Des changements fréquents de chambres ont lieu ; un patient a indiqué avoir été changé 7 fois de chambre en 3 mois.

3.3 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT REÇOIVENT UNE INFORMATION ECRITE ET ORALE PARCELLAIRE

3.3.1 L'information générale

Un livret d'accueil est remis systématiquement au patient à son arrivée. Toutefois, il s'agit d'un livret d'accueil général commun à l'ensemble des patients du GHSIF. Seules deux pages à la fin du livret sont consacrées spécifiquement à l'information des patients hospitalisés au pôle de psychiatrie. L'information donnée est relativement succincte et ne permet pas une information complète et claire de l'hospitalisation en soins sans consentement ainsi que des droits afférents.

Au sein de chaque unité sont affichées à la fois le règlement intérieur intra-hospitalier du pôle de psychiatrie adulte et les règles de vie de l'unité. Le règlement intérieur intra-hospitalier du pôle de psychiatrie adulte est commun alors que les règles de vie sont spécifiques à chaque unité. Toutefois, il apparaît que ce règlement et les règles de vie sont parfois redondants et relativement sommaires, ne permettant pas aux patients de connaître précisément les règles de fonctionnement de l'unité dans laquelle ils se trouvent. Les règles de vie de l'USM1 sont, par ailleurs, particulièrement restrictives (cf. recommandations § 5).

Contrairement à la mention visée dans l'en-tête du règlement intérieur du pôle de psychiatrie, aucun patient ne s'est vu remettre ce règlement qui ne semble en outre pas connu des patients.

A cet égard, l'information sur les règles de vie est principalement faite oralement par les soignants qui d'ailleurs ne semblent pas avoir tous le même niveau de connaissance de ces règles.

Des informations sur le rôle de la CDSP et la CDU sont affichées dans les unités. Toutefois, seules les coordonnées de la CDSP sont affichées, celles de la CDU pouvant être trouvées uniquement dans le livret d'accueil général.

S'agissant de l'accessibilité à la liste des avocats du barreau de Melun, dans chaque unité, une affiche indique que la liste complète n'est disponible que sur demande auprès de la coordination du pôle de psychiatrie.

Aucun document n'existe dans une langue autre que le français. Si le nombre de patients non francophones semble limité, il n'en demeure pas moins que ces patients doivent pouvoir bénéficier d'une information écrite traduite. De la même manière, l'interprétariat parfois opéré par des soignants lorsqu'ils maîtrisent la langue n'est pas suffisant.

RECOMMANDATION 12

Un livret d'accueil spécifique au pôle de psychiatrie ainsi que des règles de vie précises spécifiques à chaque unité doivent être élaborés et remis systématiquement aux patients afin de leur garantir une information complète et claire sur leur hospitalisation et leurs droits.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « ce livret d'accueil, qui fait partie du processus d'intégration des nouveaux arrivants (avec grilles de montée en compétences, planning de formations théoriques et tutorat) est en cours de mise en place (conformément au plan d'action faisant suite au DGI du 12 avril 2022) ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui concerne l'élaboration d'un livret d'accueil et de règles de vie à destination des patients et non des soignants.

3.3.2 L'information sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

A tous les stades de l'hospitalisation, une information écrite est remise au patient. Le bureau des admissions prépare et édite chaque décision du directeur, accompagnée du certificat médical afférent ainsi qu'un document notifiant leurs droits. Le nom du tiers demandeur est bien mentionné dans ce document pour les patients hospitalisés en SPDT et SPDTU. De la même manière, une copie de l'ordonnance du JLD est remise systématiquement au patient. Le bureau des admissions joint à chaque fois un bordereau de notification permettant de recueillir d'éventuelles observations qu'il enregistre, une fois signé par le patient, dans le dossier physique, dans un tableau Excel permettant de tracer l'ensemble de la procédure d'hospitalisation et dans le registre de la loi.

Toutefois, si la qualité et le caractère exhaustif des informations écrites délivrées aux patients sont à souligner, l'information orale qui accompagne la remise de ces documents apparaît limitée. En effet, toutes les décisions sont notifiées par les équipes soignantes qui, pour la plupart, ont exprimé leur manque de formation pour expliquer précisément leur contenu et répondre aux questions de procédure des patients (cf. recommandation 2.3.2).

Tout comme pour l'information générale, les équipes n'ont aucun moyen de fournir l'information relative à leur hospitalisation aux patients étrangers ne maîtrisant pas le français. Au cours de la visite de contrôle, une personne étrangère a d'ailleurs bénéficié d'une mesure de mainlevée de son hospitalisation en raison de l'absence totale d'information fournie par le GHSIF à cette patiente dans une langue qu'elle comprend.

A cet égard, le CGLPL renvoie à son avis du 11 février 2022 relatif à l'interprétariat et à la compréhension des personnes privées de liberté⁹. Le CGLPL considère que dès son arrivée, la personne doit être placée dans des conditions lui permettant de comprendre sa situation et le fonctionnement du lieu dans lequel elle se trouve. Au-delà de l'arrivée, le recours aux services d'un interprète doit être substantiellement développé aux moments importants de la privation de liberté, que sont notamment les rendez-vous pour une prise en charge sanitaire et les comparutions judiciaires. De même, il ne saurait être admis que des consultations médicales de personnes étrangères ne maîtrisant pas le français se déroulent sans interprète.

⁹ CGLPL, Avis du 11 février 2022 relatif à l'interprétariat et à la compréhension des personnes privées de libertés, JORF, 3 mai 2022.

RECOMMANDATION 13

Les patients ne maîtrisant pas le français doivent se voir délivrer une information écrite et orale concernant tous les aspects de leur hospitalisation et leurs droits dans une langue qu'ils comprennent.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique :

- « existence d'un protocole "liste d'interprètes" qui recense les différentes langues parlées par les professionnels du GHSIF qui sont disposés à assurer des traductions simultanées ;
- possibilité d'accès au service "inter-service migrants" ;
- en complément de la traduction simultanée entre le patient et le psychiatre, l'établissement recherche une solution pour qu'une notification écrite, avec mentions type et cases à cocher, puisse être remise au patient, dans sa langue d'origine ».

Dans ses observations du 25 août 2022, la présidente du TJ de Melun fait part des observations du service JLD qui indique : « Les JLD prononcent régulièrement des décisions de mainlevée de l'hospitalisation sans consentement pour ce motif, considérant que le fait de ne pas avoir accès à ses droits dans une langue qu'il comprend fait nécessairement grief au patient. Cette question est également régulièrement évoquée à l'occasion des réunions partenariales sans qu'aucune évolution ne soit constatée. En audience JLD, si l'information est transmise au moment de la saisine ou si la lecture des certificats médicaux interroge sur sa compréhension de la langue française, le recours à un interprète est systématique. Celui-ci est convoqué par le greffe du JLD.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, la solution n'ayant pas encore été trouvée.

3.3.3 Les modalités d'accès au dossier médical

Les demandes d'accès au dossier médical sont quasi-exclusivement effectuées par les patients à leur sortie de l'hôpital et se font par l'intermédiaire du service qualité-clientèle. En 2020 et 2021, ces demandes se sont élevées respectivement à 24 et 32 pour les patients du pôle de psychiatrie.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 INDIGNES, LES LOCAUX NE SONT PENSES NI POUR LA VIE QUOTIDIENNE, NI POUR L'ERGONOMIE AU TRAVAIL

Le déménagement du service de psychiatrie dans un centre hospitalier entièrement neuf n'a pas été l'occasion d'une réflexion, à tout le moins aboutie, sur le rôle de l'architecture dans la prise en charge des patients. Mal conçus, les locaux n'ont pas été pensés dans le sens du bien-être des patients, ni de l'ergonomie au travail.

Du fait de la configuration retenue, les assistantes de service social (ASS), la cadre supérieure de santé et la cheffe de pôle sont isolées de la vie des unités, certains professionnels ont confié aux contrôleurs que « *l'architecture les avait clivés dans leurs fonctions* ». Les patients sont éloignés des principaux lieux d'activités et les proches et familles sont confinés dans des espaces peu conviviaux, où il est difficile de se repérer, impropres à des rencontres respectueuses de l'intimité.

Le service est agencé sur deux niveaux. L'entrée est de plain-pied, mais en contrebas du CH, en niveau -1. Symboliquement, les unités qui s'y trouvent sont ainsi au sous-sol. L'étage – qui correspond au rez-de-chaussée du CH – concentre les bureaux des responsables (cadre supérieure de santé, chef de pôle, chefs de service etc.), des ASS ainsi que la plateforme de réhabilitation psychosociale, la bibliothèque et les salles de sport – fitness et gymnase intérieur (le principe d'un terrain de sport extérieur n'a malheureusement pas été prévu). Un accès sécurisé qui ne peut être ouvert qu'avec un badge sépare les deux niveaux, de sorte que les patients ne peuvent monter seuls et sont dans l'obligation de solliciter un soignant pour tout déplacement à l'étage. Ils ne peuvent non plus se rendre par eux-mêmes à la cafétéria générale du CH, qui n'est accessible que du RDC.



Salle de fitness et gymnase

Dans ces locaux, tout se ressemble. Bien que récents, ils sont sinistres, totalement impersonnels. Rien n'a été pensé pour la vie quotidienne et collective (absence de terrain de sport extérieur, chambres doubles, etc.).

4.1.1 La configuration des unités

La porte d'accès au service est verrouillée par badge. En dehors du personnel, l'entrée implique d'utiliser l'interphonie.

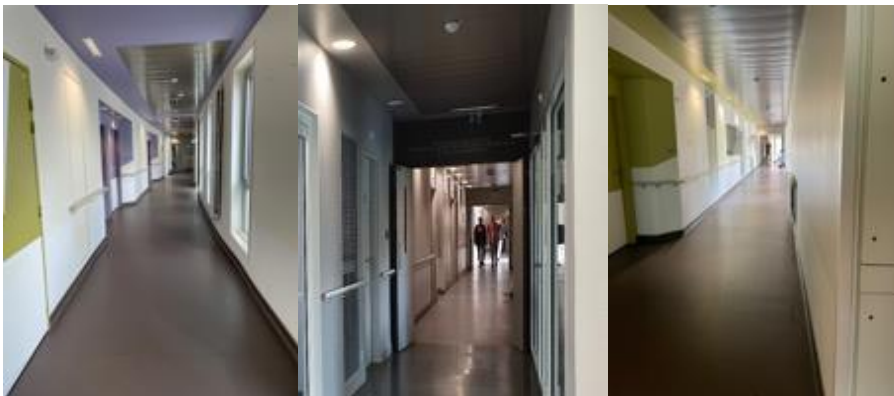
Les unités sont distribuées de part et d'autre de l'accueil et du bureau des admissions. A gauche : l'USM1 et l'USM2 (les deux unités se font face). A droite : l'USM3 et l'INDC.

Les familles ne sont pas autorisées au sein des unités. Près de l'entrée principale, deux salles leur sont réservées : une pièce d'attente vitrée et une seconde dite « *cafétéria* » qui ne contient, en tout et pour tout, qu'un distributeur de boissons et quelques sièges. Les deux, en nombre insuffisant au regard du nombre de patients accueillis, font l'effet « *d'aquariums* ». Un accès au patio central, accessibles aux différentes unités, leur est également permis. Cependant, la zone, commune aux patients n'est pas très accueillante : seuls quelques bancs en métal l'équipent (cf. recommandation § 5.3.3).



Accueil ; salle d'attente pour les familles et couloir de distribution de deux unités

Les unités répondent à une architecture en U. Elles sont traversées par de longs couloirs sans ouverture sur l'extérieur ou occultées par des films opacifiants ; dès lors, la luminosité y est faible et la lumière artificielle nécessaire en permanence.

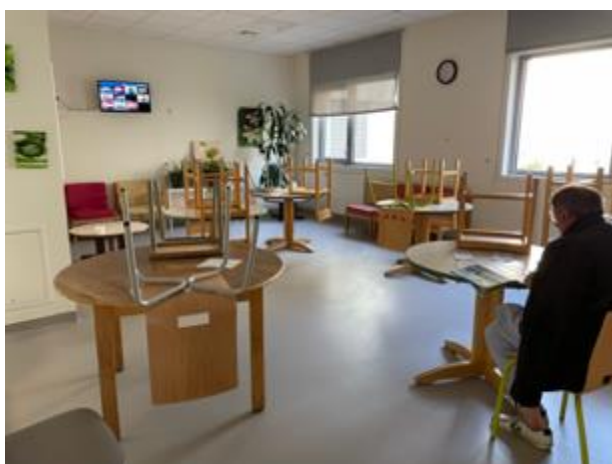


Couloirs des unités

Des salles communes et d'activité accueillantes font défaut.

A l'USM1, l'unique salle d'activités a été constituée à partir d'une ancienne chambre double. La pièce porte encore la trace de sa destination initiale : un bloc WC en inox entouré de cloisons en bois à mi-hauteur orne la pièce, désespérément vide. Le salon TV ne contient qu'un téléviseur dont les patients n'ont pas la télécommande, un baby-foot et quelques fauteuils revêtus de housses plastiques.

A l'USM2, la salle commune est exiguë – les patients ne peuvent tous y tenir – et mal agencée. Sise d'un côté de la pièce, la télévision n'est pas visible partout, la plupart des sièges n'y font pas face. Datant des anciens locaux, le mobilier est abîmé, le revêtement des sièges est déchiré par usure.

*Salle commune de l'USM2**Salle commune de l'USM3**Salle commune de l'USM1*

Les lieux collectifs ne sont pas décorés ni investis, tout comme les patios qui ne sont pas végétalisés et ne comportent pas d'auvent pour s'abriter, à l'exception du patio central et récemment de celui de l'USM1. L'été, il est difficile d'y rester et, par mauvais temps, l'ambiance y est lugubre. Les patients manquent de verdure et d'aménagements. Le sujet est particulièrement revenu lors de la réunion patients-soignants à laquelle les contrôleurs ont assisté à l'USM3. De fait, le manque de végétation et de mobiliers d'agrément dénote avec d'autres patios dans l'hôpital, témoin criant du manque d'investissement à l'endroit de la psychiatrie et d'une logique sécuritaire qui semble l'emporter sur tout autre. Il a ainsi été rapporté aux contrôleurs que de jeunes arbres étaient présents mais qu'ils devaient être soutenus par des tuteurs constitués de rondins de bois et que ceux-ci avaient dû être enlevés, certains soignants craignant pour leur sécurité et le CHSCT indiquant que c'était dangereux pour les patients. De même, le service n'a pas eu l'autorisation d'avoir un tuyau d'arrosage, l'accès à l'eau étant par ailleurs rendu impossible par défaut de robinet. En conséquence, les arbres sont morts.



*Vues sur les patios. En haut à gauche, le patio central, commun aux unités
En bas, à droite, un patio pour le personnel du CH, aménagé*



Selon les unités, les personnels sont plus ou moins bien lotis en termes d'espaces. A l'USM3, le poste de soins est plutôt spacieux et la salle de repos vaste ; en revanche, les dimensions sont beaucoup moins avantageuses à l'USM2 : le poste de soin est beaucoup plus réduit et la salle de repos particulièrement exiguë. En pratique, certains la désertent ; les autres s'y restaurent à tour de rôle. La distribution des bureaux est, par ailleurs, telle que la psychologue se retrouve isolée dans une petite pièce sans fenêtre.



Salle de repos du personnel dans les unités. A gauche, l'USM2 ; à droite, l'USM3

4.1.2 Les chambres des patients

Dans les USM2 et 3, les chambres sont principalement doubles (11 sur 19), réduisant à peau de chagrin l'intimité, d'autant qu'elles ne sont pas équipées de verrou de confort. Les individuelles sont attribuées en priorité aux nouveaux arrivants, avant d'éventuels déplacements – présentés comme fréquents. Un patient a indiqué avoir été contraint de changer sept fois de chambre en trois mois.

Deux chambres dites « *fermables* », assimilables à des chambres d'isolement (CI) mais considérées comme des chambres classiques, s'ajoutent aux chambres hôtelières. Lors de la visite, elles étaient utilisées entre autres pour isoler les mineurs des adultes.

A l'USM1, toutes les chambres, hors CI, sont de cet acabit.

Les patients n'y sont pas maîtres de l'éclairage, ni de l'activation des volets, ni de l'ouverture de la fenêtre, la poignée est située à l'extérieur. Tout est commandé du couloir, dont l'arrivée générale d'eau, par le biais de serrures dont les soignants sont les seuls à avoir la clef. Généralement, le mobilier se réduit à un bloc sanitaire (WC/lavabo en inox) et un lit scellé, dont le matelas est unanimement décrit comme peu confortable. Il n'y a pas d'horloge pour pouvoir se repérer dans le temps, ni de liseuse, ni de bouton d'appel. Les patients, qui y sont enfermés, doivent taper ou crier pour se faire entendre.

Les portes sont percées d'un large fenestron, occultable par un panneau de bois. A l'USM3, ils étaient laissés ouverts. A l'USM1, ils étaient même sans fermeture, jusqu'à l'arrivée des contrôleurs qui ont assisté à l'installation en urgence de serrures. Or, quand le panneau n'est pas clos, aucun espace d'intimité n'est préservé. Les patients sont exposés aux regards de tous, y compris lorsqu'ils se rendent aux toilettes.

La fermeture a d'autres désagréments : le bruit des serrures, lors des contrôles de nuit, crée des réveils intempestifs.



Chambres « fermables » ; à droite, fenestron qui équipe la porte



Vues des fenestrons depuis le couloir

Les chambres classiques, à l'instar des chambres « *fermables* », ne comportent aucun téléviseur (contrairement aux chambres dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique - MCO), ni décoration. Le mobilier est succinct : lit(s), desserte(s), chaise(s) et placard(s) à fermeture défectueuse (cf. § 5.3). Les fenêtres des chambres qui donnent sur l'extérieur de l'hôpital (une vingtaine) sont verrouillées, les patients n'ont pas la possibilité de les ouvrir. Dans les autres, seul un entrebâillement d'une dizaine de centimètres est permis. Les matériaux sont de nature à se

détériorer vite, tels les revêtements de sol ; des traces noires sont parfois présentes au sol et certaines chambres portent les stigmates de fermetures de porte un peu brutales.

Il a été rapporté aux contrôleurs que les locaux étaient mal isolés, qu'il y faisait chaud l'été et froid l'hiver.

Les constats relatifs aux locaux sont d'autant plus regrettables que la CDSP avait formulé, dès 2019, des recommandations à leur sujet non suivies d'effet s'agissant de l'installation d'auvents dans les patios, de verrous de confort, de problèmes d'espaces pour les visiteurs. En 2020, le rapport mentionnait « *Monsieur X évoque le patio notamment l'absence d'abri, qu'il s'agissait d'une recommandation de leur part et que ça n'avait toujours pas été fait. De plus, les patients ne peuvent toujours pas s'enfermer dans leur chambre. La représentante de la direction informe la commission que des équipements sont prévus dans le cadre du plan d'investissement 2019* ».



Chambre double et chambre individuelle ; entrebaillement maximal de la fenêtre



Marques d'usure ou de détérioration dans les chambres

RECOMMANDATION 14

L'équipement (auvent notamment) et la végétalisation des patios doivent être immédiatement améliorés à l'instar des agencements retenus dans d'autres secteurs de l'hôpital.

L'intimité minimale dans les chambres doit être garantie. Il est inacceptable que des patients puissent être exposés au regard d'autrui quand ils se rendent aux toilettes. Les fenestrons des portes doivent être, en toutes circonstances, condamnés.

Toute chambre hôtelière doit disposer de l'équipement requis : lit (non scellé), table, chaise, sanitaires séparés, horloge pour pouvoir se repérer dans le temps, dispositif d'appel des soignants, verrou de confort, etc. L'ouverture des fenêtres doit être rendue possible.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « les 5 patios seront équipés d'auvents avant la fin de l'année 2022 et remis en végétation courant novembre 2022. Les fenestrons des portes ont été condamnés par verrou à clé.

La commande de verrous de confort a été faite et l'intégralité des chambres de psychiatrie sera équipé de verrous de confort en septembre 2022.

Le paramétrage des sanitaires a été redéfini pour pouvoir être actionnés de l'intérieur, par le patient. L'équipement type des chambres d'isolement et des chambres normales est en cours de redéfinition pour améliorer l'aspect hôtelier (objectif 2023) ».

Les contrôleurs maintiennent en partie leur recommandation, certains travaux n'ayant pas encore été effectués.

4.2 L'HYGIENE EST GLOBALEMENT ASSUREE MAIS DE NOMBREUX PATIENTS PORTENT DE MANIERE CONTRAINTE LE PYJAMA, FAUTE DE POUVOIR LAVER LEUR LINGE

4.2.1 L'hygiène des locaux

Le nettoyage des locaux est assuré par une équipe de 14 agents de service hospitalier (ASH) représentant 13,5 ETP, investis et nouant de bons contacts avec les patients mais dont les conditions de travail sont rendues difficiles par des situations régulières de sous-effectif et le principe d'un effectif réduit le week-end. Concrètement, si l'effectif permettant d'assurer dans des conditions adéquates les tâches est estimé à 8 ASH (7 tout au moins), 6 seulement sont prévus les samedi-dimanche pour préserver deux week-ends de repos par mois. A défaut de recrutement, les ASH s'accommodent tant bien que mal du système, mais il est fait état d'obligation d'accomplir le travail à la hâte et de fatigue des agents, d'autant plus que l'effectif cible peine à être tenu au quotidien. Lors du contrôle, avec les repos, les RTT et un arrêt maladie, les ASH présents cumulaient les journées en effectif dégradé : par exemple, quatre le « matin » (7h-14h40), un le « soir » (12h20-20h) le dimanche précédant la visite ; quatre le matin, avec renfort d'un vacataire, deux le soir le 5 mai. D'autres vacances importantes s'annonçaient au planning : trois le matin, deux le soir ; puis deux le matin, trois le soir, les week-ends suivants. *In fine*, l'effectif cible n'est atteint qu'en trois occasions sur le mois.

En dépit de cette situation, l'hygiène des locaux est globalement assurée. Toutefois, divers pans apparaissent abandonnés : l'aération quotidienne des chambres dont les patients ne peuvent ouvrir eux-mêmes les fenêtres (les ASH disposent d'une clé mais, face à la crainte de commettre dans la précipitation des impairs, les fenêtres sont souvent laissées fermées) ; le lavage des

carreaux extérieurs, non réalisé depuis trois ans selon les informations recueillies ; le nettoyage à haute pression des dalles des patios noircies par le temps, etc. L'acquisition du matériel nécessaire à l'entretien apparaît, en outre, parfois compliquée : la dotation d'un aspirateur spécifique requis par l'encadrement a, par exemple, pris trois ans.

RECOMMANDATION 15

Les agents de services hospitaliers doivent disposer de tous les moyens, humains et matériels, nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « *L'absentéisme des mois de mai et juin, au moment de la visite du CGLPL, a été particulièrement élevé (- 3 ETP soit 420 h) mais il est réduit de moitié, depuis le 1er juillet 2022 par recours aux vacataires et recrutement d'un agent supplémentaire. Le niveau global des effectifs ASH, sur le pôle de psychiatrie, peut donc être considéré comme stabilisé* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les moyens matériels.

4.2.2 L'hygiène personnelle

Toutes les chambres hôtelières disposent d'un espace sanitaire attenant qui peut être fermé de l'intérieur : lavabo, WC (avec lunette et abattant), miroir, poubelle, douche (sans flexible). Cependant, la disposition de la douche et des WC est inadaptée : quand le jet est activé, l'eau se déverse sur les WC.



Espace sanitaire dans les chambres hôtelières

Dans les chambres « fermables », les sanitaires sont composés d'un bloc WC/lavabo en inox, situé au milieu de la pièce. La dignité et l'intimité des patients ne sont pas respectées car les toilettes sont visibles depuis le fenestron, ouvert à l'USM3, sans dispositif de fermeture à l'USM1 jusqu'à la visite du CGLPL (cf. § 5.1).



Bloc sanitaire des chambres « fermables » ; coin douche attenant (sous verrou)

Un local de douche, ouvrable par les soignants, est attenant à chaque chambre. Il ne dispose toutefois ni de verrou de confort, ni de patère pour disposer au sec une serviette de toilette et des vêtements. Aucun miroir n'équipe, par ailleurs, les chambres.

L'USM2 dispose d'une salle de bains commune (baignoire, douche avec flexible, lavabo) ; néanmoins, elle est quasi-inutilisée, la pièce sert principalement de lieux de stockage des effets des patients (valises, surplus de vêtements, biens consignés).



Salle de bain de l'USM2, dans une pièce qui sert de « bagagerie »

Divers produits d'hygiène sont à disposition de ceux qui en ont besoin : gel douche, shampoing, dentifrice, brosses à dents, protections périodiques, rasoirs, mousse à raser, etc. Les rasoirs, coupe-ongles et autres objets jugés dangereux ne leur sont pas laissés mais remis au moment de la toilette. Rien n'étant prévu pour les coupes de cheveux, les soignants ont obtenu l'acquisition de tondeuses pour les hommes et s'en chargent.

Les effets de literie sont lavés une fois par semaine et autant que de besoin. Néanmoins, l'entretien du linge personnel est à la charge des patients ou de leur entourage. Ceux qui n'ont pas de visites, ou rarement, sont orientés vers une laverie extérieure qui récupère, contre rémunération, le linge dans les unités et le rapporte la semaine qui suit. Mais aucune solution alternative n'est proposée aux patients sans ressources.

Le parti pris de l'hôpital de ne pas installer de machines à laver dans les unités « *parce qu'il ne s'agit pas d'un lieu de vie* », quand bien même certains patients y restent des mois, voire des années, a pour conséquence de laisser les plus démunis soit laver leurs vêtements comme ils le peuvent dans les douches voire la baignoire, soit porter, par dépit, le pyjama. Nombreux patients ont fait part de cette contrainte ; certains indiquant avoir dû se présenter ainsi devant le juge de la détention et des libertés, ce qui porte atteinte à la dignité.

Aucun vestiaire de secours, alimenté par l'hôpital, n'est prévu. Les seuls vêtements de dépannage, éventuellement disponibles, relèvent de gestes de solidarité du personnel.

RECOMMANDATION 16

Aucun patient ne doit être contraint de porter le pyjama, faute de solution d'entretien de son linge. Un dispositif doit être immédiatement mis en place pour les patients sans ressources.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « Installation d'un lave-linge et sèche-linge au sein du pôle de psychiatrie effectuée ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et considèrent la recommandation prise en compte.

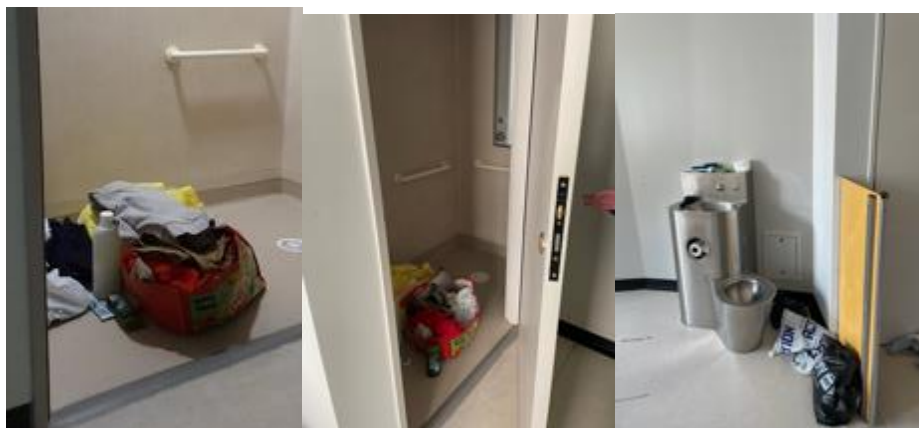
4.3 LES PATIENTS N'ONT PAS LA POSSIBILITE DE PROTEGER LEURS BIENS EN CHAMBRE, NI PARFOIS DE LES ENTREPOSER DANS DES PLACARDS

A l'admission, un inventaire des effets est dressé, mais pas de manière contradictoire. Il est parfois réalisé sans la présence du patient et ne fait l'objet que d'une transcription dans le logiciel Sillage. Ainsi, il n'est pas signé, ni remis au patient.

Les objets de valeur sont confiés à l'entourage ; à défaut, au coffre des admissions. L'argent et les documents administratifs sont également conservés au coffre et font l'objet, quant à eux, d'un inventaire signé, comme à chaque retrait ou nouveau dépôt. A l'USM1, le dépôt de valeur intègre systématiquement le téléphone portable ; quand un patient est autorisé à téléphoner, un soignant va le chercher et l'y remet après usage ou fin d'autorisation. Ailleurs, les patients peuvent les garder, sauf interdiction.

Les patients peuvent conserver sur eux une petite somme d'argent – 10 ou 20 euros selon les unités – mais l'impossibilité de fermer les chambres, ni même un placard, crée des incidents, dont des vols réguliers, générateurs chez certains d'une crainte permanente ; d'autant que dans les règles de vie, l'établissement se décharge de toute responsabilité concernant les vols et pertes d'objets. Informés des vols, des familles retirent aux patients leur téléphone portable, et donc toute ouverture sur l'extérieur, pour éviter qu'ils en soient victimes.

Les chambres disposent toutes d'un placard doté d'un système de fermeture à code. Toutefois, dans la quasi-totalité, le système est défaillant ; soit parce que la serrure est cassée, soit parce que le code, prévu pour être réinitialisé entre chaque occupant, n'est pas changé au motif que les patients l'oublient généralement et que les soignant n'ont pas le temps de régler le problème à chaque oubli. Dès lors, dans le meilleur des cas, les patients disposent d'un placard qu'ils ne peuvent pas fermer ; dans le pire, ils ne peuvent même pas s'en servir, la porte étant verrouillée. Des patients rangent ainsi leurs effets dans des sacs plastiques à même le sol ; les encombrants ou ce qu'ils ne souhaitent pas garder en chambre étant stockés dans une pièce fermée à clef par les soignants. Pour certains, les cigarettes de la journée, les chargeurs et téléphones sont gardés par les soignants.



Vêtements entreposés dans des sacs au sol, faute de placard accessible

RECOMMANDATION 17

Les patients doivent être protégés des vols. Un dispositif permettant à chacun de verrouiller sa chambre (par clef, badge électromagnétique, etc.) doit être mis en place. Chaque patient doit, en outre, pouvoir disposer, en chambre, d'un placard, avec un système de fermeture efficace.

Un inventaire de tous les effets du patient doit être réalisé de manière contradictoire et un exemplaire doit être remis au patient.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « la commande de verrous de confort a été faite et l'intégralité des chambres de psychiatrie sera équipée de verrous de confort en septembre 2022. Remise en état des placards, avec installation de cadenas, prévue pour octobre 2022. Rappel fait par l'encadrement supérieur aux équipes soignantes de psychiatrie, de l'existence d'un protocole sur le dépôt et la restitution des effets personnels ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et **considèrent la recommandation prise en compte.**

Vingt-six patients font l'objet d'une mesure de protection juridique (2 à l'USM1, 10 à l'USM2 avec 3 autres demandes en cours, 14 à l'USM3). Cependant, il a été indiqué que le repérage pêche dans certaines unités, notamment à l'USM1 et à l'INCD, où aucun assistant de service social (ASS) n'est spécifiquement affecté. Les ASS voient « si nécessaire » et, quand elles le peuvent, les patients de leur secteur hospitalisé dans ces unités (cf. § 8.3.3). La pratique d'entretiens conjoints médecin/ASS permettant de mieux sérier les besoins et d'agir de concert s'est, par ailleurs, interrompue.

Trois associations tutélaires, et quelques mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) privés, se partagent les mesures de protection des patients : UDAF77, ATSM77 et Tutélia. L'hôpital ne dispose pas de service MJPM.

La qualité de prestations des mandataires est très variable. Certains cumulant plus de 80 mesures peinent à assurer un accompagnement de qualité ; d'autres sont plus clairement défailants. Par exemple, il a été signalé le cas d'un patient dont la situation administrative n'a pas été régularisée, en dépit des sollicitations des ASS, après la souscription il y a quatre mois d'une mutuelle payante à la place de la complémentaire santé solidaire. En raison de cette carence,

une diminution injustifiée de 30 % du montant de l'allocation adulte handicapé (AAH) est appliquée, en plus du paiement de la mutuelle. Autre incurie : faute des démarches nécessaires, une patiente s'est retrouvée face à des impayés de loyer ayant entraîné son expulsion.

Certains mandataires sont au contraire très investis et se déplacent fréquemment pour apporter espèces et/ou cigarettes à leur protégé ; mais la plupart ne le font que rarement, après multiples sollicitations des soignants, ou procèdent par virements quand leur protégé dispose d'une carte bancaire. Or, l'hôpital, pourtant récent, n'est pas équipé de distributeur automatique de billets (DAB). Tout retrait suppose donc l'organisation d'une sortie de l'hôpital. Le recours à la livraison de cigarettes par coursiers, facturée aux patients, est extrêmement fréquent.

RECOMMANDATION 18

Au regard des difficultés dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique, l'opportunité de créer un service de protection juridique des majeurs au sein de l'hôpital doit être interrogée.

En tout état de cause, un distributeur automatique de billets doit être installé dans l'hôpital, accessible aux patients hospitalisés en psychiatrie.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « rencontre avec les associations tutélaires à organiser ».

Dans ses observations du 25 août 2022, la procureure de la République fait part des observations du parquet qui indique : « l'avis des juges des tutelles pourrait être opportun sur cette observation relayée à la DDETS 77. Mais si les patients sont déjà sous mesure de protection avant d'arriver à l'hôpital, dans une perspective d'une durée d'hospitalisation la plus courte possible, la désignation d'un mandataire hospitalier, finalement transitoire, et dont la nomination ne sera certainement pas immédiate, risque de causer plus de difficultés pratiques que résoudre les difficultés comme espéré. Au demeurant, l'interrogation proposée conduirait à une analyse chiffrée des cas de figure « problématiques » dont le nombre serait sans doute insuffisant pour justifier la création d'un service entier. La piste d'amélioration la plus efficace est peut-être de rechercher, dans une remontée d'information plus systématique, des difficultés auprès du juge des tutelles assurant le suivi qui dispose d'un pouvoir de remontée plus efficace auprès du MJPM (outre évidemment l'augmentation des crédits aux associations tutélaires par la DDETS pour l'embauche de délégués). En ce qui concerne le parquet de Melun, lorsque, lors de la visite annuelle, un patient en entretien, ou un médecin, fait part d'une difficulté dans une situation particulière, cela est systématiquement suivi d'un soit-transmis au juge des tutelles, même quand la demande du patient relève de ce qui n'est pas non plus forcément une demande raisonnée au regard de la situation de curatelle ou tutelle (ce qui peut aussi arriver compte-tenu justement de la situation de troubles du jugement du patient ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, rien n'étant par ailleurs indiqué sur l'installation d'un distributeur automatique de billets.

4.4 LES PATIENTS N'ONT NI GOUTER, NI TISANE LE SOIR

A l'exception de l'USM1 et, dans les autres unités, des patients en chambres « fermables », ou faisant l'objet d'une prescription médicale, les repas sont servis en réfectoire, à des créneaux plus ou moins fixes selon les unités : 12h30 pour le déjeuner ; entre 18h30 et 19h, selon les

unités, pour le dîner. Le cadre pour le petit-déjeuner est souple : il est possible de le prendre à compter de 8h15/8h30 (selon les unités) jusqu'au staff quotidien (9h30/9h45).

En raison de la pandémie, la salle d'activité de l'USM2 est utilisée en extension de réfectoire pour permettre aux patients de se placer en quinconce. A l'USM3, où un cluster s'est déclaré, la salle d'activité est également utilisée pour isoler, lors des repas, les patients positifs. D'une manière générale, sous réserve de respecter les consignes sanitaires, les patients peuvent s'asseoir où ils veulent.



Salle à manger de l'USM3



Salle à manger de l'USM2 ; coin petit-déjeuner ; annexe (salle d'activité transformée)

Les repas, livrés en liaison froide, sont réchauffés par les soignants et acheminés sur des chariots, dans de grands plats, avant d'être servis. Les régimes spécifiques font l'objet de plateaux séparés. Assiettes, couverts en inox et verres en verre sont fournis aux patients, invités à débarrasser leur table, après s'être restaurés.



A gauche : service à la louche ; à droite : régimes spécifiques

En revanche, quand les plats sont servis en chambre, les denrées sont mises dans des barquettes en plastique et les repas pris sur le lit ou sur un tabouret plastifié. Avant la crise sanitaire, les

patients de l'USM1 n'étaient pas contraints de manger ainsi seuls en chambre, les repas étaient (hors isolement) servis en réfectoire. Depuis, la pratique s'est installée jusqu'à intégrer les règles de vie, ce qui est regrettable.



Barquettes à destination des patients en chambres « fermables »

La restauration, relevant d'un marché d'approvisionnement alimentaire, tient compte des convictions philosophiques ou religieuses, des allergies et des régimes spécifiques prescrits, mais n'intègre pas les préférences et aversions. Certains patients ont indiqué avoir dû parfois dépasser leur aversion des abats pour se nourrir. Au-delà, la qualité gustative des plats servis ne fait pas l'objet de critiques véhémentes, si ce n'est la monotonie et le manque de certains produits (friture par exemple). Mais plusieurs patients, dont des mineurs, ont confié avoir faim (cf. § 9.2) et des soignants ont fait part de restrictions sur le pain : un seul morceau par patient.

Selon les propos recueillis, la composition des menus respecte les recommandations nutritionnelles du groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition (GEM-RCN). Néanmoins, il a été constaté que les mineurs ne font pas l'objet de grammages supplémentaires, contrairement à ce qui est pratiqué en pédiatrie. Surtout, le marché ne comporte pas, pour l'ensemble des patients, de collation l'après-midi, ni de tisane le soir comme usuel. Les soignants tentent de pallier ce manque en collationnant les restes des petits déjeuners et en utilisant la petite dotation « épicerie » qui leur est laissée pour proposer des boissons à 16 h ; certains prennent, en outre, sur leurs deniers personnels pour apporter des gâteaux aux patients, ce qui est louable, mais inacceptable, l'institution devant pourvoir aux besoins nutritionnels des patients.

Les patients ne peuvent conserver que des denrées non périssables en chambre. Aucun repas thérapeutique n'est prévu dans les unités.

RECOMMANDATION 19

Les patients hospitalisés en psychiatrie doivent recevoir une alimentation variée et suffisante, intégrant une collation l'après-midi, et tenant compte de leur âge, de leur état de santé et de leur condition physique, dans l'ambiance de partage et de convivialité que doit représenter un repas pour des patients.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « mise en place depuis juillet 2022 de collations d'après-midi pour l'ensemble des services d'hospitalisation ».

Les contrôleurs maintiennent en partie leur recommandation, la réponse apportée étant partielle (aucune précision n'est apportée sur les mineurs et sur la quantité des repas notamment).

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR N'EST PAS GARANTIE, Y COMPRIS POUR LES PATIENTS EN SOINS LIBRES

5.1.1 La sécurisation du site

L'accès aux unités de psychiatrie s'effectue par une porte unique, distincte de l'entrée principale de l'hôpital. Les professionnels disposant d'un badge peuvent toutefois circuler dans l'ensemble de l'établissement sans avoir à ressortir du bâtiment de psychiatrie.

L'entrée est équipée d'un système de doubles portes vitrées donnant de part et d'autre sur un sas, le contrôle des personnes et l'ouverture des portes étant assurés *via* un dispositif de visiophones géré depuis le bureau d'accueil et d'orientation (BAO). Bien que les pièces soient mitoyennes, il n'a pas été prévu d'ouverture entre le sas d'entrée et le BAO – qui ne dispose donc d'aucun visuel direct sur les entrées et les sorties. Il en résulte une attente parfois importante pour l'ouverture des portes et la nécessité, pour les agents du BAO, de se déplacer régulièrement dès lors qu'un patient se présente dans le sas sans autorisation de sortir.



Pôle de psychiatrie équipé de visiophones permettant de contrôler les entrées et les sorties

Il n'existe aucun dispositif de vidéo-surveillance au sein des unités ; une centaine de caméras permet, en revanche, de surveiller les abords de l'hôpital. Les images sont retransmises sur les écrans du poste central de sécurité. Trois agents de sécurité sont présents, 24h sur 24, avec le renfort d'un maître-chien la nuit.

En cas de fugue d'un patient, les agents du poste central de sécurité visionnent les images de vidéo-surveillance et, si besoin, effectuent une ronde sur le site du centre hospitalier. Lorsque le patient est retrouvé, un soignant de l'unité est requis pour venir le chercher et le raccompagner dans le service. Sinon, une déclaration de fugue est effectuée au commissariat de police.

Les agents de sécurité peuvent être amenés à intervenir dans les unités d'hospitalisation, en sus de l'équipe de renfort, à la demande des soignants. Sauf atteinte grave à la sécurité des soignants ou des patients, ils se tiennent généralement en retrait et n'ont jamais de contact physique avec les patients.

La sécurité incendie est assurée par l'existence de zones de compartimentage – correspondant aux zones de fermeture des unités – permettant de limiter la propagation du feu et de faciliter l'évacuation des personnes. Le CH dispose par ailleurs de 6000 alarmes incendie type 1. L'activation d'un détecteur, où qu'il se trouve dans l'hôpital, envoie un signal au poste central de sécurité et provoque, dans le même temps, l'ouverture automatique de toutes les portes de circulation de l'établissement, y compris celles du service de psychiatrie. Il a été fait part de

difficultés récurrentes dans le système qui occasionnent des ouvertures intempestives de portes donnant sur l'extérieur et favoriseraient les fugues de patients.

Une formation incendie est dispensée chaque année aux agents. Le poste central de sécurité n'étant pas informé du nombre de chambres fermables ou d'isolement occupées, il est indiqué qu'il est de la responsabilité des soignants de chaque unité d'évacuer les patients enfermés (cf. § 6.1).

5.1.2 La liberté de mouvements au sein de l'établissement

Le pôle de psychiatrie dispose en théorie de deux unités ouvertes, l'USM2 et l'USM3, et d'une unité fermée, l'USM1. L'ICND, spécialisé dans la prise en charge de la dépression et l'accueil des suicidants, n'accueille jamais de patients en soins sans consentement.

Selon le projet médical établi en 2017, l'unité intersectorielle fermée se proposait « *de réunir l'ensemble des chambres d'isolement (CSI) en une unité sécurisée de 20 lits* », l'hospitalisation étant « *exclusivement réservée aux patients hospitalisés sous contrainte* ». Quant aux deux unités ouvertes, de 32 lits chacune, elles avaient vocation à accueillir « *les patients dont l'état psychiatrique [était] compatible avec une structure ouverte* », quelles que soient les modalités de leur admission.

Lors de la visite, il a été observé que l'USM1, effectivement fermée, accueillait régulièrement des patients en soins libres et que les unités dites « *ouvertes* » étaient en réalité fermées, chaque sortie étant soumise à autorisation ou avis médicaux préalables.

Dans les faits, les patients en soins sans consentement ne peuvent sortir librement du bâtiment de psychiatrie, quand bien même leur état clinique le leur permettrait. Les autorités médicales et administratives considèrent en effet qu'une sortie, au sein même de l'enceinte du centre hospitalier, nécessite la demande et l'octroi préalable d'une permission de sortie accompagnée de douze heures – prévue par l'article L3211-11-1 du code de la santé publique. Cette pratique a été justifiée par la configuration du CH, ouvert sur la ville, et le risque de fugue de patients admis en SDT ou en SDRE.

RECOMMANDATION 20

Les demandes d'autorisation de sortie de moins de douze heures ne doivent pas être requises pour une sortie à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement. En tout état de cause, les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au statut juridique de l'admission en soins psychiatriques sans consentement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « *les patients en SDRE conservent la liberté d'aller et venir dans l'enceinte du pôle (salle famille, grand patio...) et même de quitter le service. L'interprétation retenue par l'établissement, est conforme aux modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 diffusées par le ministère, qui rappelle que la sortie d'une personne en hospitalisation complète dans le parc de l'établissement d'accueil est une décision à visée thérapeutique prise par le médecin qui suit le patient et qui peut prévoir l'intervention du personnel soignant. De telles sorties ne sont pas soumises à une autorisation administrative et ont lieu sous la responsabilité de l'établissement (cf. page 15 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Foire_aux_questions_-_reforme_des_soins_psychiatriques_-_janvier_2013*

Mise en place, en USM1, d'une sonnette extérieure au service, facilitant le retour de sortie des patients ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. Les contrôleurs ont constaté, lors de leur visite, que des autorisations de sortie étaient sollicitées pour circuler dans l'enceinte de l'hôpital. Aussi, il conviendrait que la direction indique clairement aux services, en particulier aux cadres et aux soignants, que ces autorisations ne doivent pas être demandées. La réponse prête, par ailleurs, à confusion puisqu'elle indique que la décision « *peut prévoir l'intervention du personnel soignant* » ce qui ne doit être aucunement le cas.

Les sorties des patients admis en soins libres sont elles aussi tributaires d'une autorisation, confusément qualifiée de « *permission* », accordée par le médecin de l'unité et tracée dans un registre conservé dans le poste de soins. Le patient qui souhaite quitter temporairement l'établissement – ou simplement sortir du pôle de psychiatrie – doit en informer son médecin psychiatre référent 24 heures à l'avance, la demande étant généralement formulée à l'occasion des visites médicales en chambre. Une réponse négative ou positive est donnée par le médecin qui, le cas échéant, signe le registre des permissions après y avoir mentionné la sortie, le créneau horaire autorisé et, parfois, l'accompagnement par un membre de la famille. Les refus de sorties ne sont pas tracés.

S'il est indiqué que les patients en soins libres sont généralement autorisés à quitter l'établissement, il ressort néanmoins des éléments recueillis sur place que plusieurs patients ne sont jamais autorisés à sortir « *pour leur protection* », au regard de leur état clinique, notamment lorsqu'ils sont « *délinquants ou sujets à des idées suicidaires* ». Il a également été indiqué que les sorties de certains patients pouvaient être limitées à quelques jours par semaine, alors que leur état clinique ne justifierait pas ces restrictions et que « *tout se passe toujours bien lors de leur sortie* ». Quant aux patients admis en soins libres à l'USM1, ils ne bénéficient jamais de sortie à l'extérieur ou dans l'enceinte du centre hospitalier.

Pour sortir du pôle de psychiatrie, les patients doivent obligatoirement se présenter bureau d'accueil et d'orientation – physiquement ou par visiophone – en charge du contrôle des entrées et sorties du bâtiment. Le BAO dispose d'un planning à fiches en T, quotidiennement mis à jour, comprenant l'identité des patients, leur unité et leur statut d'hospitalisation. Cependant, dès lors qu'un patient se présente pour sortir, l'agent en poste appelle systématiquement l'unité pour vérifier ce qui a été convenu avec le médecin.

Les « permissions » ne sont possibles qu'à partir de 10 heures ou 10h30, lorsque les visites médicales en chambre et la distribution des médicaments sont terminées.

RECOMMANDATION 21

Les patients admis en soins psychiatriques libres doivent pouvoir sortir et circuler librement. Ils ne doivent pas être hébergés dans une unité fermée.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « *compte-tenu de l'environnement très urbain du SANTEPOLE et du fait que la responsabilité médicale est engagée, les psychiatres souhaitent maintenir le contrôle des sorties des patients au niveau de la coordination, qui est l'entrée dédiée et commune à l'ensemble des services de psychiatrie. Il n'y a pas de patients admis en soins libres, hébergés en USM1. Il s'agit de patients nécessitant une*

admission en unité fermée en raison de leur état clinique, acté par un certificat médical de SPDTU, en attente de la régularisation de leur dossier administratif (identification et contact du tiers) ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui ne concerne pas uniquement l'USM1, les patients en soins psychiatriques libres doivent pouvoir sortir librement du service de psychiatrie.

Au sein même du pôle de psychiatrie, la liberté de mouvement des patients est fortement limitée. A l'USM1, sauf exception, les patients ne sont pas autorisés à circuler librement en dehors de leur unité et sont systématiquement accompagnés lors de leurs déplacements. Au jour de la visite, un seul patient est autorisé à passer la porte de l'unité pour se rendre dans les locaux communs situés au rez-de-chaussée du bâtiment.

Les portes de l'USM2 et de l'USM3 ont été ouvertes quelques jours avant la visite du CGLPL, permettant à l'ensemble des patients de circuler en dehors de leur unité.



Ouverture récente des portes de l'USM2 et de l'USM3 donnant sur le hall d'accueil

Il a cependant été indiqué que ces unités ont été fermées pendant deux ans – au niveau des zones de compartimentage – en raison de la crise sanitaire. De brèves périodes d'ouverture ont eu lieu mais elles n'ont jamais duré et le fonctionnement adopté pendant l'épidémie s'est progressivement banalisé, renforçant encore la fermeture du service.

Les portes des unités étaient ouvertes toute la journée au moment de la visite. En temps ordinaire (hors covid), elles sont fermées le matin, consacré aux visites médicales et à la délivrance des traitements, et ouvertes l'après-midi, de 13h à 18h.

Les patients ont accès aux locaux situés au rez-de-chaussée – certes peu nombreux et peu avenants – peuvent circuler dans le hall d'accueil et se rendre dans le patio central ou à la cafétéria. En revanche, l'accès à l'étage nécessitant un badge pour prendre l'ascenseur, ils ne peuvent aller librement, ni à la plateforme de réhabilitation psychosociale, ni à la salle d'audience en cas de convocation.

RECOMMANDATION 22

La dynamique engagée d'ouverture des portes doit se poursuivre et permettre, à terme, une circulation plus fluide dans l'ensemble du pôle de psychiatrie. En particulier, l'accès des patients aux services et infrastructures situés à l'étage (plateforme de réhabilitation psychosociale, bibliothèque, salles de sport, cafétéria générale, etc.) doit être facilité.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « les portes des unités ouvertes (USM2, USM3 et ICND) restent ouvertes, sauf pendant les visites médicales, 3 jours par semaine, entre 10h et 11h) ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation car aucune précision n'est apportée sur la liberté de circuler dans le service pour les patients de l'USM1 et l'accès des patients à l'étage qui nécessite un badge.

5.2 IL Y A PEU DE RESTRICTION DE LA VIE QUOTIDIENNE MAIS LES PATIENTS NE SONT PAS INCITES A S'HABILLER

D'une manière générale, peu de restrictions sont imposées aux patients dans leur vie quotidienne.

Les horaires de lever et de coucher, comme ceux des repas dans certaines unités, ne sont ni réglementés, ni imposés. Globalement, les soignants font preuve de souplesse, respectant le rythme de chacun, tout en incitant ceux qui en ont besoin à venir prendre un repas ou à s'adapter aux horaires de distribution des médicaments.

Les patients ont librement accès à leur chambre en journée. Le soir, les télévisions sont généralement éteintes vers 22h ou 23h, après le programme du soir, mais il peut y avoir des exceptions. Les patios sont ouverts toute la nuit, comme l'ont vérifié les contrôleurs lors d'une visite de nuit.

L'accès au tabac ne fait pas l'objet de restriction systématique, ni de difficulté particulière. Les patients sont invités à gérer eux-mêmes leur consommation et, sauf contre-indication médicale, ils disposent de leur tabac et leur briquet. Des briquets électroniques fixes sont installés dans chaque patio mais tous ne fonctionnent pas. Afin d'éviter les vols et de prévenir les pressions sur les plus vulnérables, le tabac est généralement conservé dans les casiers individuels des patients, les soignants leur remettant chaque matin le nombre de cigarettes dont ils ont besoin pour la journée – un paquet de cigarettes le plus souvent. A l'USM1, les soignants ont indiqué qu'ils accompagnaient les patients isolés pour fumer dans le patio ; néanmoins, lors de la visite, le patient détenu ne bénéficiait pas de cette prise en charge (cf. § 9.4). L'équipe mobile ELSA peut être sollicitée pour prendre en charge les patients qui souhaiteraient arrêter de fumer ou réduire leur consommation.

Une proportion très importante de patients porte le pyjama en intissé de l'hôpital.

A l'USM1, un protocole prévoit une mise en pyjama « stricte » systématique à l'arrivée d'un patient dans l'unité. Par la suite, au-delà de la période d'observation, la possibilité de s'habiller fait l'objet d'une décision médicale. Au jour de la visite, neuf patients étaient en pyjama sur décision médicale, celui-ci représentant pour certains professionnels une façon de signifier au patient son statut de personne hospitalisée.

RECOMMANDATION 23

Le port du pyjama doit répondre à des considérations cliniques individualisées et non relever d'un protocole applicable à tous systématiquement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « le port du pyjama est requis sur prescription médicale. Les recommandations de l'HAS concernant la mise en isolement d'un patient, sont respectées ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant en particulier apporté sur le protocole de l'USM1.

Dans les autres unités, l'imposition du pyjama est peu fréquente – en dehors des mises en chambres fermables. Pour autant, un nombre très important de patients porte un pyjama de l'hôpital, parfois en raison de leur situation d'incurie, le plus souvent à leur demande, parce qu'ils ne souhaitent pas porter leurs habits de ville, n'ont pas de vêtements propres ou peu de rechange. Aucune machine à laver n'est disponible dans les services (cf. § 4.2).

La mise à disposition de pyjamas est présentée comme un service de l'hôpital. Tous les matins, des pyjamas sont disposés sur un chariot et sont accessibles en libre-service à tous les patients qui le souhaitent. Ils sont lavés quotidiennement. Le port du pyjama est si banalisé qu'un aide-soignant lui-même, qui ne trouvait pas de pantalon à sa taille lors de sa prise de service, a revêtu un bas de pyjama de l'hôpital.



Patients circulant en pyjama, sans que celui-ci ne soit médicalement imposé



Chariot proposant des pyjamas en libre-service

5.3 LES CONDITIONS MATERIELLES PERMETTANT AUX PATIENTS DE PRESERVER LEURS LIENS EXTERIEURS NE SONT PAS SATISFAISANTES

5.3.1 Le téléphone

Par principe et sauf contre-indication médicale, les patients peuvent conserver leur téléphone portable et leur chargeur.

Au jour de la visite, plus de 90% des patients sont autorisés à garder leur téléphone personnel, à l'exception de l'USM1 où aucun d'entre eux ne peut en disposer librement. Dans cette unité, les patients qui ne font pas l'objet d'une interdiction de téléphone (trois au jour de la visite) sont contraints de déposer leur appareil au coffre et de solliciter les soignants pour le récupérer, le temps de l'appel.

Dans les faits, de nombreux patients ne détiennent pas de téléphone portable, soit pour des raisons personnelles (pathologie, pauvreté, âge, etc.), soit par crainte de vols au sein de l'unité.

A l'USM3, un téléphone fixe permet aux patients de passer et recevoir des appels, transmis depuis le poste de soins. La localisation de l'appareil, dans la salle de télévision et d'activités, n'offre toutefois aucune intimité et ne garantit pas la confidentialité des conversations.



Téléphone des patients à l'USM3

Les autres unités ne disposent pas de point-phone et les communications téléphoniques se tiennent dans le poste de soins, *via* le téléphone du service. Il a été constaté que l'accès à ces téléphones était restreint en fonction de la disponibilité des soignants et limité à certains horaires, voire à un seul appel par jour. Les patients n'ont par ailleurs pas la possibilité de s'isoler et d'échanger confidentiellement avec leurs proches.

RECOMMANDATION 24

Les patients doivent pouvoir téléphoner à leurs proches ou être appelés par ces derniers, souplement, dans des conditions satisfaisantes de confidentialité.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « des téléphones fixes sont mis à la disposition des patients sans garantir de façon satisfaisante la confidentialité des échanges. La mission d'étude confiée à un assistant à maîtrise d'ouvrage pour la réorganisation de la psychiatrie intégrera la demande de création de locaux dédiés à cette fonction ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de la mise en œuvre des améliorations envisagées.

5.3.2 Le courrier

Les patients peuvent envoyer et recevoir du courrier, sans contrôle par le personnel. Les colis sont néanmoins généralement ouverts en présence d'un soignant.

Du papier et des enveloppes sont fournis gracieusement aux patients qui le demandent. Le courrier départ est remis au bureau d'accueil et de coordination puis au vaguemestre du centre hospitalier qui se charge de l'affranchissement.

5.3.3 Les visites des familles

Au jour de la visite, 93% des patients sont autorisés à recevoir des visites – même si beaucoup sont esseulés en raison d'une situation sociale précaire ou de relations familiales complexes.

Les visites sont habituellement autorisées de 13h à 19h mais des dérogations peuvent être accordées aux familles qui le demandent, jusqu'à 20h. Sauf cas exceptionnel, les mineurs de moins de quinze ans ne sont pas autorisés à rendre visite à leur parent hospitalisé.

Avec la crise sanitaire, les visites ne sont autorisées que sur rendez-vous et leur durée a été limitée à une demi-heure par patient, jusqu'à 18h, à raison de deux familles en même temps. Ces restrictions ont été levées quelques jours avant la visite du CGLPL.

Les règles de vie des unités mentionnent que « *les visites ont lieu dans les salles familles à l'accueil de psychiatrie* » à l'USM1 et « *dans les salles familles à l'accueil de psychiatrie ainsi que dans le salon de télévision de l'unité* » à l'USM2 et à l'USM3.

En réalité, les familles n'accèdent jamais aux unités et les visites se tiennent toutes dans les locaux communs situés dans le hall d'accueil ou – pour certaines d'entre elles et lorsque le temps le permet – dans le patio central.

En outre, il n'existe aucun salon de visites ou espace prévu pour accueillir les familles au sein du pôle de psychiatrie. Les « *salles familles* » mentionnées dans les règles de vie correspondent en réalité, d'une part, à la salle d'attente de l'accueil et, d'autre part, à la cafétéria.



Salle d'attente et cafétéria faisant office de salons de visites des familles

Les visites se déroulent ainsi dans des conditions très insatisfaisantes, dans des pièces non conçues à cet effet, exiguës, dépourvues de toute convivialité et ne permettant pas de garantir la confidentialité des échanges, ni l'intimité des familles : présence simultanée de plusieurs visiteurs dans la salle d'attente, passages réguliers d'autres patients vers le distributeur de boissons et de friandises, localisation dans une zone de passage et parois vitrées, non occultées par un film opaque, donnant sur le couloir d'accueil.

RECOMMANDATION 25

Les conditions matérielles des visites doivent être améliorées afin de garantir des conditions d'accueil agréables et la confidentialité des échanges. Les visites en chambre ne doivent pas être systématiquement interdites.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « dès lors que les proches sont identifiés par les équipes soignantes, les visites en chambres sont autorisées. Les modalités d'utilisation privative des chambres doubles par patients feront l'objet de règles spécifiques.

Un salon d'accueil des familles est mis à disposition des visiteurs. L'intimité sera préservée par la pose d'un film occultant sur la baie vitrée donnant sur le couloir de liaison ».

Les contrôleurs maintiennent en partie leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date à laquelle les films occultants seront apposés.

5.3.4 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux

Contrairement à ce qui existe dans les services MCO de l'établissement, il n'est pas possible aux patients de psychiatrie de bénéficier d'une télévision en chambre. Chaque unité dispose d'une salle de télévision collective, rarement utilisée en journée, et particulièrement peu conviviale à l'USM1 et à l'USM2 où, de surcroît, le mobilier est soit insuffisant, soit défraîchi. Les télécommandes ne sont par ailleurs pas toujours accessibles.

Les rares patients qui disposent d'un téléphone portable, d'un ordinateur ou d'une tablette peuvent se connecter à Internet *via* le réseau wifi de l'établissement. Ce service est toutefois payant et nécessite l'achat de cartes en vente à l'atrium de l'hôpital, difficilement accessible aux patients en soins sans consentement (*cf.* § 4.3). Cette modalité est peu utilisée par les patients, d'autant que le réseau wifi est de mauvaise qualité dans le bâtiment de psychiatrie, situé à l'extrémité du centre hospitalier.

5.3.5 La confidentialité de l'hospitalisation

Le livret d'accueil comprend un formulaire de « *non-divulgence d'identité durant l'hospitalisation* » qui peut être renseigné par le patient qui souhaite que son identité ne soit révélée à aucune personne étrangère à l'établissement.

Lorsqu'un patient de psychiatrie demande la confidentialité de son hospitalisation – qui peut être complète ou à l'égard de certaines personnes uniquement – l'information est donnée au bureau d'accueil et d'orientation qui reçoit les visiteurs et les appels téléphoniques de l'extérieur. Celui-ci ne délivre alors aucune information quant à la présence ou non du patient dans le service.

5.4 L'ACCES AU VOTE N'EST PAS ORGANISE

La visite des contrôleurs est intervenue huit jours après les élections présidentielles. D'après les informations recueillies, une information a été donnée oralement environ trois jours avant le scrutin, dans certaines unités seulement, invitant les volontaires à se signaler. Cependant, aucune procédure n'a été établie pour permettre aux patients d'exercer effectivement leur droit de vote et personne n'a été en mesure de dénombrer les personnes ayant pu voter. En tout état de cause, si des patients en soins libres ont pu bénéficier d'une « *permission* » de sortir, il est établi qu'aucun patient en soins sans consentement n'a voté lors des élections présidentielles.

RECOMMANDATION 26

Les patients conservent les droits et devoirs inhérents à leur statut de citoyen. L'établissement doit leur garantir l'exercice effectif du droit de vote par tout moyen.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « *prise en charge de l'organisation par la direction générale* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation aucune précision n'étant apportée sur les modifications mises en œuvre.

5.5 SEUL LE CULTE CATHOLIQUE EST REPRESENTE

Bien que le livret d'accueil mentionne que « *les ministres du culte des différentes confessions sont à [...] disposition [des patients]* », seul l'aumônier catholique intervient régulièrement au centre hospitalier où il dispose d'un bureau et d'un lieu de culte.

L'aumônier se rend régulièrement dans le service de psychiatrie, pour rencontrer des patients « *au cours de simples visites amicales et humaines* » et répondre aux demandes individuelles d'entretiens. Sa présence a été qualifiée de « *bénéfique* » par plusieurs soignants.

Il a été indiqué qu'il n'était pas possible de répondre aux demandes de patients qui souhaiteraient rencontrer un aumônier représentant une autre religion. La directrice clientèle, référente « *respect des croyances et des convictions* » au sein de l'établissement, était absente lors de la visite et n'a pu être interrogée sur les démarches pro-actives éventuellement engagées pour permettre la venue de représentants d'autres cultes. Il est en tout état de cause nécessaire que l'établissement permette l'accès à d'autres cultes que celui catholique.

5.6 NE FAISANT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE, LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS N'EST ABORDEE QU'A L'AUNE DES RISQUES

Si pour certains soignants, la question de la vie affective et sexuelle des patients ne constitue pas un tabou, d'autres relèvent que les patients sont à l'hôpital et l'un d'eux précise qu'à sa connaissance, l'accès à des relations sexuelles n'est pas non plus organisé dans les services MCO de l'établissement. En l'absence de réflexion institutionnelle, le sujet n'est abordé entre soignants que dans le cadre de situations potentiellement problématiques, dans une logique de protection de patients vulnérables. Les relations sexuelles entre patients sont de fait empêchées.

La possibilité de recevoir dans sa chambre un partenaire – qu'il s'agisse d'un conjoint ou d'une relation née pendant l'hospitalisation – n'est pas envisagée, elle est même interdite. En effet, l'accès des proches dans les unités, *a fortiori* dans les chambres, n'est pas autorisé (sauf à l'ICND) et les règles de vie des autres unités précisent que « *la chambre est un espace individuel et privé [et qu'] elle ne doit pas être un lieu de regroupement entre patients* ». Si l'on ajoute à ces interdits que les chambres ne sont pas équipées de verrou de confort et que plusieurs d'entre elles sont à deux lits, la possibilité de recevoir un partenaire en toute intimité est inexistante.

Il n'existe pas d'actions d'éducation à la santé sexuelle. La question de la baisse de la libido liée à la prise de certains médicaments psychotropes est prise en compte si le patient en parle aux soignants, mais pas systématiquement abordée. Il a été précisé aux contrôleurs qu'une contraception était toujours proposée aux patientes lors de leur arrivée. Selon le profil de ces dernières, la pose d'un implant contraceptif peut être fortement encouragé. Par ailleurs, à l'annonce de la visite du CGLPL, l'USM3 a été dotée d'une boîte de préservatifs, hors de toute demande des soignants ni réflexion d'équipe, si bien que les soignants ne savaient qu'en faire.

RECOMMANDATION 27

Les patients privés de liberté conservent, au titre de leur droit à la vie privée, leur liberté sexuelle. Elle doit pouvoir s'exercer dans des lieux qui respectent l'intimité, qu'il s'agisse d'espaces d'hébergement personnel ou d'accueil des proches.

La vie affective et sexuelle des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et des formations doivent être proposées aux soignants à ce propos.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « *courant septembre, seront posés 88 verrous d'intimité dans les chambres de psychiatrie* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. Même si la pose de verrous de confort est à saluer, aucune précision n'est apportée sur la réflexion institutionnelle et les formations à mettre en œuvre sur le sujet de la vie affective et sexuelle.

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

6.1 LES LIEUX D'ISOLEMENT, TRES NOMBREUX, SONT INDIGNES ET UTILISES COMME DES CHAMBRES D'HOSPITALISATION

6.1.1 Le nombre de lieux d'isolement

La configuration architecturale et l'organisation des unités d'hospitalisation reflète une conception de l'isolement considéré comme une étape normale du parcours de soins et non une mesure de dernier recours.

Le pôle de psychiatrie dispose tout d'abord d'un nombre de chambres d'isolement (CI), appelées chambres de soins intensifs, très important, très supérieur à ce que l'on constate dans les établissements similaires. En effet, l'établissement distingue les chambres d'isolement de chambres dites « *fermables* ». Or les « *chambres fermables* » doivent être comptabilisées, au regard de leur aménagement (bloc WC lavabo en inox dans la pièce notamment), comme des chambres d'isolement. L'USM1 comprend dix-sept chambres dont huit CI, huit « *chambres fermables* » et une chambre « *tampon* » (ex-chambre double inutilisée) ; l'USM2 et l'USM3 comprennent chacune deux chambres fermables et trente lits et l'ICND comprend deux chambres d'isolement qui constituent le « *module adolescent* » (cf. § 9.2). Ces chambres (d'isolement et « *fermables* ») sont comptabilisées comme chambres d'hospitalisation (cf. § 2.1.2).

Le service dispose donc de vingt-deux lieux d'isolements (dix CI et douze « *chambres fermables* ») soit un quart de la capacité globale. A cet égard, l'USM1 peut être considérée comme un grand espace d'isolement puisqu'il ne comporte que des chambres aménagées à cet effet. Les patients, y compris les mineurs (cf. § 9.2), sont hébergés dans les CI et les « *chambres fermables* », utilisées comme des chambres hôtelières.

Le patient placé à l'isolement ne conserve pas sa chambre hôtelière.

Aucun espace d'apaisement n'existe même si la médecin cheffe de pôle porte un projet d'espace d'apaisement à l'USM1, qui se heurterait à des résistances administratives.

RECOMMANDATION 28

Les patients ne peuvent être hébergés dans les chambres d'isolement et les chambres fermables, qui ne doivent pas être considérées comme des chambres hôtelières. Le patient doit conserver sa chambre hôtelière lorsqu'il est placé à l'isolement.

L'établissement doit engager sans délai une réflexion visant à réduire le nombre de lieux d'isolement et à aménager des espaces d'apaisement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « *compte tenu du nombre de lits d'hospitalisation complète de psychiatrie et du flux de patient, l'établissement n'est pas en mesure de réserver, à tout patient placé en isolement, une chambre normale dès son entrée en isolement. Néanmoins, l'attribution d'une chambre ordinaire est possible, dans l'immense majorité des cas, sous 1 à 2 heures, après la levée d'isolement. Les besoins du projet médical de pôle, en lieux d'isolement sont ramenés de 23 à 14. La transformation des locaux fera l'objet d'une inscription prioritaire au plan d'investissement 2023 Une mission sera confiée fin 2022, à un assistant à maîtrise d'ouvrage* ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation. Ils rappellent qu'aux termes de l'instruction de la DGOS en date du 29 mars 2022 : « *La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment. Il retourne dans sa chambre dès l'amélioration de son état clinique. Les chambres d'isolement ne doivent pas être comptabilisées dans les capacités d'hospitalisation de l'établissement pour le calcul des taux d'occupation de ses lits* ». Enfin, aucune réponse n'est apportée à la recommandation qui est de ne pas comptabiliser les chambres d'isolement dans la capacité du service. Ils considèrent que le nombre de chambres d'isolement est encore trop élevé dans le projet.

6.1.2 L'équipement des lieux d'isolement

Malgré leur construction récente, les chambres d'isolement (dont les « *fermables* ») sont indignes : la personne ne peut appeler les soignants faute de bouton d'appel (malgré la recommandation de la CDSP de 2019 et renouvelée en 2021), elle ne peut ouvrir la fenêtre pour aérer la pièce, elle ne peut fermer elle-même les volets, éteindre ou allumer la lumière, elle a parfois froid faute de chauffage suffisant, dans les « *chambres fermables* » elle n'a pas accès à une horloge lui permettant de se repérer dans le temps ; sa dignité et son intimité ne sont pas respectées car les toilettes sont visibles du fenestron. Les chambres ne disposent pas de patères, dans certaines, les placards sont cassés, ce qui oblige la personne à mettre ses affaires par terre. Il n'y a pas de miroir pour se voir.

Les portes des chambres (d'isolement et « *fermables* ») donnant sur le couloir sont percées d'un fenestron occultable par un panneau de bois ouvrable par tout un chacun. Pendant la visite des contrôleurs, ces panneaux ont été équipés en urgence de serrures dont les clés sont restées en possession des soignants.

A l'USM1, les CI, au nombre de huit, sont organisées en quatre binômes chacun avec un sas desservant deux chambres dans lequel sont installés les commandes de l'éclairage plafonnier, des volets roulants et de l'eau, une horloge visible des deux chambres par le fenestron des portes, deux placards équipés de serrures à codes (inutilisables soit par oubli des codes soit par détérioration), une salle de douche sans flexible et sans équipement pour garder les effets personnels au sec et ne disposant pas de barres anti-suicide. Le mobilier se réduit à un matelas « *Cumbria* » équipé de sangles pour les contentions, parfois un cylindre pour prendre les repas. Une porte fenêtre donnant sur le patio est opacifiée par un film ce qui réduit l'éclairage naturel. Selon les soignants, il peut y faire très froid en hiver et à l'intersaison.

Aucun bouton d'appel n'est installé bien que l'éloignement des CI du poste de soins ne facilite pas la surveillance rapprochée et les contrôleurs ont pu constater que seul le tambourinement des patients contre les portes leur permettait d'appeler les soignants.



CI de l'USM1

Les chambres comprennent un bloc WC/ lavabo en inox avec du papier hygiénique, visible du fenestron non occultable. La chasse d'eau, non actionnable librement par le patient, ne fonctionne pas dans toutes les CI.



Bloc WC/lavabo d'une CI de l'USM1



Douche d'une CI de l'USM1

Les huit autres chambres individuelles dites « *fermables* » sont également consacrées à l'isolement, plutôt sur le mode séquentiel avec des créneaux horaires d'ouverture et de fermeture, et ne comportent pas de sas. Comme dans les CI, les patients n'ont accès à aucune commande d'éclairage, de fermeture/ouverture des volets, et ne peuvent ouvrir la fenêtre dont la poignée est située à l'extérieur (cf. photo). Les commandes, y compris l'accès à l'eau, sont installées à l'extérieur de la chambre dans le couloir et sont régies par les soignants. Un film n'opacifie que partiellement les fenêtres, ce qui ne garantit pas l'intimité du patient, puisque

l'espace extérieur sur lequel elles donnent est accessible à tout un chacun. Les portes des chambres sont dépourvues de verrous de confort.

Le mobilier se résume à un lit dont le sommier est fixé au sol, une table fixée au sol et une chaise en plastique, sans table de chevet, ni liseuse, ni porte-manteau. Un placard inséré dans le mur est destiné au rangement des affaires des patients mais sa fermeture à code connaît la même difficulté que celle des CI.



USM1 : chambre fermable, vue du fenestron



USM 1 : Fenêtre d'une chambre « fermable »

Les sanitaires sont composés d'un bloc WC / lavabo en inox installé au milieu de la chambre, entouré de paravents fixés au sol qui ne protègent pas des regards extérieurs depuis le fenestron ou la fenêtre. Un local de douche est attaché à chaque chambre, sans verrou de confort ni patère pour disposer au sec une serviette de toilette et des vêtements. L'éclairage est à détection de mouvement, ce qui interdit de profiter d'une douche sans bouger. Aucun miroir n'équipe les chambres. Aucune sonnette d'alarme n'est installée dans ces chambres ce qui nécessite, comme pour les CI, le recours au tambourinement ou aux cris pour interpeller les soignants.

L'USM2 et l'USM3 comptent chacune deux chambres fermables dépourvues de sas et utilisées pour l'isolement ou l'hébergement des mineurs (cf. § 9.2). Le fenestron sur la porte offre une vue directe sur les sanitaires, il peut être fermé à clé comme à l'USM2 et son ouverture toutes les deux heures la nuit réveille les patients ou bien laissé ouvert comme à l'USM3, offrant à la vue des passants dans le couloir les patients isolés, y compris lorsqu'ils sont aux toilettes.



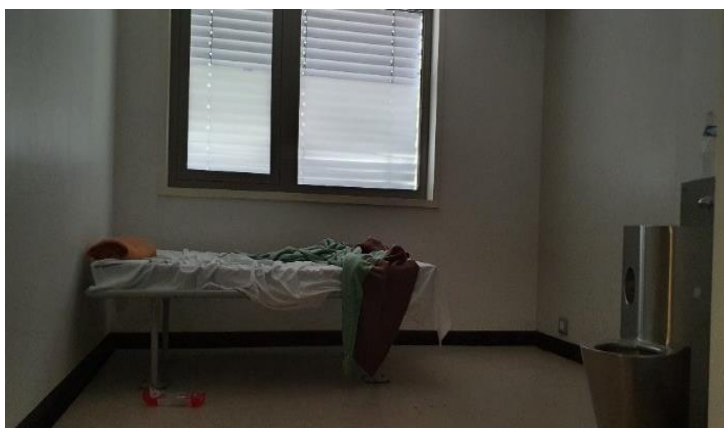
Portes des « chambres fermables » avec fenestron



La chambre vue à travers le fenestron

Le mobilier de ces chambres comporte un lit scellé au sol, un inconfortable matelas recouvert de plastique propice aux dorsalgies, un cylindre « *Cumbria* » pour deux chambres servant de table pour les repas, une couverture, un ensemble WC/lavabo en inox et un placard qui ne s'ouvre pas. A l'USM3, lors de la visite, l'une des chasses d'eau des ne fonctionnait pas. L'espace WC-douche attenant est fermé à clefs.

Lorsqu'ils sont autorisés à les conserver, les patients sont contraints de poser leurs vêtements ou effets personnels à même le sol.



« Chambre fermable » de l'USM3



Affaires du patient déposées à même le sol dans des sacs en plastique

L'espace douche, accessible uniquement en présence de soignants, n'est équipé d'aucun accessoire pour poser les vêtements. Il n'y a pas d'horloge, pas de bouton d'appel. Les volets, l'éclairage et l'arrivée d'eau au lavabo sont actionnés depuis l'extérieur de la chambre. Les fenêtres ne peuvent s'ouvrir. Il est fait état de dysfonctionnements récurrents du chauffage dans les chambres fermables et du froid parfois intense qui y règne.

RECOMMANDATION 29

Les chambres d'isolement, dont les « *chambres fermables* », doivent être immédiatement et entièrement restructurées afin d'assurer la confidentialité des soins, préserver l'intimité des patients, et garantir à ces derniers des conditions de prise en charge respectueuses de leur dignité et garantissant leur sécurité.

Elles doivent comprendre un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention et une horloge horodatée permettant de se repérer dans le temps. Le patient doit pouvoir voir l'extérieur depuis la fenêtre et l'ouvrir pour aérer la pièce. Il doit également pouvoir librement avoir accès à l'eau, actionner la chasse d'eau, ouvrir et fermer les volets, allumer ou éteindre la lumière et disposer d'un placard pour pouvoir entreposer ses affaires.

Des réparations immédiates doivent être réalisées pour que le patient puisse correctement se chauffer et pour que l'ensemble des chasses d'eau fonctionnent.

Les fenestrons et fenêtres qui permettent une vue directe sur le lit du patient et les WC doivent être occultés.

L'espace sanitaire doit être muni de barres anti-suicide et d'un miroir sécurisé.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « l'accès aux chasses d'eau, par le patient, est effectif, suite à un nouveau paramétrage des équipements. Les fenestrons ont été occultés afin de garantir le respect de la dignité des patients. Plusieurs solutions d'appel malade (par dispositifs fixes ou portables) sont à l'étude. Une cartographie des températures dans les locaux de psychiatrie a été confiée à la société en charge de la maintenance (CIEC) et des ajustements correctifs seront opérés. La remise en état des placards est en cours, avec installation de cadenas. Une étude sera confiée à un assistant à maîtrise d'ouvrage. La réalisation des travaux correspondants sera intégrée dans le plan d'investissement 2023 ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation partiellement prise en compte et prennent acte de l'engagement de l'établissement à réaliser des travaux à court délai.

6.1.3 La prise en charge

A l'USM1, la mise en pyjama est systématique, sans sous vêtement et pour une durée non précisée (cf. recommandation §5.2). Elle n'est levée que sur décision médicale. Au moment du contrôle, un patient présent dans l'unité depuis deux semaines, non enfermé dans sa chambre, portait encore un pyjama en précisant bien que cela lui était imposé. Dans les CI de cette unité, les patients ne disposent d'aucun effet personnel et n'ont accès à aucune distraction, aucune télévision n'est installée dans les chambres. Les soignants les accompagnent plusieurs fois par jour dans le patio pour fumer. Les patients ne disposent pas de draps, seulement de deux couvertures.

A l'USM2 les patients placés en chambre d'isolement à leur arrivée se voient systématiquement imposer le port d'un pyjama et le retrait de leur téléphone portable pendant 24 heures.

A l'USM3, les draps sont donnés ou retirés sur prescription médicale.

RECOMMANDATION 30

Le retrait des draps doit répondre à des considérations cliniques individualisées et non relever d'un protocole applicable à tous systématiquement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « le retrait des draps fait l'objet d'une prescription médicale ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation faute de précision supplémentaire.

Les patients prennent leur repas dans l'espace d'isolement, assis sur leur lit avec parfois un cylindre « *Cumbria* » pour poser leur plateau. Des couverts en plastique ou en bois sans couteau leur sont fournis, la nourriture est servie dans des barquettes en plastique. Un ou deux soignants par couloir surveillent le déroulement du repas par le hublot de la porte.

Les patients contentonnés sont détachés d'une ou deux mains pour les repas. Il leur est proposé l'urinal ou le bassin pour faire leurs besoins et, s'ils ne sont pas trop agités, ils peuvent utiliser les toilettes. De même, pour se laver, ils sont déliés d'une main ou deux qu'ils peuvent tremper dans une cuvette ou accéder à la douche. Après les repas, les IDE procèdent à une mobilisation du corps, membre par membre.

Tous les patients de l'USM1 font l'objet de prescriptions de médicaments psychotropes administrables si besoin per os ou par voie injectable sans qu'il ait été possible de connaître la fréquence du recours à ces traitements (cf. recommandation § 8.4.).

6.1.4 La surveillance

Le rythme de la surveillance des paramètres vitaux et les critères cliniques à surveiller (fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle, température, urines etc.) sont prescrits par les psychiatres et les constats tracés sur le dossier informatisé du patient. En revanche, la fréquence de la surveillance de l'état psychique du patient n'est pas toujours décidée par le médecin et laissée à l'appréciation des infirmiers.

Le système de surveillance ne prévoit pas d'alerte au cas où la surveillance ne serait pas renseignée par l'infirmier.

A l'USM1, les soignants se déplacent dans les chambres et regardent à travers les œillets ou fenestrons. Il n'y a pas de vidéo surveillance.

En ce qui concerne les contentions, la surveillance des IDE s'effectue toutes les heures. Les patients attachés ne sont pas toujours sédatisés ou pas suffisamment¹⁰. Un traitement anticoagulant est instauré. Le patient est installé allongé avec une couverture sur le matelas et une autre sous le cou, la tête légèrement surélevée.

Au mépris des règles de sécurité, le service de sécurité incendie de l'établissement n'est pas du tout informé de l'isolement et de la contention des patients et des chambres, CI ou chambres fermables, où ils se trouvent.

RECOMMANDATION 31

Le service de sécurité incendie de l'établissement doit être systématiquement avisé de toute mise en isolement et contention et informé des chambres où se trouvent les patients.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « septembre 2022 : mise à disposition du PCS, via un dossier partagé mis à jour en temps réel, de la liste des chambres d'isolement qui sont occupées ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et ***considèrent la recommandation prise en compte.***

6.2 LES MESURES D'ISOLEMENT SONT IMPORTANTES ET LEURS ALTERNATIVES NE SONT PAS RECHERCHEES

6.2.1 Le traçage des mesures

Il apparaît que l'isolement est considéré comme un soin, beaucoup, psychiatres comme infirmiers, en parlent comme des prescriptions et non comme des décisions.

Dans les unités, les décisions d'isolement et de contention sont en principe prises par les psychiatres et reportées sur le logiciel « *Sillage*® », ce qui n'est pas toujours le cas.

¹⁰ Contrairement aux recommandations de bonne pratique clinique sur la « *prise en charge du patient adulte à présentation psychiatriques dans les structures d'urgences* » émises le 31 mars 2021 par la Société Française de Médecine d'Urgence.

Le logiciel a été configuré de telle sorte qu'il ne permet que de saisir des durées minimales de 24 heures et aucunement des durées inférieures.

De plus, tous les isolements et les contentions ne sont pas tracés. Lors du contrôle, un mineur de 15 ans était attaché depuis la nuit précédente pour avoir détérioré une chambre d'isolement, sans traçage ni de l'isolement ni de la contention. Les décisions de contention prises aux urgences ne sont pas toujours tracées quand bien même les patients y sont attachés sur un brancard avant d'arriver dans le service USM1 (cf. recommandation § 3.1).

Enfin, à l'USM1, passés les premiers jours, les isolements se déroulent la plupart du temps sur un mode séquentiel sans aucun traçage sur le logiciel « Sillage® », et ce à l'appréciation non seulement du psychiatre mais aussi des soignants qui disposent d'une grande latitude dans ce domaine : le patient est isolé mais les infirmiers peuvent décider de le faire sortir 1 heure sans que la mesure ne soit levée ou, à l'inverse, ils peuvent refermer la chambre à leur initiative. De plus, il est apparu, dans certains cas, que la décision d'isolement était insuffisamment motivée.

RECOMMANDATION 32

L'isolement et la contention sont des mesures de dernier recours, encadrées strictement par la loi dans leurs objectifs, leur durée et leur contrôle. Il s'agit de décisions médicales qui ouvrent des voies de recours à ceux qui en font l'objet. Aussi, tout isolement et toute contention doivent être tracés et la mesure, qui doit être motivée, doit être levée quand le patient peut sortir de sa chambre. Le logiciel de saisie de ces mesures doit être reconfiguré de manière à permettre de saisir des durées d'isolement inférieures à 24h.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « la solution passe par l'intégration des durées réelles d'isolement et de contention dans le DPI Sillage module psychiatrie, dont le déploiement est en cours. La formation du groupe utilisateurs chargé du paramétrage du module psychiatrie est programmée pour les 14 et 15 septembre 2022. La mise en œuvre du DPI est programmée pour le 28 novembre 2022. La mise à jour de la version du DPI permettant la saisie de durées inférieures à 24h est annoncée par le SIB pour avril 2023 ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente des évolutions engagées et toujours en cours.

6.2.2 Le nombre de mesures

Les extraits des rapports d'activité font état des chiffres suivants :

Extrait des rapports d'activité du pôle psychiatrie : ISOLEMENT

Années	2020	2021
Nombre de patients	370	320
Nombre de mesures	5998	3910

Extrait des rapports d'activité du pôle psychiatrie : CONTENTION

Années	2020	2021
Nombre de patients	62	43

Nombre de mesures	140	66
--------------------------	-----	----

Selon les informations transmises par le DIM, 2945 mesures d'isolement ont été prises en 2020 et 4151 en 2021, parfois avec une contention associée, un même patient pouvant être concerné par plusieurs mesures.

Entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2021, 433 patients majeurs ont fait l'objet de mesures d'isolement et 77 de contention, soit au total 510 personnes. Pour la même période, 915 patients ont été admis en SSC, soit 56% qui ont fait l'objet d'une mesure d'isolement-contention (47,5 % d'isolement et 8,5% d'isolement avec contention), proportion particulièrement importante.

*Effectifs de patients admis en SSC et pourcentages
sur le nombre total d'admissions en hospitalisation complète*

	2020	2021
SDD	343 soit 28,5%	338 soit 26%
SDRE	115 soit 9,5%	119 soit 9%
TOTAL	458 soit 38,0%	457 soit 35%

*Nombre de patients en fonction des durées d'isolement enregistrées pour chaque patient
du 01 janvier 2020 au 31 décembre 2021*

Durée d'isolement en heures	Effectifs de patients	Pourcentages sur 471
Inférieure à 24 h	7	1,7 %
≥ 24 h et inférieure à 96 h	118	25,0 %
≥ 96 h et inférieure à 200 h	121	25,0 %
≥ 200h et inférieure à 500 h	149	31,8 %
≥ 500h et inférieure à 1000 h	42	9,0 %
≥ 1000 h et < à 2000 h	23	5,0 %
≥ 2000 h et < à 3000 h	8	1,9 %
≥ 3000 h et <à 4000 h	2	0,4 %
≥ 4000 h	1	0,2 %
Total patients	471	100

La différence entre le nombre de patients ayant réellement fait l'objet d'une décision d'isolement incluant la contention (510) et ceux apparaissant dans le tableau est liée au fait que, pour certains, aucune durée n'est enregistrée car la fin de l'isolement n'est pas retracée dans le logiciel Sillage.

Au cours des années 2020 et 2021, selon les chiffres du DIM, 933 mesures d'isolement et 163 mesures de contention en espace dédié ont été décidées pour des patients majeurs. Aucune n'a été enregistrée dans un autre espace.

Seuls 9% des patients ont fait l'objet d'une seule mesure, 50% ont connu entre 2 et 9 mesures, 37,6% entre 10 et 59 mesures et 3,4% plus de 60 mesures.

En ce qui concerne la contention, sur cette même période, trois patients ont connu dix mesures ou plus, cinq entre cinq et neuf, 22 entre deux et quatre et 47 une seule. 136 des 163 mesures ordonnées sont égales à 24 heures soit 83%.

Il y a donc une différence entre les chiffres du DIM et ceux extraits du rapport d'activité du pôle de psychiatrie (cf. tableau ci-dessus).

6.2.3 Les pratiques

Les décisions prises par les médecins associés ne sont pas confirmées dans l'heure par un médecin titulaire après un examen en présence du patient.

RECOMMANDATION 33

Les mesures de placement en isolement ou contention prises par des médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice doivent être validées dans l'heure par un médecin titulaire, après examen du patient.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « la confirmation est faite, dans l'heure, par le médecin titulaire et est rappelé aux médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice, la nécessité d'en faire mention, dans le DPI ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et **considèrent la recommandation prise en compte.**

L'examen somatique n'est pas par ailleurs réalisé systématiquement alors même que l'isolement et la contention d'un patient peuvent engendrer des risques physiques. En effet, les médecins généralistes n'interviennent pas dans les chambres d'isolement et ne voient les patients que sur signalement des soignants. Ils prennent connaissance du dossier, des résultats du bilan para clinique et n'examinent les patients qu'en cas d'anomalies ou de symptômes. Ils sont présents du lundi au vendredi mais ni les week-ends ni les jours fériés.

RECOMMANDATION 34

Tout patient doit être examiné par un médecin généraliste lors du placement en isolement ou de la mise sous contention.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « c'est systématiquement le cas, lorsque le patient arrive via la PUL. L'obligation d'un examen somatique sera rappelée par le chef de pôle de psychiatrie en CME ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et **considèrent la recommandation prise en compte.**

Aucun débriefing systématique tracé n'est réalisé avec le patient après son séjour en chambre d'isolement.

RECOMMANDATION 35

Chaque mesure d'isolement ou de contention doit faire l'objet d'une analyse partagée pluridisciplinaire avec le patient à l'issue de la mesure, tracée dans le dossier médical.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « cet objectif sera rappelé à la communauté des équipes soignantes. Un document de recueil du vécu de l'isolement et des contentions sera remis au patient et complété lors d'un entretien avec un IDE et/ou un psychologue, en USM1, en décembre 2022 ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de la mise en œuvre des actions indiquées.

Aucune alternative à l'isolement ne semble recherchée et en tout état de cause démontrée et tracée dans le dossier médical. Les soignants sont insuffisamment formés à la gestion de la crise, aux techniques de désescalade, aux alternatives à mettre en place et ce phénomène est accru par la spécialisation accordée de fait à l'USM1 (cf. recommandation § 2.3.2).

RECOMMANDATION 36

Des actions pour limiter le recours à l'isolement et à la contention et proposer des méthodes alternatives doivent être mises en œuvre dans les meilleurs délais.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « supervision pour soignants prévue au 3^{ème} trimestre 2022. Questionnaire au patient sur son vécu de l'isolement prévu pour septembre 2022. Création en USM1 d'une chambre d'apaisement prévu pour 2023 ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de la mise en œuvre des actions indiquées.

Depuis janvier 2022 un nouveau protocole concernant la mise en isolement a été instauré et transmis aux services afin de mettre en œuvre les dispositions issues de la nouvelle loi (cf. § 7.4).

6.3 LE REGISTRE EST INEXPLOITABLE ET NE PERMET PAS UNE ANALYSE DES PRATIQUES

L'établissement dispose d'un registre mais qui est difficilement exploitable et ne fait pas l'objet d'une analyse qualitative et d'une réflexion institutionnelle permettant un retour sur les pratiques.

Le registre est difficilement exploitable, d'une part parce que le logiciel ne permet pas de saisir des durées inférieures à 24h (même si la durée des isolements peut être connue), d'autre part parce que des mesures d'isolement ne sont pas tracées (cf. § 6.2.1.), enfin parce que des isolements séquentiels sont pratiqués sans que la mesure ne soit levée. Dans ce contexte, il est difficile pour l'établissement d'avoir une vision objective du nombre des isolements pratiqués et de leurs durées.

Le médecin directeur de l'information médicale (DIM) procède à l'analyse des données concernant l'isolement et la contention rentrées par les psychiatres dans le logiciel « Sillage® » en distinguant les espaces où ils se déroulent. Ce fichier est ensuite adressé à l'agence technique pour l'information hospitalière. Pour le DIM, il est possible de connaître pour chaque patient le nombre et la durée des mesures d'isolement et de contention.

Dans les rapports « *isolement-contention* » du pôle, seuls figurent le nombre de mesures et le nombre de patients distincts en ayant fait l'objet, sans corrélation avec les chiffres fournis par le DIM. Si dans celui de 2020, il est envisagé de proposer une supervision aux soignants pour faire évoluer les pratiques et un questionnaire au patient sur le vécu de son isolement, rédigé et présenté en annexe dudit rapport, au moment du contrôle aucune de ces mesures n'avaient été mises en place.

RECOMMANDATION 37

L'établissement doit disposer d'un registre fiable sur les mesures d'isolement et de contention notamment en veillant au traçage des interruptions et reprises, registre qui doit être analysé régulièrement par les soignants en vue de réduire ces pratiques.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « analyse systématique de ces données lors des réunions mensuelles du trio de pôle ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, la réponse apportée étant trop imprécise.

La CDSP avait dès 2020 fait des recommandations (absence de bouton d'appel, mesures d'isolement très importantes, registre inexploitable, etc.) qui n'ont pas été prises en compte par l'établissement (cf. recommandation § 7.1).

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 BIEN QU'INCOMPLETE, LA CDSP EST ACTIVE MAIS LES DYSFONCTIONNEMENTS QU'ELLE RELEVÉ NE SONT PAS PRIS EN COMPTE PAR L'ETABLISSEMENT

La Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de la Seine-et-Marne, est actuellement composée de quatre membres uniquement en raison de la difficulté de trouver un second psychiatre disponible et volontaire. Les dispositions de l'article L.3223-2 CSP ne sont donc pas respectées. La présidence est actuellement occupée par un représentant de l'UNAFAM.

Selon les informations recueillies, la CDSP souffrirait depuis plusieurs années d'un défaut d'accompagnement de la part de l'ARS. En effet, l'ARS n'assure plus le secrétariat de la CDSP et n'organise plus aucune réunion depuis 2019, faisant ainsi reposer l'organisation des activités de la CDSP sur ses seuls membres qui ne perçoivent d'ailleurs plus d'indemnités depuis 2017. Aussi, lors de la dernière visite du GHSIF le 28 avril 2021, deux représentants de l'ARS étaient présents pour la première fois depuis plusieurs années mais n'ont participé que partiellement à celle-ci. Le rôle et les coordonnées de la CDSP sont affichés dans les unités.

La CDSP procède à des visites annuelles de l'établissement, mais elle n'a pu le faire en 2020 en raison de la pandémie, aux cours desquelles elle rencontre les patients et produit des rapports annuels, les derniers en date du 4 février 2019 et du 8 avril 2021. Aux termes de ces rapports et de l'avis du président de la CDSP avec lequel s'est entretenue l'équipe de contrôle, plusieurs dysfonctionnements ont été relevés, dysfonctionnements d'ailleurs partagés par le CGLPL à l'issue de sa visite. En effet, le choix de la mise en place d'une unité fermée composée uniquement de chambres d'isolement est questionné par la CDSP qui y voit une approche surtout sécuritaire plutôt qu'orientée vers les soins des patients. De plus, un certain nombre d'éléments matériels ont été relevés par la CDSP tels que l'absence de bouton d'appel (pour laquelle elle a fait une recommandation) et d'horloge dans les chambres d'isolement (dès 2019), l'impossibilité pour les patients de fermer leur porte de l'intérieur, l'indignité de la disposition des toilettes dans la chambre exposant le patient à la vue de tous ou encore l'absence d'abris dans les patios.

S'agissant plus particulièrement de l'isolement et de la contention, la CDSP constate la quasi-impossibilité de contrôler le recours à ces mesures du fait de la manière dont est structuré et présenté le registre. Aussi, jusqu'à 2020, aucun rapport statistique sur le recours à l'isolement et la contention n'était établi. L'unique rapport présenté depuis consiste en une brève présentation PowerPoint incomplète qui ne permet pas une analyse statistique et qualitative du recours à ces mesures. Toutefois, la CDSP souligne que les quelques chiffres obtenus, notamment pour 2019, font apparaître un nombre très élevé de mesures, dans des proportions supérieures aux autres établissements. Cette situation conduit la CDSP à s'interroger sur les alternatives mises en place pour l'éviter, dénonce un quasi-systématisme de la mise en isolement pour les patients en SSC, s'inquiète de l'augmentation des patients en SSC mis en contention.

La CDSP, à l'instar du CGLPL, dénonce également des restrictions d'aller et venir des patients en soins libres ainsi que la prise en charge inadéquate des mineurs au sein d'unités composées de patients majeurs.

Dès 2019, la CDSP a rappelé que les CI ne pouvaient être comptabilisées comme des chambres d'hospitalisation, a indiqué que les patios étaient dépourvus d'abri permettant aux patients de s'abriter de la pluie ou du soleil, s'est interrogée sur le peu d'activités proposés à l'USM1 mais ses alertes n'ont pas été prises en compte puisque le présent rapport dresse les mêmes constats.

RECOMMANDATION 38

La commission départementale des soins psychiatriques doit être composée conformément aux dispositions légales et bénéficier des moyens prévus par les textes, dont le secrétariat assuré par l'ARS.

RECOMMANDATION 39

Les recommandations et les alertes qu'elle (CDSP) formule dans ses rapports doivent être prises en compte par l'établissement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « l'établissement s'attachera à mieux prendre en compte les recommandations de la CDSP ».

Dans ses observations du 29 mars 2023, la directrice de l'ARS Ile-de-France indique : « Les actions 8.2 et 8.3 du PTSM de Seine-et-Marne visent à diffuser les supports existants en matière de promotion des droits des usagers en santé mentale, à promouvoir le rôle et les missions des commissions des usagers (CDU) et mobiliser des pairs aidants pour faciliter l'expression des plaintes. Dans le cadre des travaux du contrat territorial de santé mentale (CTSM), ces deux actions ont été identifiées comme prioritaires par la zone Ouest du département (GHSIF) et sont en cours de déploiement par des professionnels seine-et-marnais volontaires, issus du secteur de la santé mentale.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation.

7.2 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT ASSOCIES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

7.2.1 La commission des usagers

La composition de la commission des usagers (CDU), détaillée dans le livret d'accueil, comprend notamment, outre la présidente, un médiateur médical, un médiateur non médical, deux représentants des usagers (UDAF 77 et Union française des diabétiques 77), un membre de la CME, un représentant du conseil de surveillance, un représentant de la commission des soins et un représentant du personnel.

Aux termes du dernier bilan d'activité 2021 de la CDU et d'un entretien mené avec une des représentantes des usagers, il apparaît que la CDU est active et se réunit à intervalle régulier, au minimum quatre fois par an (cinq fois en 2021). De manière générale, la CDU est également pleinement associée à la vie de l'établissement.

S'agissant plus spécifiquement du pôle de psychiatrie, la CDU n'a reçu que très peu de plaintes de la part des usagers. Selon la représentante des usagers interrogée, qui est également déléguée à la psychiatrie, cela n'est pas représentatif des difficultés rencontrées par les patients et ces chiffres s'expliquent notamment par la difficulté pour certains patients de saisir la CDU par écrit mais également la crainte d'être stigmatisés en cas de plainte. Toutefois, la CDU est consciente des principales difficultés de prise en charge des patients en psychiatrie, notamment concernant le manque de psychiatres, la question des mineurs ou encore l'architecture inadaptée des locaux.

Les coordonnées de la CDU ne sont pas affichées dans les unités sauf à l'USM3 ; il n'y a pas de visite formalisée de la CDU comme la CDSP, mais au moins une de ses représentantes se rend dans les unités et connaît les services.

RECOMMANDATION 40

Les membres de la CDU devraient visiter plus régulièrement les unités d'hospitalisation en psychiatrie.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « au sein de la CDU, un représentant des usagers fait partie de l'association UNAFAM (Union des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques) et fait remonter les questions relatives aux familles de patients en psychiatrie. Elle a notamment participé à l'enquête relative à la bientraitance en interviewant des patients de psychiatrie en mai 2022. L'UNAFAM assure une présence quotidienne au sein des locaux du SANTEPOLE que le GHSIF lui met à disposition ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation car aucune information, différente de celles qu'ils ont recueillies sur place, ne leur permet de savoir si les membres de la CDU visitent désormais régulièrement les unités d'hospitalisation.

Contrairement aux services de MCO, aucune médiation n'est intervenue pour le pôle psychiatrie depuis 2020.

7.2.2 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est présent dans le livret d'accueil. Toutefois, très peu de patients, notamment du pôle de psychiatrie, le remplissent à l'issue de leur hospitalisation (moins de 50 questionnaires remplis sur tout l'établissement en 2021). Le service qualité reçoit régulièrement des réclamations de la part des patients du pôle de psychiatrie sur des sujets très variés ne permettant pas de faire ressortir des tendances.

Face à cette impossibilité d'exploiter les questionnaires de satisfaction, le service qualité met régulièrement en place des enquêtes ciblées. A cet égard, lors de la mission de contrôle, l'équipe du service qualité était en cours d'exploitation d'un questionnaire relatif à la bientraitance adressé à l'ensemble des services de l'établissement, y compris le pôle psychiatrie.

7.3 LE REGISTRE DE LA LOI EST COMPLET MAIS N'EST PAS TENU A JOUR ET PEU CONTROLE PAR LES AUTORITES COMPETENTES

Le bureau des admissions, en charge de la tenue du registre de la loi, a fait le choix de registres papier et d'une organisation chronologique tout en distinguant les modes d'hospitalisation. Dès lors, un tel classement rend parfois compliqué le suivi du déroulement juridique de la procédure en raison de la nécessité de devoir, dans certains cas, se reporter à différentes parties d'un même registre ou même à plusieurs registres différents afin d'obtenir l'ensemble du parcours hospitalier d'un même patient.

Toutefois, après examen de ces registres, il apparaît que les mentions obligatoires visées par l'article L.3212-11 du code de la santé publique sont bien présentes dans le registre, y compris les informations relatives aux décisions de mise sous tutelle, curatelle ou de sauvegarde de justice. A cet égard, il doit être souligné que, hormis les décisions rendues par le JLD dont le dispositif est reporté à la main, l'ensemble des pièces relatives au déroulement de la procédure font l'objet d'une copie collée directement dans le registre accompagnée d'une mention relative à la notification du patient.

S'agissant du contrôle de ces registres prévu par les articles L.3222-4 et L.3223-1 du code de la santé publique, il apparaît que seuls le procureur de la République près le TJ de Melun et le

président de la CDSP contrôlent tous les ans les registres, leur dernier contrôle datant respectivement des mois d'avril et juillet 2021. En revanche, le préfet, le président du TJ ou encore le maire n'ont procédé à aucun contrôle.

Si les registres comportent les mentions et informations obligatoires prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique, celles-ci ne sont pas renseignées dans le délai légal de 24 heures prévu par cette même disposition. En effet, à la date du contrôle effectué par le CGLPL, la dernière mise à jour des registres datait du 8 avril 2022, représentant ainsi un retard de près d'un mois.

RECOMMANDATION 41

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit impérativement être tenu à jour dans un délai maximum de vingt-quatre heures après l'admission en SSC. Par ailleurs, conformément à ce même article, le préfet de la Seine-et-Marne, la présidente du tribunal judiciaire de Melun, le maire de Melun, ou leurs représentants, doivent visiter chaque année l'établissement et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « un représentant du préfet est présent dans la CDSP ».

Dans ses observations du 25 août 2022, la procureure de la République fait part des observations du parquet qui indique :

« sur la question du registre papier, l'outil conduit en effet à devoir suivre la situation d'un patient sur plusieurs registres de facto, mais le constat -lors des contrôles par échantillonnage- est que l'indication du registre de renvoi est toujours mentionnée, ce qui permet de suivre correctement l'hospitalisation d'un patient, à l'exception de notre visite en 2021, à l'issue de laquelle l'observation a été faite. La difficulté repose sur le fait que sauf erreur, il n'y a toujours pas de dispositions législatives ou réglementaires autorisant la tenue des registres de la loi de façon dématérialisée (ce qui serait sans doute plus pratique pour la lecture et l'utilisateur). La question a été posée à la Chancellerie fin 2019 qui a répondu qu'il n'y avait pas de projet en cours en ce sens. Dans cette situation, il est difficile d'en faire le reproche à l'établissement. »

« Sur la question des visites judiciaires, le parquet de Melun a en effet visité annuellement sans défaut depuis au moins 2016 les locaux et procédé au contrôle des registres, à l'exception de l'année 2020, en raison de la crise sanitaire, ce que je crois avoir expressément mentionné dans le visa de 2021. Les visites ont été faites conjointement avec la présidente du tribunal judiciaire le 27 juillet 2021 -dernière visite réalisée-, même si le procureur adjoint a été seul à signer les registres. De manière générale, il convient de rappeler que chaque visite annuelle par le Parquet donne lieu à un entretien avec tous les patients hospitalisés sous contrainte qui le sollicitent. Si des observations sont formulées quant au défaut de publicité de certaines informations et de défaut dans la tenue du registre de la loi (dont nous avons pu constater qu'elle pouvait aussi résulter des conditions de dotation de matériels et de personnels) elles sont transcrites dans le rapport au parquet général et un courrier au directeur de l'établissement ».

Dans ses observations du 29 mars 2023, la directrice de l'ARS Ile-de-France indique : « Les actions 8.2 et 8.3 du PTSM de Seine-et-Marne visent à diffuser les supports existants en matière de promotion des droits des usagers en santé mentale, à promouvoir le rôle et les missions des commissions des usagers (CDU) et mobiliser des pairs aidants pour faciliter l'expression des

plaintes. Dans le cadre des travaux du contrat territorial de santé mentale (CTSM), ces deux actions ont été identifiées comme prioritaires par la zone Ouest du département (GHSIF) et sont en cours de déploiement par des professionnels seine-et-marnais volontaires, issus du secteur de la santé mentale.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune réponse ne leur étant parvenue s'agissant de la visite du préfet de Seine-et-Marne ou du maire de Melun. De plus l'article L.3212-11 du code de la santé publique précise que les personnes « *apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations* », ce qu'aurait dû faire la présidente du tribunal judiciaire. Aucune précision n'est, par ailleurs, apportée sur la tenue à jour, dans un délai maximum de 24h du registre de la loi. Enfin, l'article L3212-11 du CSP mentionne le registre, mais pas sa forme. Il n'y a à ce jour pas d'obligation réglementaire d'informatiser le registre. Néanmoins, si la forme n'est pas précisée législativement ou réglementairement, la forme est donc libre et rien n'empêche alors de tenir un registre informatisé.

7.4 LE RECOURS AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION PERMET UN CONTROLE EFFECTIF DES DROITS DES PATIENTS MAIS LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME DE LA PROCEDURE EN MATIERE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION DOIT ETRE RENFORCEE

7.4.1 L'organisation et la phase préparatoire à l'audience

En principe, deux audiences du JLD se tiennent chaque semaine au sein du GHSIF. Ces audiences sont consacrées à la fois au suivi des mesures d'hospitalisation et aux mesures d'isolement et de contention. En dehors de ces audiences en présentiel, des audiences en visio-conférence sont organisées dès que nécessaire pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention.

De l'avis unanime de l'équipe du GHSIF et des JLD du TJ de Melun, l'organisation de ces audiences fonctionne bien en raison d'une fluidité dans la communication entre l'équipe du GHSIF et le greffe judiciaire. Un agent du bureau des admissions est en charge du suivi des dossiers et de l'organisation des audiences pour les mesures liées à la procédure de l'hospitalisation tandis qu'un agent de l'USM1 est en charge du suivi des dossiers et de l'organisation des audiences pour les mesures relatives à l'isolement et à la contention.

Il doit être relevé qu'il est ressorti des entretiens menés pendant la visite de contrôle quelques difficultés relatives à la qualité des dossiers transmis le week-end (manque de documents notamment lié au fait que les professionnels du week-end sont moins habitués à la procédure).

S'agissant de l'information des patients en amont d'une audience, certains soignants ont soulevé la difficulté que représentait pour eux le fait d'expliquer précisément la procédure aux patients en raison d'un manque de formation sur la procédure judiciaire, se contentant dans la majorité des cas d'expliquer le déroulement global de l'audience et l'objectif principal de celle-ci sans être en mesure de pouvoir être plus précis ou parfois simplement répondre aux questions des patients (cf. recommandation § 2.3).

La liste des avocats inscrits au barreau de Melun est consultable sur demande des patients, toutefois, il apparaît que seuls des avocats de la permanence du barreau de Melun assistent les patients devant le JLD, ce qui peut interroger sur l'information donnée aux patients quant à la possibilité de s'attacher les services d'un avocat choisi.

7.4.2 Le déroulement de l'audience

Une salle d'audience, identifiée par une signalétique claire et permettant d'accueillir du public, est située au sein du pôle de psychiatrie. Cette salle est complétée par une salle de délibéré, non utilisée en raison de l'absence de délibéré rendu à l'issue de l'audience, et d'une salle avocat permettant l'entretien du patient avec son conseil.

L'audience, à laquelle deux membres de l'équipe de contrôle ont pu assister, a mis en lumière un déroulement fluide et complet de la procédure permettant un véritable exercice des droits des patients tant s'agissant de leur information quant à la procédure que de leur possibilité de s'exprimer et ainsi faire valoir leurs droits. En effet, après que le patient ait pu s'entretenir le temps nécessaire avec son conseil, le juge lui explique la procédure avant d'échanger avec lui, puis la parole est donnée au tiers demandeur et même aux proches du patient si ces derniers sont présents. A la fin de l'audience, après avoir entendu la plaidoirie de l'avocat, le JLD explique au patient la suite de la procédure et les voies de recours possibles sans pour autant rendre son délibéré sur le siège. Dans la majorité des cas, les soignants qui accompagnent les patients sont présents dans la salle d'audience.

Selon les JLD, la présence des patients aux audiences est quasi-systématique et les certificats d'incompatibilité (« non-audiençabilité ») sont extrêmement rares. Seules les audiences pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention, qui doivent se tenir en dehors des audiences planifiées en présentiel, sont tenues en visio-conférence. De l'avis des JLD, le système fonctionne bien et ne pose, jusqu'à présent, aucune difficulté. Une des JLD a même tenu l'audience directement dans la chambre du patient en raison de la spécificité du cas d'espèce.

Lors de l'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs, deux des six patients se sont présentés en pyjama. Selon les JLD et les personnels soignants interrogés à ce sujet, il est très fréquent que les patients se présentent à l'audience en pyjama et ils ne sont pas incités à s'habiller en vue de l'audience. Une telle situation porte atteinte à la dignité des patients et peut constituer un biais dans l'appréciation de leur situation par le juge.

S'agissant des patients étrangers ne maîtrisant pas le français, un interprète est systématiquement convoqué à l'audience comme ont pu le constater les contrôleurs lors de l'audience. Toutefois, comme évoqué précédemment au point 3.3, l'interprète n'est sollicité qu'à l'audience devant le JLD, et les patients sont donc dans l'impossibilité de recevoir l'information nécessaire à leur hospitalisation et prise en charge par l'équipe soignante.

Enfin, de l'avis des JLD, si la relation avec les avocats est bonne, ils regrettent parfois que ces derniers plaident surtout le fond et ne soulèvent pas suffisamment de nullités ce qui permettrait un contrôle renforcé des droits des patients.

RECOMMANDATION 42

Les patients doivent être incités et mis en mesure de se présenter habillés devant le juge et non en pyjama.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « Installation réalisée d'un lave-linge et sèche-linge au sein du pôle de psychiatrie. Protocole sur les modalités de présentation des patients devant le JLD en cours de rédaction, prévu pour septembre 2022 ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte même s'ils auraient souhaité avoir communication du protocole.

7.4.3 Les décisions du JLD et la notification du patient

Malgré l'existence d'une salle de délibéré adjacente à la salle d'audience, aucun délibéré n'est rendu à l'issue de l'audience. Les JLD ont sollicité la mise à disposition d'une imprimante mais leur demande a été rejetée par le GHSIF.

Dans ses observations du 25 août 2022, la présidente du TJ de Melun fait part des observations du service JLD qui indique : « aucune demande n'a été formulée à ce sujet auprès du GHSIF. Une demande a été formulée auprès de la directrice de greffe du TJ de Melun afin que le service JLD soit équipé d'une imprimante portable, susceptible d'être utilisée tant dans le domaine pénal que civil ».

Toutefois, de l'avis des JLD, il leur serait difficile de rendre un délibéré à l'issue de l'audience en raison du temps restreint mais également de la nécessité d'un temps de réflexion pour les dossiers plus compliqués. Si dans certains cas, le JLD explique le sens de sa décision au patient sur le siège, les décisions sont notifiées par écrit dans l'après-midi suivant les audiences tenues le matin même. Ce fonctionnement implique que ce sont les soignants qui sont chargés de notifier et d'expliquer comme ils le peuvent la décision aux patients. Tout comme pour l'information préalable des patients aux audiences, les soignants interrogés sur la question ont confirmé leur manque de formation pour expliquer, au-delà du sens de la décision, le dispositif de la décision et les voies de recours.

RECOMMANDATION 43

Les décisions doivent être notifiées par le juge, afin que les explications sur les raisons de sa décision et les voies de recours soient données par lui et non par les soignants.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « la recommandation du CGLPL sera portée à connaissance du JLD lors des échanges réguliers police-justice, hôpital ».

Dans ses observations du 25 août 2022, la présidente du TJ de Melun fait part des observations du service JLD qui indique : « les JLD conçoivent cette difficulté, laquelle a fait l'objet, bien avant ces recommandations, de réflexions au sein de l'équipe JLD. Toutefois, la décision de mettre les décisions en délibéré, sauf exception, est motivée par la nécessité de répondre aux nullités soulevées par les avocats en cours d'audience et de prendre le temps de considérer les arguments soulevés par le conseil du patient et par le patient à l'audience, nécessitant souvent de consulter de nouveau le dossier, voire d'effectuer des recherches, et ce, dans l'intérêt du patient. Ce temps de réflexion et de rédaction, s'il était mis en œuvre pendant l'audience, aurait pour conséquence d'allonger considérablement le temps d'audience, dont le déroulement serait beaucoup moins fluide. Les voies de recours sont mentionnées dans la décision du JLD, et par oral au moment de l'audience. Des déclarations d'appel formulées par les patients sont régulièrement enregistrées ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation, le délibéré pouvant se faire sur place lors d'une suspension d'audience ce qui permettrait au juge de notifier la décision.

Sur le fond, les JLD ne relèvent pas de difficultés majeures de motivation des certificats médicaux ni de problèmes de délais. Ils notent cependant que certains médecins identifiés ont une tendance à reproduire des motivations identiques d'un certificat à l'autre. Ce problème apparaît s'être considérablement réduit après le prononcé de plusieurs mainlevées par le juge sur ce fondement. Cette difficulté de motivation semble cependant persister notamment pour les

patients hospitalisés au long cours. Les JLD ont à plusieurs reprises ordonné des expertises, ce qui a conduit à plusieurs mainlevées de l'hospitalisation à l'initiative du corps médical.

Enfin, les JLD ont relevé que quelques difficultés persistent également le week-end tant au niveau de la qualité des dossiers transmis que du respect des délais, en raison notamment d'un personnel présent moins nombreux et peu formé à la procédure.

7.4.4 La mise en œuvre de la récente réforme de la procédure en matière d'isolement et contention

Faisant suite à l'article 17 de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 qui organise les conditions dans lesquelles les mesures d'isolement et de contention peuvent exceptionnellement se poursuivre au-delà des durées respectives de quarante-huit et vingt-quatre heures, le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 est venu préciser les modalités selon lesquelles les personnes intéressées sont informées de ces renouvellements et organise les modalités de la saisine du JLD aux fins de maintien des mesures.

Les JLD du TJ de Melun et les personnels du GHSIF ont anticipé cette réforme en organisant dès le mois de décembre 2021 une série de rencontres ayant permis d'échanger sur le contenu de la réforme et d'obtenir une compréhension commune de ces nouvelles exigences.

Ce travail conjoint et étroit, que le CGLPL salue, a permis d'aboutir à la création d'outils de suivi et d'alerte efficaces des mesures d'isolement et de contention permettant le respect des obligations et des délais en matière d'information et de saisine du JLD mais également en matière d'information du patient et des proches.

Toutefois, si le système mis en place fonctionne dans l'ensemble, il demeure fragile puisqu'il repose uniquement sur quelques personnels soignants et non soignants qui maîtrisent la procédure. Cela pose des difficultés en cas d'absence de ces personnes formées, notamment le week-end ou encore durant les périodes de congés.

Aussi, il apparaît que les subtilités de la computation des délais prévue par l'article R. 3211-31 du code de la santé publique¹¹ dans les cas de mesures non consécutives ne soient pas prises en compte dans le calcul des délais. Il est impératif que ces règles soient intégrées dans le nouveau logiciel Sillage Psychiatrie qui doit être mis en place prochainement et remplacer les outils ad hoc créés jusqu'à présent.

¹¹ Article R.3211-31 du code de la santé publique : « I.- L'information prévue au premier alinéa du II de l'article L. 3222-5-1 du renouvellement d'une mesure d'isolement ou de contention est délivrée sans délai et par tout moyen permettant de donner date certaine à sa réception par le directeur de l'établissement au juge des libertés et de la détention, dès que la mesure atteint la durée cumulée de quarante-huit heures d'isolement ou de vingt-quatre heures de contention. Cette durée cumulée peut résulter :

1° De mesures prises de façon consécutive ;

2° De mesures prises de façon non consécutive mais séparées de moins de quarante-huit heures. La durée cumulée est calculée en additionnant les durées de toutes les mesures intervenant à moins de quarante-huit heures de la précédente ;

3° De mesures prises de façon non consécutive mais dont la durée cumulée est atteinte sur une période de quinze jours (...) ».

RECOMMANDATION 44

Les règles de computation des délais prévues par l'article R. 3211-31 du code de la santé publique dans les cas de mesures d'isolement ou de contention non consécutives doivent être mieux prises en compte dans le calcul des délais.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « la solution passe par l'intégration des durées réelles d'isolement et de contention dans le DPI Sillage module psychiatrie, dont le déploiement est en cours. La formation du groupe utilisateurs chargé du paramétrage du module psychiatrie est programmée pour les 14 et 15 septembre 2022. La mise en œuvre du DPI est programmée pour le 28 novembre 2022. La mise à jour de la version du DPI permettant la saisie de durées inférieures à 24h est annoncée par le SIB pour avril 2023 ».

Dans ses observations du 25 août 2022, la présidente du TJ de Melun fait part des observations du service JLD qui indique : « les JLD partagent et signalent régulièrement ce constat ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de la mise en œuvre des actions indiquées.

Par ailleurs, dans le cadre de cette réforme, un document de délégation de signature a été élaboré. Ce document prévoit la délégation du directeur du GHSIF aux infirmiers habilités désormais à signer les documents de saisine du JLD dans le cadre de l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022. Selon les propos recueillis, ce document viserait à éviter les déplacements des professionnels d'astreinte car cela « *coûterait trop cher* ». Ce document devant être signé nominativement par les infirmiers, il a été rapporté pour ce faire des méthodes particulières, la cadre supérieure de santé accompagnée des cadres se sont déplacés dans les unités pour rencontrer de façon isolée les soignants afin de leur faire signer la délégation de signature. Beaucoup se sont sentis « *piégés* » et ont « *ressenti des pressions* ». Il leur a été assuré que si la signature était déléguée, la responsabilité ne l'était pas. Or, à l'occasion d'un oubli d'un soignant, il lui a été reproché de pas avoir fait signer les documents de saisine. Les infirmiers indiquent, en outre, qu'ils ne sont pas en capacité de gérer à la fois un patient, qui peut être dans un état difficile, et d'assurer cette tâche qui selon eux ne relève pas de leur compétence.

RECOMMANDATION 45

Le CGLPL recommande que les délégations de signature ayant trait à une mesure de privation de liberté ne soient faites qu'au bénéfice des membres de la direction assurant des gardes d'administrateurs.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « le suivi administratif des mesures de privation de libertés est assuré, en semaine, par le service des admissions, qui dispose des délégations de signatures correspondantes. Afin de garantir, le week-end, la continuité de ce suivi, les moyens en secrétariat de la psychiatrie, seront renforcés d'un équivalent temps plein d'assistant médico-administratif. Des délégations de signature leur seront accordées à ce titre ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui précise que les délégations de signature ayant trait à une mesure de privation de liberté ne soient faites qu'au bénéfice des membres de la direction.

8. LES SOINS

8.1 SI LA PRESENCE MEDICALE EST ASSUREE ET LES SOIGNANTS DISPONIBLES, LA COHERENCE DE L'EQUIPE SOIGNANTE EST DEFAILLANTE DANS CERTAINES UNITES

8.1.1 Modalités d'accès aux psychiatres et infirmiers et organisation des dossiers

La permanence des soins est assurée par la présence en journée en semaine et le samedi matin des psychiatres attachés aux unités. Le relais est pris la nuit, le samedi après-midi et le dimanche par le psychiatre du SPUL.

Aucune des unités d'hospitalisation complète accueillant des patients en SSC (USM 1, 2 et 3) ne dispose d'un projet de service à l'exception de l'USM1.

Malgré des effectifs médicaux tendus, les psychiatres voient les patients tous les matins de semaine à l'USM1, pratiquement tous les jours dans les autres unités, en présence d'un ou deux IDE et parfois d'étudiants, plus ou moins rapidement en fonction de leur état clinique et des événements les concernant. Plusieurs patients témoignent d'un passage en coup de vent, ou de jours sans avoir vu le médecin, en tout cas sans qu'ils aient le temps d'aborder ce qui les préoccupe. Chaque patient a un médecin référent mais pas d'IDE référent. Un médecin est toujours présent en journée à proximité de l'unité et peut voir un patient si nécessaire. Les soignants sont apparus disponibles pour les patients, qui peuvent les solliciter aisément, y compris dans la salle de soins.

Aux USM2 et 3, des visites prennent un peu plus leur temps, ou bien des entretiens ont lieu une fois par semaine. Cependant, les visites, quelles qu'elles soient, ne sont pas vécues par les patients avec lesquels les contrôleurs ont échangé comme un espace approprié pour un entretien. Certains indiquent que l'échange est relatif, le médecin parlant plutôt à l'IDE qu'au patient, notamment sur les modifications de traitement, les restrictions de la vie quotidienne. De nombreux patients restent avec leurs questions : « pourquoi on m'a passé en SSC ? » « Pourquoi je n'ai pas/plus mon téléphone ? » « Pourquoi on me donne tel traitement alors que j'ai signalé qu'il ne me convenait pas ? » Hors visite en chambre, les entretiens apparaissent rares, voire inexistantes pour les patients au long cours.

RECOMMANDATION 46

Les visites en chambre ne remplacent pas des entretiens médicaux réguliers permettant l'élaboration et le suivi du projet de soin avec le patient. Ces entretiens doivent être systématiquement proposés aux patients.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « intégration des observations médicales faites par le médecin au décours de ses visites, dans le DPI. La prise en charge médicale est sous la pleine responsabilité du praticien titulaire. Il lui appartient d'organiser la prise en charge complète en fonction de l'état clinique du patient et de ses besoins. Cette prise en charge est pluridisciplinaire (entretien IDE, psychologue, assistante sociale, ...) ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision ne leur permettant de savoir si des entretiens médicaux réguliers sont désormais organisés.

A l'USM1, les mineurs ne sont pas vus régulièrement par un pédopsychiatre, qui ne vient que sur demande insistante de l'équipe soignante de l'unité (cf. § 9.2).

Les familles sont associées au cours d'entretiens pour lesquels des créneaux horaires sont réservés aux USM 2 et 3.

Le faible nombre de médecins, renforcé par l'absence de réflexion à ce sujet, rendent impossible le libre choix d'un médecin par le patient.

Les staffs du matin n'ont plus lieu à l'USM1, ce que le chef de pôle justifie par l'intérêt de se faire son avis clinique avant d'échanger avec les soignants, et ce que les soignants regrettent. Ils se tiennent en semaine à l'USM2, sous la forme d'un passage en revue rapide des patients, sans être cependant un lieu d'élaboration clinique, ce que plusieurs soignants ont jugé insuffisant pour apporter des observations sur les patients, réfléchir sur les besoins, questionner les modalités de prises en charge, construire des projets, traiter de situations complexes.

Ces staffs quotidiens se tiennent également à l'USM3, ils y sont complétés par une réunion hebdomadaire dont il est dit qu'elle est à la fois « *clinique et de synthèse* » avec les psychiatres de l'unité, la cadre, les soignants, l'assistante sociale et des professionnels des CMP du secteur. La situation de tous les patients est évoquée et un point est fait sur quelques situations particulières.

L'USM1 se caractérise par l'absence, au moment de la visite des contrôleurs, de tout moment institué d'échange au sein de l'équipe soignante. Une réunion « *institutionnelle* » rassemblant les soignants, le cadre de santé, les médecins, la psychologue ne se tient plus que de loin en loin, la prochaine était prévue quelques jours après la visite du CGLPL.

Les réunions mensuelles patients / soignants sont en place dans les USM2 (très récemment) et 3. Les contrôleurs ont pu assister à la réunion à l'USM3, où les patients ont pu exprimer leurs souhaits de plus d'activités, de placards fermant à clé dans les chambres, de végétalisation du patio (cf. recommandation § 4.1).

Dans aucune des trois unités n'est mis en place un dispositif de supervision ou d'analyse de pratiques professionnelles adressé aux soignants.

RECOMMANDATION 47

Les soignants de toutes les unités – au premier chef ceux de l'USM1 – doivent disposer de temps institués pour des échanges d'équipe et une réflexion clinique partagée indispensables à la prise en charge de patients en soins sans consentement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « *les staffs ont lieu tous les matins en USM1. Deux fois par semaine, la visite a lieu avant le staff. Des échanges cliniques et thérapeutiques ont lieu tous les matins, avec l'ensemble de l'équipe soignante (mise à part pendant les vacances ou en cas d'absences inopinées). Une réflexion clinique est menée, sur la prise en charge dans sa globalité, de l'ensemble des patients et chacun est libre d'intervenir. Depuis la visite du CGLPL, obligation est faite aux soignants, de tracer en détail, dans le DPI, ces éléments* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et **considèrent la recommandation prise en compte**, sous réserve que la réflexion clinique mise en place depuis la visite soit un réel espace d'échange et qu'une durée adaptée lui soit consacrée.

Les pharmaciens de l'établissement réalisent une analyse pharmaceutique de niveau 2 (revue des thérapeutiques) des prescriptions au fil de l'eau, par séjour / patient, y compris les prescriptions de traitement injectable « si besoin » (cf. § 8.3) mais sans attention particulière

portée à celles-ci. En 2021, dans les quatre unités d'hospitalisation, 1598 prescriptions ont été analysées, et 1158 jusqu'au 20 mai 2022¹². L'outil d'analyse actuel ne permet pas d'obtenir une alerte de surdosage, les surdosages doivent alors être détectés manuellement par le pharmacien. La pharmacie souhaite se doter d'un logiciel qui permettra d'automatiser cette fonction, ainsi que la détection automatisée des prescriptions « à risque ». Les contrôleurs ont en tout cas pu observer que les patients apparaissaient globalement peu sédatisés.

8.1.2 Les activités sont peu fréquentes dans les unités, l'accès à la plate-forme de réhabilitation psycho-sociale ne concerne pas tous les patients

Dans toutes les unités, le constat est là : les activités sont peu fréquentes dans les unités, et les patients s'ennuient. C'est particulièrement le cas à l'USM1, ce qui avait déjà été relevé par la CDSP (cf. § 7.1). A l'USM3, les patients l'ont clairement exprimé au cours de la réunion patients-soignants à laquelle les contrôleurs ont assisté.

a) Dans les unités

Au sein des unités, les activités se font en fonction de la disponibilité des soignants, après leurs autres tâches, et sans qu'un planning d'activités régulières ne soit établi. Seule petite exception : à l'USM2 un atelier pâtisserie occupe deux patients par roulement toutes les deux semaines. Le week-end est plus propice aux activités occupationnelles : à l'USM1 on arrive parfois à faire de la pâtisserie ; de même à l'USM3 où, en outre, on chante, on écoute de la musique, on joue au badminton ; à l'USM2, faute de moyens, on privilégie des activités qui ne coûtent rien ou très peu : Uno, ping-pong, badminton, dessin, origami, etc. Le budget pour les activités est de 700 à 800 euros par unité et par an. Les locaux sont de toute façon peu adaptés. A l'USM2, la seule salle disponible pour des activités sert d'annexe à la salle à manger en raison du Covid. A l'USM1, un patient (largement adulte) déclare n'avoir eu comme proposition d'activité que la réalisation d'un dessin au moyen de crayons de couleur disposés dans la salle d'activité, ex-chambre reconvertie, avec toilettes en inox au milieu, une table, quelques chaises et fauteuils, une étagère hébergeant quelques jeux. Les soignants, quand l'effectif est suffisant, s'emploient plutôt à sortir avec les patients, les accompagner faire des courses.

Les patios ne sont pas utilisés pour faire des activités de jardinage.

Les difficultés à obtenir le budget nécessaire découragent les soignants à développer des activités (cf. § 2.2)

b) La plateforme de réhabilitation psychosociale

La plateforme intersectorielle de réhabilitation psychosociale, telle que décrite dans le projet présenté en réponse à l'appel à projet 2021 de l'ARS¹³, s'adresse prioritairement aux patients adultes du pôle de psychiatrie présentant une situation de handicap psychique avec un trouble psychique sévère et persistant qui lui sont adressés par les psychiatres des unités intra et extrahospitalières du pôle, au-delà de deux mois de prise en charge de soins psychiatrique. Elle réalise une évaluation des besoins et des compétences des personnes sur un plan clinique, fonctionnel, cognitif, social et professionnel et propose des prises en charge personnalisées dans la perspective de la réhabilitation psycho-sociale, (notamment pour l'insertion dans le logement

¹² Le pourcentage de ces contrôles par rapport à la totalité des prescriptions en psychiatrie n'a pu être indiqué car l'outil actuel ne permet pas de connaître le nombre total de prescriptions.

¹³ Le projet a été retenu par l'ARS en janvier 2022, avec une dotation de 400 000 euros.

en lien avec le service de prise en charge intensive dans le logement (SPIL), mis en place au sein du pôle).

L'accès à la plate-forme, située à l'étage au-dessus des unités d'hospitalisation, nécessite pour les patients hospitalisés un accompagnement à la fois pour sortir des unités fermées et prendre l'ascenseur, lequel nécessite un badge dont aucun patient n'est doté. Cette segmentation de l'espace ne favorise pas le lien entre les unités d'hospitalisation et la plate-forme (cf. recommandation § 5.1). Annoncée par l'ancienne signalétique « ergothérapie », la plate-forme occupe des locaux situés à l'extrême gauche de cet étage en sortant de l'ascenseur. Plusieurs salles se succèdent : une salle de musculation très bien équipée, une salle multisport aux dalles de plafond dégradées, une grande salle multi-activités à l'usage de bibliothèque et de cuisine thérapeutique donnant accès à une terrasse sur laquelle se déroule une activité de jardinage ; puis deux salles d'ergothérapie, une salle de psychomotricité, une salle d'art-thérapie, des bureaux.



Terrasse jardin



Arthérapie



Psychomotricité



Musculation



Musculation

La plate-forme est dotée d'une équipe de huit professionnels, ainsi que d'un temps de cadre de santé : deux ergothérapeutes (2 ETP), deux psychomotriciennes (1,3 ETP), un animateur sportif (1 ETP), une art-thérapeute (0,5 ETP), un éducateur spécialisé (1 ETP).

Un budget de 11 000 euros est consacré à l'ensemble des activités de la plate-forme (matériel, repas, déplacements, séjours thérapeutiques).

Si les professionnels de la plate-forme coordonnent leurs actions avec les soignants de l'USM2 en participant deux fois par mois au staff hebdomadaire de cette unité (et uniquement de celle-ci), les soignants des unités ne participent pas aux activités de la plate-forme. Ils peuvent

cependant accéder à la grande salle d'activités, notamment pour y accompagner les patients à la bibliothèque ou sur la terrasse jardin, mais ces possibilités sont très peu utilisées.

Hormis les patients de l'USM1 qui sont très peu, voire pas, orientés vers la plate-forme, il n'y a aucune différence ni restriction pour les personnes en SSC, quelle que soit l'activité proposée.

Des repas thérapeutiques sont réalisés une fois par semaine dans un groupe fermé composé de quatre patients issus de toutes les unités sauf l'USM1 et de deux ergothérapeutes. Ils sont associés pour certains patients à des mises en situation à domicile, pour préparer la sortie.

Un séjour thérapeutique de quatre jours est organisé une fois par an, dans le cadre d'un projet de réhabilitation sociale de patients des USM2 et 3.

L'art-thérapeute accueille les patients 10 heures par semaine.

L'activité sport est proposée pendant 13,5 heures par semaine (mais pas depuis plusieurs mois, du fait de l'absence de l'animateur sportif, non remplacé). Le planning hebdomadaire de la salle multisports prévoit (sur un total de huit demi-journées) trois demi-journées réservées aux patients de l'hôpital de jour, une au LEPI, une à l'INCD, aucune pour les USM1, 2 et 3.

Dans le planning de la plate-forme de réhabilitation psycho-sociale (donc distinct de celui de la salle multisport), les patients de l'USM1 bénéficient d'une séance d'une demi-journée de sport une semaine sur deux. Un jeune patient sportif a demandé à faire du sport, on lui a parlé de l'animateur sportif mais sans lui proposer de le rencontrer (le dit animateur est de fait absent depuis plusieurs mois). Un autre patient présent depuis deux semaines souhaite également avoir une activité sportive, on ne lui a rien proposé en ce sens.

L'équipe de la plate-forme intervient également à l'USM1 une heure par semaine pour animer un groupe « actualités » ou une séance Dixiludo¹⁴ proposés aux patients qui ne sont pas en chambre d'isolement. Un patient sans solution (autiste) bénéficie de prises en charges par plusieurs intervenants de la plate-forme pour un total de 3 heures par semaine.

A l'USM2, de 11 à 16 patients sur 29 ont été indiqués comme bénéficiaires d'activités de réhabilitation psycho-sociale. En réalité deux patients sont inscrits au sport (mais l'animateur est absent), un patient au jardinage, deux patients en psychomotricité, deux en art-thérapie.

Enfin, aucun mineur hospitalisé ne bénéficie d'une prise en charge par la plate-forme, l'orientation de réhabilitation psycho-sociale n'étant pas adaptée à leurs besoins, selon l'équipe de la plate-forme ; ils ne bénéficient pas plus d'aucune activité spécifique organisée par le service de pédopsychiatrie (cf. § 9.2).

En 2021, 134 prises en charge de patients des unités d'hospitalisation complète ont été réalisées par les différents professionnels de la plate-forme, sans que l'on puisse distinguer si un même patient a été pris en charge par un seul ou plusieurs professionnels¹⁵. Selon les données communiquées sur la file active des unités d'hospitalisation, 19% des patients adultes auraient bénéficié de cette prise en charge en 2021.

A la suite de la visite du CGLPL, il a été indiqué aux contrôleurs qu'un rapport d'activité rendant compte de la file active réelle de la plate-forme et du nombre d'interventions de celles-ci par patient était en projet pour 2022. Ce rendu compte précis de l'activité serait effectivement

¹⁴ Jeu de conversation

¹⁵ Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un rapport d'activité rendant compte de la file active réelle de la plateforme et du nombre d'interventions de celles-ci par patient était en projet pour 2022.

nécessaire pour que l'établissement et les différentes autorités de contrôle puissent disposer d'une connaissance effective de l'accès des patients aux activités thérapeutiques.

Au regard de l'ambition du projet porté par cette plate-forme¹⁶, de la qualité unanimement soulignée des prises en charge de celle-ci et des moyens financiers engagés, il serait nécessaire que dans le parcours de soins de tous les patients des unités d'hospitalisation complète, l'intérêt d'une orientation vers les prises en charge de la plate-forme de réhabilitation psycho-sociale soit systématiquement envisagé. Pour ce faire, la participation des professionnels de la plate-forme aux réunions cliniques de toutes les unités serait utile.

RECOMMANDATION 48

Tous les patients doivent bénéficier d'activités thérapeutiques qui comprennent une indication médicale, des objectifs définis et une évaluation tracés et permettant un échange avec l'équipe soignante de référence, en cohérence avec leurs projets de soins. A ce titre, il est nécessaire que dans le parcours de soins de tous les patients des unités d'hospitalisation complète, l'intérêt d'une orientation vers les prises en charge de la plate-forme de réhabilitation psycho-sociale soit systématiquement envisagé. Pour ce faire, les professionnels de la plate-forme doivent participer aux réunions cliniques.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « une programmation hebdomadaire des activités, en cohérence avec les projets de soins des patients est assurée. La plate-forme de réhabilitation psycho-sociale collecte, au fil de l'eau, les informations nécessaires à l'élaboration de son rapport d'activité. Les professionnels de la plate-forme participent aux staffs hebdomadaires ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les modifications intervenues depuis la visite des contrôleurs.

8.2 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES SE HEURTE A LA RETICENCE EXISTANT VIS-A-VIS DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

8.2.1 Organisation et moyens

Le pôle de psychiatrie dispose de 0,9 ETP de médecins généralistes répartis entre deux praticiens, l'un à 0,5 ETP et l'autre à 0,4 ETP.

Toutes les unités sont équipées d'un chariot d'urgence régulièrement vérifié.

8.2.2 Accès au médecin généraliste

Les médecins généralistes interviennent dans toutes les unités, tous les jours, du lundi au vendredi, l'un le mardi, le jeudi et le vendredi et l'autre, le lundi et le mercredi. Les samedis, dimanches et jours fériés, aucun généraliste n'est présent, aucun interne en psychiatrie non plus et les patients présentant des affections somatiques sont adressés au service des urgences avec souvent une grande réticence de la part des médecins urgentistes par ailleurs submergés de travail.

¹⁶ Qui contribue au Projet territorial en santé mentale (PTSM) dans son axe concernant la structuration de l'offre départementale en réhabilitation psycho-sociale

Dans l'unité, le praticien regarde les résultats des examens complémentaires réalisés, consulte le cahier de transmissions rempli par les soignants et n'examine en chambre que les patients signalés par les infirmiers ou présentant des anomalies de leur bilan. Ainsi, les patients placés à l'isolement, contentionnés ou non, ne sont pas systématiquement examinés par le médecin généraliste (cf. recommandation § 6.2.3.).

RECOMMANDATION 49

Toute personne admise en soins sans consentement doit bénéficier dans les 24 heures d'un examen somatique complet par un médecin spécialisé en médecine générale ou un urgentiste.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « le compte rendu médical du somaticien est intégré dans le DPI ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation car la réponse du GHSIF ne précise pas si l'examen par un somaticien est systématiquement réalisé dans les 24h pour toute personne admise en soins sans consentement.

8.2.3 Accès aux examens complémentaires

Un bilan biologique est systématiquement réalisé lors de l'arrivée à l'USM1. Les prélèvements biologiques sont effectués par les infirmiers des unités et adressés au laboratoire de l'hôpital comme dans les autres services de MCO. L'accès à l'imagerie médicale ne présente guère de difficultés et si les délais s'avèrent trop longs pour un tableau jugé urgent, le médecin appelle ses confrères pour accélérer la prise en charge.

8.2.4 Accès au médecin spécialiste

Les demandes de consultations spécialisées auprès des médecins de MCO s'effectuent sur le logiciel « Sillage® » de même que les demandes d'avis spécialisés. Certains services se montrent très réactifs comme l'endocrinologie qui répond dans la journée. Pour les consultations d'ophtalmologie, les patients sont adressés à la clinique Saint Jean ou à la consultation externe de l'hôpital. Pour d'autres spécialités, la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques s'avère plus compliquée, certains services de MCO se montrant peu enclins à recevoir ces patients quand bien même leur état le nécessiterait. Au moment du contrôle, un patient de l'USM1 présentant une fracture du col fémoral avérée n'a pas été admis en orthopédie en attendant la chirurgie mais est resté dans sa chambre d'isolement, sur son matelas « Cumbria® », avec une prise en charge insuffisante de la douleur, les contrôleurs l'ayant entendu geindre.

RECOMMANDATION 50

Les patients hospitalisés en service de psychiatrie présentant des pathologies somatiques requérant des prises en charge spécialisées ou une analgésie intense doivent pouvoir être accueillis sans discrimination dans les services de « médecine-chirurgie-obstétrique ».

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « intervention du Dr MOBAREK programmée lors de la CME de décembre 2022, pour présentation de la réorganisation du parcours de soins et mise en garde contre toute forme de discrimination ».

Les contrôleurs saluent la démarche effectuée et **maintiennent leur recommandation** sans autre précision apportée par le GHSIF.

L'accès aux soins dentaires ne présente pas de difficulté : les patients sont adressés à une clinique d'odontologie et en cas d'urgence, le chirurgien-dentiste voit le patient dans les heures qui suivent l'appel du médecin.

8.2.5 Accès aux services paramédicaux

Il a été rapporté aux contrôleurs qu'aucun kinésithérapeute n'intervenait dans les unités ni aucun autre personnel paramédical, hormis la psychologue.

8.2.6 La prise en charge des addictions

L'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) peut intervenir ponctuellement à la demande des psychiatres des unités. Mais à l'USM3, le psychiatre chef de service, également addictologue, assure cette prise en charge.

8.3 DES TRAITEMENTS INJECTABLES « SI BESOIN » SONT PRESCRITS, AU MEPRIS DE LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT DU PATIENT

Les directives anticipées ou plans de prévention des crises ne sont ni mis en œuvre ni connus des soignants.

Il convient de saluer la pratique quasi-systématique de remise du certificat médical au patient. Cependant, de nombreux patients rencontrés par les contrôleurs font part d'une absence de recueil de leurs observations.

Au jour de la visite du CGLPL, 19 sur 72 des patients hospitalisés dans les USM 1, 2 et 3 avaient désigné une personne de confiance. Si les soignants proposent la désignation d'une personne de confiance lors de l'arrivée d'un patient, celle-ci n'est pas informée de sa désignation, son accord n'est pas recueilli, et elle n'est pas associée à la prise en charge en tant que personne de confiance, étant fréquemment confondue avec la personne à prévenir. La connaissance qu'ont les soignants du rôle et des prérogatives de la personne de confiance est apparue inexistante.

RECOMMANDATION 51

La possibilité de désigner une personne de confiance doit faire l'objet d'un protocole prévoyant l'information de la personne désignée et la confirmation de son accord. Les soignants doivent être formés afin de connaître le rôle et les prérogatives de la personne de confiance.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « l'encadrement supérieur du pôle s'attachera à faire respecter le protocole en vigueur, au sein du GHSIF, concernant la désignation de la personne de confiance ».

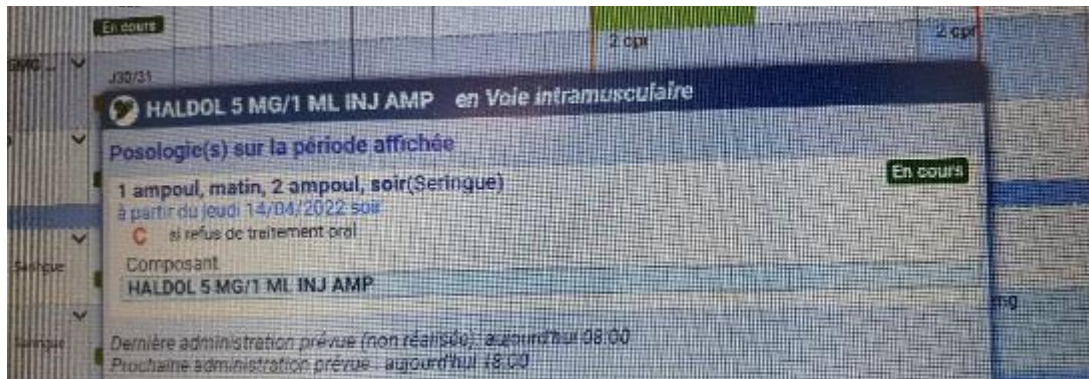
Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, la démarche pour faire respecter la désignation de la personne de confiance étant en cours.

Deux IDE sont référents pharmacie dans chaque unité. Les traitements sont préparés par les IDE, étiquetés au nom de chaque patient et distribués dans la salle de soins aux USM 2 et 3, et dans celle-ci ou en chambre à l'USM1, dans le respect de la confidentialité des soins. La prise de médicament est enregistrée informatiquement en temps réel.

A l'USM3, les contrôleurs ont pu constater que les patients connaissent parfaitement leur traitement – qu'ils discutent. Lors de la visite, plusieurs patients se présentent au poste de soins pour réclamer leur traitement oral « *si besoin* ».

Si les soignants prennent le temps de répondre aux questions sur les traitements et donnent des explications à ce propos, aucune action d'éducation thérapeutique du patient sur les pathologies et les traitements n'est conduite¹⁷, et les pharmaciens de l'établissement ne sont pas sollicités pour des projets en ce sens.

S'agissant des prescriptions de traitement injectable « *si besoin* », la cheffe de pôle se déclare opposée à cette pratique qu'un psychiatre résume ainsi : « le « *si besoin* » est une forme de menace à laquelle il ne faut jamais recourir ». Malgré ces prises de position, et comme ont pu le vérifier les contrôleurs (cf. photo ci-dessous), cette pratique existe bien, même si elle n'est exécutée qu'exceptionnellement, dans le cours d'une crise clastique mais aussi en cas de refus de prise du traitement *per os*. Quand il y est recouru, l'injection peut être réalisée sans appel au médecin et hors de la présence de celui-ci.



Prescription de traitement injectable « *si besoin* »

RECOMMANDATION 52

La mise en œuvre de prescriptions « *si besoin* », sans le consentement du patient, doit être prohibée. L'administration d'un traitement refusé par le patient impose la recherche du consentement par le médecin prescripteur et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la contrainte pour cette administration.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « directive médicale du chef de pôle à l'adresse des psychiatres, visant à ne plus utiliser des prescriptions "si besoin" non spécifiques. La recherche du consentement au traitement, fait partie de la pratique médicale quotidienne et permanente. Les psychiatres souhaitent cependant conserver cette modalité de prescription en cas de refus de traitement et insomnie en *per os* (à la demande du patient pour le *per os*). Ils mettent l'accent sur la nécessité de pouvoir assurer la dispensation du traitement chez des patients en refus de soins dont le traitement est nécessaire pour juguler la crise et rétablir la stabilité clinique dans les meilleurs délais. Leur utilisation reste possible, dès lors qu'elle émane du seul psychiatre référent du patient et fait suite à une observation clinique approfondie ».

Dans ses observations du 29 mars 2023, la directrice de l'ARS Ile-de-France indique : « l'action 5.2 du PTSM de Seine-et-Marne cherche à utiliser la méthode du « chemin clinique » pour élaborer

¹⁷ Des actions d'ETP sont conduites par les équipes de suivi ambulatoire.

le parcours du trouble du comportement chez la personne âgée en s'appuyant sur les recommandations de l'HAS (subsidiarité du trouble psychique) puis faire vivre ces outils dans les différents territoires ».

Les contrôleurs saluent la démarche du chef de pôle qui a adressé une directive médicale à l'ensemble des psychiatres et **maintiennent leur recommandation** puisque certains psychiatres souhaitent conserver cette modalité de prescription dans des situations particulières.

8.4 LA SORTIE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS EN SSC EST PREPAREE, LES PATIENTS AU LONG COURS SOUFFRENT DU MANQUE DE SOLUTIONS MEDICO-SOCIALES

Les programmes de soins sont mis en place en sortie d'hospitalisation en SSC, les patients qui en bénéficient sont exclusivement suivis par les équipes soignantes en ambulatoire.

8.4.1 Les permissions de sortie

Les permissions de sortie de 12h accompagnées et de 48h non accompagnées sont demandées et obtenues sans difficultés, selon une procédure bien réglée. Peu avant la visite du CGLPL, le préfet s'est cependant opposé à une sortie de 48 heures pour un patient en SDRE car il n'était pas accompagné. Il s'agissait d'une première demande pour ce patient qui n'avait pas bénéficié de sorties de 12 heures préalables. Toutefois ces oppositions du préfet restent rares.

Les accompagnements des sorties de 12h sont effectués par un membre de la plate-forme de réhabilitation psycho-sociale, les soignants des unités n'assurant jamais ces accompagnements. Des sorties de 12 heures peuvent ne pas être programmées ou annulées faute d'effectif suffisant.

En avril 2022, un total de 42 permissions de sortie ont été délivrées :

Unité	12 heures SDDE	12h SDRE	48 heures SDDE	48h SDRE
USM1	2*		1*	
USM2	13	1	9	1
USM3	12**	3**		

*Les données fournies pour l'USM1 ne distinguent pas les sorties par types de mesures SDDE ou SDRE.

**Les données fournies pour l'USM3 ne distinguent pas les sorties de 12h et de 48H.

Concernant la levée des mesures de SDRE, il ressort des propos recueillis que le préfet est fréquemment réticent à les lever et qu'il demande régulièrement un deuxième avis. Plutôt que de faire formuler celui-ci par un confrère, il est proposé au patient de faire un recours devant le JLD (cf. §7.4).

8.4.2 Le collège des professionnels de santé

Selon les informations recueillies, les collèges des professionnels de santé – qui sont organisés et convoqués par les secrétaires médicales des unités – se réunissent dans les délais sans qu'il ait été possible aux contrôleurs d'acquérir la certitude qu'ils recevaient bien les patients.

8.4.3 La sortie d'hospitalisation

Pour préparer les sorties d'hospitalisation, les équipes des unités de secteur s'articulent avec les équipes des CMP et s'appuient sur les évaluations et accompagnements proposés par le pôle de réhabilitation psycho-sociale (cf. 8.1.2.b).

Quatre postes d'assistantes de service social sont prévus (un par secteur), trois étaient en poste lors de la visite du CGLPL (la dernière est arrivée le mois précédent). Chacune est affectée à un secteur, pour l'intra et l'extrahospitalier. L'ICND et l'USM1 n'en disposent pas mais elles interviennent informellement à l'ICND depuis peu. A l'USM1, dont les assistantes de service social indiquent qu'on ne les y appelle pas, les contrôleurs ont rencontré un patient, hospitalisé pour la première fois malgré un long parcours de soins en santé mentale et qui s'inquiétait beaucoup de n'avoir pu mettre en route son dossier de reconnaissance du handicap à la MDPH. Les questions des contrôleurs à ce propos ont déclenché la venue d'une assistante sociale qui a expliqué qu'elle ne voyait à l'USM1 que les patients de son secteur et que celui-ci n'en faisait pas partie, mais qu'elle allait s'en charger puisque le secteur concerné était dépourvu d'assistante sociale. La localisation de leurs bureaux à l'étage au-dessus des unités les éloigne de celles-ci et leur donne le sentiment de « ne plus faire partie de l'équipe », renforcé à l'USM2 où l'assistante de service social n'est plus associée aux réunions (cf. § 4.1).

L'accès au logement de droit commun est facilité par une bonne efficacité du dispositif du Droit au logement opposable (DALO) dans le département. Le retour dans le logement est accompagné par la plate-forme de réhabilitation psycho-sociale en lien avec le SPIL.

Les patients au long cours¹⁸ étaient au nombre de 35 en 2021 (44 en 2020, 29 en 2019). Selon les estimations des psychiatres et des assistantes de service social des USM 2 et 3, de quinze à vingt patients sont hospitalisés en psychiatrie de façon inadéquate et bénéficieraient d'un accompagnement en structure médico-sociale.

Cependant, les solutions en ce sens manquent. Pour assurer une alternative à l'hospitalisation complète de patients au long cours, le pôle dispose de quatre places en accueil familial thérapeutique. Deux sorties vers des résidences accueil ont pu être réalisées récemment. C'est l'accès aux structures médico-sociales (foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisé) qui fait le plus difficulté. Avec le moratoire français portant sur la réduction du nombre de places financées pour les adultes handicapés dans les établissements belges, la filière largement alimentée par les services de psychiatrie s'est tarie, pour les patients au long cours du pôle de psychiatrie du GHSIF comme ailleurs. Pourtant les solutions locales en termes de places ne verront le jour que dans plusieurs années et la transformation de l'offre sanitaire et médico-sociale dans une logique de parcours peine à advenir malgré les orientations en ce sens du PTSM. Une fois hospitalisés, les patients en situation complexe de handicap – notamment les personnes autistes – n'accèdent pas, même de façon modulaire, à l'accompagnement médico-social spécialisé dont elles auraient besoin, tel ce jeune patient adulte hospitalisé depuis plus d'un an à l'USM1.

Les accès en EHPAD se réalisent dans de bonnes conditions avec un établissement, mais plus difficilement avec les autres. L'EHPAD géré par le GHSIF n'accueille pas les patients de psychiatrie.

¹⁸ Selon la définition de la DREES : Patients en hospitalisation complète de façon continue pendant plus de 292 jours.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES PERSONNES AGEES NE FONT L'OBJET D'AUCUNE DISPOSITION PARTICULIERE

Des patients de plus de soixante ans sont hospitalisés dans chacune des unités : le plus âgé à l'USM1 a 68 ans, 71 ans à l'USM2, 69 ans à l'USM3. Les patients âgés ne font l'objet d'aucune disposition particulière ; or, le service manque d'équipements adaptés à une éventuelle perte d'autonomie : très peu de lits médicalisés, pas de dispositif de maintien au lit pour prévenir les chutes, pas de matelas anti-escarre, pas de déambulateur. Certains patients sont alités en quasi-permanence, sans moyens donnés aux soignants de leur procurer une prise en charge adaptée.

RECOMMANDATION 53

Les patients en perte d'autonomie ou dépendants en raison de leur âge ou d'un handicap doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée, avec tout l'équipement médicalisé nécessaire.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « attribution d'un lit médicalisé par unité avec possibilité de mise à disposition de lits médicalisés complémentaires, si besoin (par ponction sur un pool d'équipement centralisé) ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et **considèrent la recommandation prise en compte** même s'ils auraient souhaité avoir des éléments sur la mise à disposition des autres équipements nécessaires (dispositifs de maintien au lit pour prévenir les chutes, matelas anti-escarre, déambulateurs notamment).

9.2 LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS EST PARTICULIEREMENT INDIGNE

9.2.1 L'activité et le profil des mineurs accueillis

Les mineurs sont en nombre important et en augmentation depuis le début de la crise sanitaire. Ils sont hospitalisés uniquement dans les unités adultes : 60 ont été hospitalisés en 2019, 54 en 2020 et 80 en 2021 soit une augmentation depuis 3 ans de l'ordre de 48%. La plupart le sont en soins libres : aucune hospitalisation dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire n'a eu lieu depuis trois ans ; s'agissant des mineurs hospitalisés en SPDRE, un l'a été en 2019, cinq en 2020 et un en 2021.

Dans le total des mineurs hospitalisés, la majorité sont des filles et leur part augmente : elles étaient 36 en 2019 et 2020 et 51 en 2021, soit 60% des mineurs en 2019, 66% en 2020 et 63% en 2021.

La part des moins de 16 ans est elle-aussi importante : 43% en 2019, 46% en 2020 et 37% en 2021.

Au jour du contrôle, sept mineurs étaient hospitalisés, cinq garçons et deux filles, le plus jeune ayant 12 ans.

Beaucoup de mineurs souffrent de troubles dépressifs ou anxieux avec tendance suicidaire, de troubles du comportement, de troubles psychotiques naissants. Il a été indiqué aux contrôleurs que les parents de certains mineurs « *ne veulent plus s'en occuper* ». Il a ainsi été rapporté le cas d'un enfant qui avait dû être ramené à l'hôpital car son père n'était pas là et sa mère partie en vacances. D'autres, en raison de leurs difficultés familiales, sont suivis par l'aide sociale à

l'enfance (ASE) avec laquelle aucune convention n'est passée. Lors de la visite, un mineur de 17 ans était hospitalisé depuis trois semaines alors que, selon le psychiatre, son hospitalisation n'était justifiée que pour 24 ou 48 heures. Les difficultés de sortie sont imputées à l'ASE.

Le service de pédopsychiatrie est amené à faire régulièrement des informations préoccupantes pour maltraitance. La cadre du service de pédopsychiatrie n'a jamais assisté à des réunions avec les juges des enfants du territoire.

9.2.2 L'organisation générale

Le service de psychiatrie ne comprend aucune unité spécifique pour les mineurs.

Le dispositif ambulatoire du secteur de pédopsychiatrie est constitué de six CMP (Melun, Savigny, Moissy, Brie Comte Robert, Dammarie-les-Lys, Le Mée-sur-Seine) accueillant des mineurs de 0 à 15 ans et 3 mois, de deux hôpitaux de jour (Melun pour les 12 à 16 ans et la Rochette pour les 6 à 12 ans), d'un CATPP pour les enfants de 3 à 7 ans (Savigny-le-Temple). L'hôpital de jour de Melun, le LEPI (censée accueillir des enfants hospitalisés en pédiatrie ou en psychiatrie mais qui ne le peut pas en pratique en raison de moyens insuffisants), comprend une équipe de liaison constituée d'un pédopsychiatre et de trois IDE chargés d'aller voir les enfants hospitalisés en pédiatrie ou en psychiatrie adulte. Les équipes comprennent des pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes mais aucun éducateur.

Le dispositif ambulatoire est jugé insuffisant pour couvrir les besoins actuels ; aucun projet n'est à l'étude pour le développer en raison des difficultés à recruter des professionnels, notamment des pédopsychiatres (3,5 postes sont vacants), des psychologues, des orthophonistes. Il y aurait aujourd'hui la nécessité de disposer d'un hôpital de jour en capacité de proposer plus d'activités aux enfants, d'une véritable équipe de liaison constituée de plusieurs professionnels en capacité de voir tous les enfants hospitalisés ce qui n'est actuellement pas le cas et peut entraîner des tensions notamment avec le service de pédiatrie où l'équipe de liaison ne souhaite plus intervenir.

RECOMMANDATION 54

Le dispositif ambulatoire de pédopsychiatrie doit être renforcé et une véritable équipe de liaison doit être instaurée, afin de permettre d'éviter, dans la mesure du possible, les hospitalisations d'enfants.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « réflexion en cours, en lien avec l'ARS, sur la création d'une unité départementale d'hospitalisation pédo- psychiatrique ou d'un dispositif de prise en charge pluridisciplinaire étoffé en charge des liens avec les partenaires extérieurs (écoles, ASE, familles, ...) ».

Dans ses observations du 29 mars 2023, la directrice de l'ARS Ile-de-France indique : « .le GHSIF a bénéficié d'un financement de la part de l'Agence, dans le cadre des mesures financières d'accompagnement aux tensions hospitalières relatives à la santé mentale/psychiatrie de la fin d'année 2022.

Ces mesures portent sur :

Le renfort d'une équipe de liaison (IDE, psychiatre, aide-soignant) en pédopsychiatrie afin de répondre aux besoins d'avis et d'orientation permettant d'aller vers des prises en charge spécialisées pour les enfants et adolescents hospitalisés dans les unités de soins de Médecine-

Chirurgie-Obstétrique. Le renfort d'une équipe de liaison permettrait aussi d'organiser les orientations en post liaison, en intervenant auprès des adolescents hospitalisés dans les unités d'hospitalisation du MCO et dans les unités d'hospitalisation des secteurs de Psychiatrie de l'adulte (crédits à hauteur de 180 000 €) ;

Le renfort de l'hôpital de jour pré et post crise pour les adolescentes de 12-18 ans (crédits à hauteur de 202 500€) ;

En outre, dans le cadre des travaux de relance du Projet territorial de santé mentale (PTSM) de Seine-et-Marne et de la rédaction du Contrat territorial de santé mentale (CTSM), les acteurs ont identifié et priorisé le déploiement de l'action 7.2 qui prévoit le développement de l'offre notamment d'hospitalisation, mais également d'alternatives à l'hospitalisation spécifiquement pour les adolescents. Des pilotes volontaires, issus du secteur de la santé mentale, travaillent actuellement sur l'action 7.2 ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, les actions envisagées n'ayant pas été encore mises en œuvre.

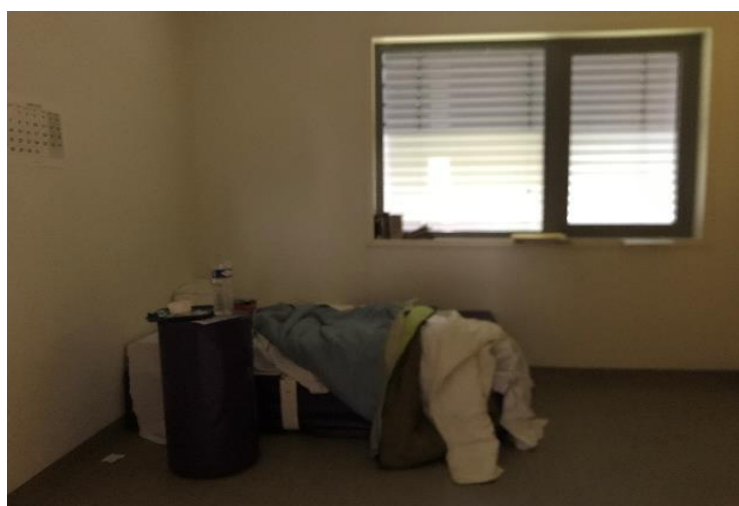
Faute d'unité spécifique, les mineurs sont hospitalisés soit en pédiatrie soit dans les unités adultes dans des conditions non satisfaisantes en matière d'accès aux soins et à une équipe pluridisciplinaire.

Sur le département, des places pour les adolescents existent dans les secteurs privé ou associatif mais en nombre très insuffisant de sorte que ces établissements choisissent leurs profils.

9.2.3 La prise en charge des mineurs hospitalisés en psychiatrie

Les mineurs sont hospitalisés prioritairement à l'ICND, unité qui n'accueille jamais de patients en SSC, dans ce qui est appelé le « *module adolescents* » constitué de deux chambres à un lit. Ces chambres étant régulièrement occupées, des mineurs sont fréquemment accueillis dans les autres unités du pôle, y compris à l'USM1 en contradiction totale avec le projet de service élaboré en 2017, qui précisait que le statut de mineur constituait une contre-indication à l'hospitalisation dans cette unité, compte-tenu du public accueilli. A l'USM1, pendant toute la durée de la visite des contrôleurs, quatre mineurs y étaient hospitalisés : l'un âgé de 13 ans, deux de 15 ans et le dernier de 17 ans.

Qui plus est, les mineurs sont hospitalisés non dans des chambres hôtelières mais dans des chambres d'isolement à l'aspect carcéral avec WC en inox dans la chambre (chambres dites « *fermables* » à l'USM2 et l'USM3).



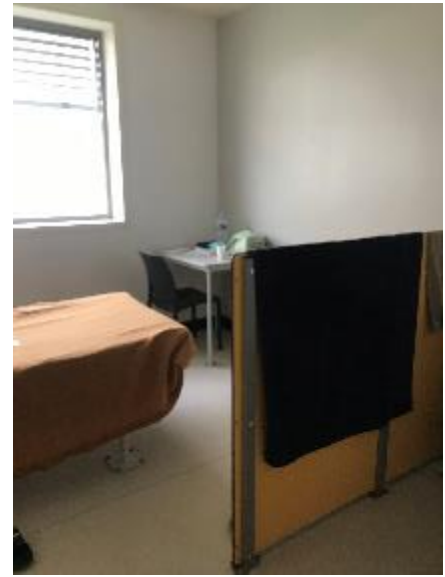
Chambre du module adolescent de l'ICND

Dans le « module adolescents » (où paradoxalement la prise en charge est la plus indigne) et les CI de l'USM1, les mineurs n'ont pas de lits et dorment sur un matelas plastifié, ne disposent pas de mobilier (table ou table de chevet) mais uniquement d'un pouf en plastique. Ils n'ont pas tous accès à des placards (soit qu'ils ne soient pas accessibles, comme dans le « module adolescent » où ils se trouvent dans le sas de la CI, soit que les placards soient cassés comme à l'USM3), ce qui les oblige à entreposer leurs affaires par terre, parfois dans des sacs en plastique.

De leurs chambres, certains enfants disent « ça me dégoûte ».



Chambre d'un mineur à l'USM1 (CI)



*Chambre d'un mineur à l'USM1
 (« chambre fermable »)*

Les mineurs sont systématiquement enfermés la nuit (les soignants ferment la porte à clé « *pour les protéger des éventuelles intrusions des adultes* ») dans des chambres qui ne disposent d'aucun bouton d'appel. Pour alerter, ils doivent crier ou taper sur la porte. Quand ils appellent, comme a dit l'un d'eux « *c'est pile ou face il faut tomber sur le bon moment où passera les soignants* » ; d'autres n'osent pas déranger et restent avec l'angoisse d'être seuls dans le noir.

Il arrive régulièrement qu'ils soient enfermés en journée (toute la matinée par exemple), toujours dans l'objectif affiché de les protéger des adultes car les soignants n'ont pas le temps de les surveiller. Certains ont confié « *se sentir en prison* », être très angoissés d'être enfermés, ont dit être réveillés la nuit toutes les deux heures quand les soignants ouvrent le fenestron : « *l'isolement me fait perdre le moral quand je vais bien* ».



Chambre d'un mineur à l'USM2

Quel que soit le lieu, les mineurs n'ont aucunement la possibilité d'ouvrir la fenêtre, le volet (qui est cassé dans certaines chambres), d'éteindre ou d'allumer. Les contrôleurs ont rencontré des enfants qui étaient toujours dans le noir à 10h du matin.

A l'USM1, 2 et 3, ils peuvent être vus des autres patients en raison du fenestron qui n'est pas occulté, sans aucun respect de leur intimité.



Chambre d'un mineur à l'USM3

Au « module adolescents », certains ne se sont pas douchés depuis leur arrivée, soit plusieurs jours, car l'espace sanitaire est commun avec l'autre chambre et ne dispose d'aucun verrou : « *je n'ose pas y aller alors je me lave au lavabo* », le lavabo étant en réalité la petite cuvette du bloc sanitaire. Dans les autres unités, les douches sont parfois fermées à clé, l'horaire de la douche imposé. A l'USM3, la chasse d'eau des toilettes de la chambre est cassée.



Douche du module adolescent de l'ICND

donnant sur les deux sas des deux chambres et dont les portes ne peuvent fermer à clé

Il n'y a pas non plus de miroir.



*WC en inox dans la chambre d'un mineur
USM1*



Douche individuelle de la chambre, USM1

Face à certaines situations que l'on peut qualifier d'abandon, les contrôleurs ont pris acte de la réactivité de l'établissement qui a proscrit pendant la mission les hospitalisations d'enfants dans les chambres d'isolement et a trouvé un système portable d'appel (une note de service a été élaborée à ce sujet).

RECOMMANDATION 55

Comme s'y est engagé l'établissement, les mineurs doivent être hébergés dans des chambres avec un dispositif d'appel équipées d'un lit et de mobilier (table de chevet, table, chaise, placard pour entreposer ses affaires notamment), pouvoir actionner la lumière et les volets librement.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « note de service du 05 mai 2022, interdisant l'hospitalisation des mineurs en chambre d'isolement. Mise à disposition de chaque mineur hospitalisé, d'un PTI portable. Le projet visant à améliorer la qualité hôtelière de la prise en charge est en cours de réflexion et sera intégré dans le plan d'investissement pour 2023 ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation partiellement prise en compte. Ils prennent acte de l'engagement de l'établissement qu'aucun mineur ne soit placé en chambre d'isolement. Ils maintiennent la partie de la recommandation relative à la qualité hôtelière puisque celle-ci est encore en projet.

Les enfants prennent leur repas dans leur chambre, sur un tabouret plastifié dans le module adolescent. Aucun grammage supplémentaire n'est prévu et le goûter aléatoire (certains en ont grâce aux soignants qui apportent eux-mêmes biscuits et fruits de chez eux ou à leurs parents), ce qui contrevient aux recommandations nutritionnelles. Certains mineurs nous ont confié avoir faim le soir (cf. recommandation § 4.4).

Lors de l'arrivée, un document permet de recueillir et de formaliser la demande des deux titulaires de l'autorité parentale. Face à l'indignité de leurs conditions d'hébergement, il a été rapporté que certains parents avaient retiré leur enfant de l'hôpital.

L'avis et l'accord des parents, ainsi que ceux du mineur, sont recueillis pour les actes de la vie quotidienne qu'il s'agisse de l'usage du téléphone, de l'accès au tabac ou des modalités de sortie par exemple. Lors de la visite, un enfant n'avait pas le droit d'avoir son téléphone portable et n'avait droit qu'à un seul appel par jour en disant ne pas savoir pourquoi, ce qui interroge sur les explications qui lui ont été données. Ses parents étant séparés, il regrettait pour son appel « *d'avoir à choisir entre papa et maman* ». Une autre, qui n'avait pas droit à son portable non plus, regrettait de ne pas pouvoir appeler ses copines.

Les mineurs sont suivis par les pédopsychiatres du service de pédopsychiatrie quand ils ont été précédemment suivis, sinon par le psychiatre de l'unité. En pratique, ils ne sont pas vus régulièrement et certains uniquement sur demande insistante de l'équipe soignante de l'unité. D'autres sont vus tous les jours mais lors d'un bref passage de quelques minutes : « *Ça va ? oui, non ?* » ; certains ont indiqué que le cadre de ces visites ne leur permettait pas de parler et de se confier.

Les mineurs n'ont quasiment aucune d'activité : quelques unes à l'USM1 (sport) et l'ICND, aucune dans les autres unités. Certains peuvent accéder à celles organisées par le LEPI (mais celles-ci ne bénéficient qu'aux moins de 16 ans déjà connus et à la condition qu'il y ait des places disponibles, n'ont pas lieu le week-end, les jours fériés et lors des vacances scolaires). Ils sont donc enfermés dans leur chambre dès que les soignants ne peuvent se rendre disponibles pour être avec eux. Les mineurs ont tous confié « *s'ennuyer énormément* », certains passant leurs journées à consulter leurs portables lorsqu'ils ont pu le conserver. D'autres, quand ils sortent, sont dans le poste de soins : « *mais au poste de soins, ce sont des discussions d'adultes, avec les adultes on ne sait pas quoi dire* ». Certains peuvent avoir accès à quelques livres mais ils ne sont pas adaptés et il est difficile de lire quand une chambre est dans la pénombre. D'autres ne vont pas dans la salle TV car il n'y a que des adultes.

Aucun accès à la scolarité n'est organisé ce qui est source de désœuvrement : « *les cours à l'école me manquent* » ou d'anxiété : « *avec mon hospitalisation je risque de rater mon bac car je ne vais pas pouvoir faire un le stage qui est demandé* ».

Certains mineurs ont dit faire l'objet de brimades de la part d'AS intervenant la nuit, fouillant et jetant leurs affaires au sol.

Enfin, la promiscuité d'adolescents avec des patients adultes aux pathologies très diverses n'est pas adaptée à leur maturité et est susceptible de les mettre en danger. Il a été ainsi rapporté que des cas d'agressions sexuelles de la part de patients adultes sur des enfants s'étaient déjà produits, par le passé, dans des unités.

Aucun projet de création d'unité spécifique pour les adolescents n'a été travaillé par l'établissement alors que comme les enfants le disent : « *ici, rien n'est adapté pour nous* », « *on est seul* », « *j'ai envie de partir, je ne me sens pas bien* ».

RECOMMANDATION 56

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes mais dans des unités spécifiques, adaptées à leur âge et à leurs besoins, notamment en matière d'activités et de scolarité. En conséquence, il est urgent qu'un projet pour la création d'une unité spécifique soit formalisé

sur le département où le besoin est criant. Ce projet doit s'accompagner de liens protocolisés avec les acteurs de la protection de l'enfance, aide sociale à l'enfance et protection judiciaire de la jeunesse, ainsi qu'avec l'éducation nationale notamment.

Une réunion institutionnelle doit se tenir en urgence avec tous les acteurs concernés (judiciaires, services de l'Etat, services de protection de l'enfance, ARS notamment) afin que des solutions soient trouvées dans les meilleurs délais et que tout mineur puisse bénéficier d'une prise en charge dans un établissement spécialisé.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « projet de création d'un service d'hospitalisation pédo-psy sur le département, conformément aux recommandations du PTSM 2021-2025 qui prévoit 7 actions pour la prise en charge des enfants et adolescents ».

Dans ses observations du 25 août 2022, la procureure de la République fait part des observations du parquet qui indique : « c'est un malheureux constat déjà relevé par le parquet dans les rapports au parquet général, notamment à l'issue du confinement. Le rapport est communiqué aux collègues de la section des mineurs pour leur information et éventuelle future invitation aux projets souhaités ».

Dans ses observations du 29 mars 2023, la directrice de l'ARS Ile-de-France indique :

« Le projet de création d'une unité pour mineurs dans le département n'a pu voir le jour faute de candidature à l'appel à projet, du fait des tensions en ressources humaines importantes affectant particulièrement la Seine-et-Marne et le secteur de la psychiatrie.

Concernant la question de la prise en charge des adolescents en hospitalisation complète, le GHSIF a exprimé sa volonté d'améliorer leur prise en charge et s'est engagé dans des travaux permettant de remplir progressivement les conditions nécessaires à l'ouverture d'une unité d'hospitalisation complète. La nouvelle cheffe de service de pédopsychiatrie, arrivée en septembre 2022, suit en priorité ce chantier. A l'automne, elle a par ailleurs adressé à l'ARS trois projets de renfort de son secteur. En réponse à cette demande, le GHSIF a bénéficié d'un financement de la part de l'Agence, dans le cadre des mesures financières d'accompagnement aux tensions hospitalières relatives à la santé mentale/psychiatrie de la fin d'année 2022.

Ces mesures portent sur :

Le renfort d'une équipe de liaison (IDE, psychiatre, aide-soignant) en pédopsychiatrie afin de répondre aux besoins d'avis et d'orientation permettant d'aller vers des prises en charge spécialisées pour les enfants et adolescents hospitalisés dans les unités de soins de Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Le renfort d'une équipe de liaison permettrait aussi d'organiser les orientations en post liaison, en intervenant auprès des adolescents hospitalisés dans les unités d'hospitalisation du MCO et dans les unités d'hospitalisation des secteurs de Psychiatrie de l'adulte (crédits à hauteur de 180 000 €) ;

Le renfort de l'hôpital de jour pré et post crise pour les adolescentes de 12-18 ans (crédits à hauteur de 202 500€) ;

En outre, dans le cadre des travaux de relance du Projet territorial de santé mentale (PTSM) de Seine-et-Marne et de la rédaction du Contrat territorial de santé mentale (CTSM), les acteurs ont identifié et priorisé le déploiement de l'action 7.2 qui prévoit le développement de l'offre notamment d'hospitalisation, mais également d'alternatives à l'hospitalisation spécifiquement pour les adolescents. Des pilotes volontaires, issus du secteur de la santé mentale, travaillent actuellement sur l'action 7.2 ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation et déplorent de n'avoir ni précision quant au projet envisagé (public accueilli, contenu du projet, etc.), ni information sur la tenue d'une réunion de tous les acteurs concernés.

9.2.4 Les pratiques d'isolement et de contention

Les mineurs font l'objet de mesures d'isolement et de contention dans les mêmes conditions que les adultes (cf. § 6).

RECOMMANDATION 57

Le recours à la pratique de l'isolement et qui plus est de la contention d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen. De plus, un mineur hospitalisé à la demande de ses parents n'est pas placé sous le régime juridique des soins sans consentement qui, seul, permet de le placer sous contention. Il ne doit donc pas l'être.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « note de service du 05 mai 2022, interdisant l'hospitalisation des mineurs en chambre d'isolement. Mise à disposition de chaque mineur hospitalisé, d'un PTI portable. Le projet visant à améliorer la qualité hôtelière de la prise en charge est en cours de rédaction. Elaboration en cours d'une procédure, en cas de troubles majeurs du comportement du mineur et menaces de passage à l'acte hétéro agressif ».

Dans ses observations du 29 mars 2023, la directrice de l'ARS Ile-de-France indique : « le GHSIF est l'établissement sanitaire de référence pour deux établissements pénitentiaires du territoire (Centre pénitentier de Réau et Centre de détention de Melun), ce qui génère des hospitalisations au titre de l'art. D 398 du CPP. Le territoire de Seine-et-Marne ne disposant pas d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), la prise en charge du patient détenu est complexe et rallonge les délais d'admission ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la fin de la pratique de l'isolement et de la contention des mineurs hospitalisés à la demande des titulaires de l'autorité parentale, aucune précision n'étant apportée sur les alternatives pouvant être mise en œuvre pour éviter ce recours (mise en place d'une chambre d'apaisement par exemple).

9.3 LES PERSONNES DETENUES SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACEES EN ISOLEMENT ET RESTREINTES DANS L'EXERCICE DE LEURS DROITS

Le GHSIF est responsable de l'unité sanitaire au sein du CD de Melun comme du CP Sud Francilien de Réau.

Le CH de Melun a signé en 2014 un protocole-cadre avec ces deux établissements pénitentiaires pour une durée de trois ans. Le 23 avril 2018, le GHSIF a signé un nouveau protocole cadre avec le CP Sud Francilien pour une nouvelle durée de trois ans, expirée à ce jour. Pour le CD de Melun, aucun protocole n'a été signé depuis celui de 2014.

Aux termes de ces protocoles, s'agissant plus spécifiquement des soins psychiatriques, l'unité sanitaire du CD de Melun comme celle du CP de Réau assurent les soins psychiatriques de niveau 1. Concernant les soins psychiatriques de niveau 2 (« hôpital de jour » selon les termes employés par le protocole), l'unité sanitaire de référence du CD de Melun comme du CP de Réau est le service médico-psychologique régional (SMPR) de Fleury-Mérogis. Enfin, les deux protocoles

prévoient que les soins requérant une hospitalisation sont organisés soit avec l'UHSA Paul Verlaine de l'établissement hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, soit avec le pôle de psychiatrie du GHSIF selon le degré d'urgence clinique et la disponibilité des places en UHSA.

En pratique, le GHSIF est contraint de prendre en charge un nombre relativement élevé de patients en raison, a-t-il été indiqué, du niveau de saturation du SMPR de Fleury-Mérogis et de l'UHSA de Villejuif. Le GHSIF a ainsi accueilli 42 patients détenus en 2019, 18 en 2020 et 36 en 2021 pour des durées de séjour allant jusqu'à 41 jours. La capacité de l'UHSA de Villejuif avait été interrogé par le CGLPL lors de sa visite en 2014 : « *La capacité d'accueil a fait l'objet de discussions : pour un bassin comptant plus de 13 000 personnes incarcérées, quatre-vingts places paraissent indispensables, sous réserve de la construction d'une autre UHSA en Ile-de-France. Les administrations concernées ont finalement convenu d'un projet limité à soixante places* ».

S'agissant de leur prise en charge, les patients détenus sont systématiquement transportés par une équipe soignante en véhicule sanitaire sous contention et sédation, et ce quels que soient les signes cliniques et le comportement de la personne. Lors de la visite, un patient détenu interrogé évoquait à un contrôleur l'absence de tout souvenir entre son départ du CD et son arrivée dans sa chambre au sein du pôle de psychiatrie, suscitant chez lui un état d'inquiétude et de confusion en raison de l'absence d'information reçue préalablement sur les modalités de transport et de prise en charge.

A leur arrivée, les patients détenus sont également systématiquement placés en chambre d'isolement au sein de l'unité fermée et y sont maintenus tout au long de leur séjour sans que leur état clinique ne soit pris en compte. Les patients détenus n'ont pas la possibilité d'emporter des effets personnels et n'ont d'autre choix que de porter le pyjama fourni par le GHSIF.

Au cours de leur séjour, les patients détenus n'ont accès à aucune source de divertissement et restent enfermés dans leur chambre sans aucun accès à l'extérieur. A cet égard, le personnel soignant a indiqué à l'équipe de contrôle que les patients détenus pouvaient être autorisés à se rendre dans le patio uniquement pour fumer. Ainsi, lors de la visite, un patient détenu interrogé et hospitalisé depuis quatre jours, qui ne fumait pas, n'avait eu aucune possibilité de sortir, ne sachant même pas qu'il pouvait le demander. La fenêtre de la chambre étant opacifiée, le patient détenu n'a d'ailleurs jamais l'occasion de voir à l'extérieur ou de bénéficier de la lumière du jour directement.

S'agissant des liens avec l'extérieur, les patients détenus sont privés systématiquement de toute communication avec l'extérieur, qu'il s'agisse de recevoir les visites de leurs proches ou de leur avocat ou même de communiquer avec ces derniers par téléphone, et ce quel que soit leur statut pénal et même si ces visiteurs sont titulaires de permis de visite. Au surplus, l'établissement n'offre aucune possibilité de recevoir ou d'envoyer du courrier, ce qui est en totale contradiction avec les dispositions de l'article 40 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Ces constats avaient déjà été relevés par le CGLPL lors de sa visite du CD de Melun en 2016 : « *D'après les informations données aux contrôleurs, les hospitalisations en SDRE au CH de Melun ne se font pas dans de bonnes conditions : isolement systématique, durée souvent inférieure à dix jours, perte des droits acquis en détention. Il est signalé qu'un projet de mise en place d'une unité fermée, destinée aux soins sans consentement et commune aux quatre secteurs, devrait ouvrir au printemps 2017. Cette unité fermée est présentée comme pouvant mieux accueillir les patients détenus relevant d'une hospitalisation en psychiatrie avant un éventuel transfert vers l'UHSA de Villejuif* ».

Eu égard à l'ensemble de ces constats, le CGLPL renvoie à son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé¹⁹ ainsi qu'à son avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux²⁰.

Aux termes de ces avis, le CGLPL considère que les patients détenus ne devraient pas être systématiquement placés sous contention lors de leur transport, une telle mesure ne devant être mise en œuvre que sur prescription médicale et en raison du comportement de l'intéressé, jamais en raison de son statut. De telles mesures de contraintes, décidées en l'absence de toute indication thérapeutique, doivent être regardées comme constituant un traitement cruel, inhumain et dégradant. Aussi, le CGLPL estime qu'il convient d'envisager toute mesure utile pour qu'une personne détenue placée en unité hospitalière ne subisse pas de restriction de ses droits, en veillant notamment à assurer la continuité de sa situation administrative et à doter les unités hospitalières des moyens et infrastructures adaptés (parloirs, activités, cantine, etc.). Enfin, le CGLPL recommande la rédaction de protocoles relatifs aux modalités d'organisation des relations avec l'extérieur pour les patients détenus.

RECOMMANDATION 58

La prise en charge d'un patient détenu ne doit pas reposer par principe sur sa contention et sa sédation systématique pendant le transport, puis sur son isolement pendant le séjour.

Un patient détenu doit bénéficier tout au long de son séjour des droits garantis tant aux personnes détenues qu'aux patients en soins sans consentement. Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis.

Les protocoles cadre signés avec le CD de Melun et le CP de Réau doivent être mis à jour et inclure précisément les modalités spécifiques de transport, les conditions de séjour et les droits des patients détenus au sein du service de psychiatrie du GHSIF.

Enfin, les patients nécessitant des soins d'hospitalisation en psychiatrie, y compris en urgence, doivent être transférés au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée.

Dans ses observations du 26 août 2022, le directeur du GHSIF indique : « mise à jour des protocoles avec le CD Melun et le CPSF, afin de préciser le contexte de la sédation, prévu en 2023. Il convient cependant de rappeler que :

- 90% des certificats de SDRE qui motivent l'hospitalisation, mentionnent des états d'agitation extrême (menaces hétéro agressives, troubles du comportement majeurs}. Le traitement sédatif est administré pour ces motifs avant le transfert. Le profil des détenus qui nous sont adressés sont, dans 80% des cas, des troubles de la personnalité de type psychopathie ou sociopathie non curables et sur lesquelles les traitements psychotropes

¹⁹ CGLPL, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, JORF, 16 juillet 2015.

²⁰ CGLPL, Avis du 19 octobre relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, JORF, 22 novembre 2019.

n'ont aucun impact. Ce profil, associé à l'absence de garde statique, nous invite à la prudence dans la prise en charge ;

- des sorties de la chambre sont autorisées selon le tableau clinique ;*
- les UHSA ont des délais d'admission, même pour les patients aigus, de 3 semaines minimum ».*

avril 23

Dans ses observations du 25 août 2022, la procureure de la République fait part des observations du parquet qui indique : « sans doute, mais cela ne doit pas obérer les exigences de sécurité qui s'imposent face à une personne ayant le statut de détenu outre celui de patient (sans même parler de la question de la sécurité des autres patients) et de la confrontation au principe de réalité face aux situations concrètes de moyens à disposition des effectifs pénitentiaires et hospitaliers ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, la révision des protocoles avec le CD de Melun et le CP de Réau étant prévu pour avril 2023. Par ailleurs, aucune précision n'est apportée sur le changement des pratiques s'agissant des conditions de séjour et des droits des patients détenus (possibilité d'être hospitalisé dans une chambre ordinaire, de communiquer avec l'extérieur et notamment son avocat, etc.) et sur la nécessité que les patients détenus nécessitant des soins d'hospitalisation en psychiatrie, y compris en urgence, doivent être transférés au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée. Les contrôleurs sont conscients des exigences de sécurité et rappellent que leur recommandation vise à rappeler que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être proportionnées et qu'aucun systématisme ne peut être appliqué.

10. CONCLUSION

Lors de leur mission, les contrôleurs ont constaté des violations graves et multiples aux droits des patients et à leur dignité. Les patients sont hébergés dans des locaux neufs mais qui ont été mal conçus et comportent une dimension sécuritaire où rien n'a été pensé pour la vie quotidienne et collective : nombre important de chambres doubles, espaces insuffisants pour rencontrer les familles et ne garantissant aucune intimité, locaux sombres, sinistres où il est difficile de se repérer. La liberté d'aller et venir est abusivement restreinte, y compris pour les patients en soins libres ce qui est illégal. Le service dispose d'un nombre de chambres d'isolement très important, très supérieur à ce que l'on constate dans les établissements similaires, de l'ordre de $\frac{1}{4}$ de la capacité globale. Malgré des locaux récents, les chambres d'isolement sont indignes, ne comportant aucun des équipements requis. Dans ce contexte, la prise en charge des mineurs est apparue particulièrement indigne : hospitalisés dans des unités avec des adultes, enfermés dans des chambres d'isolement, sans prise en charge adaptée à leur âge en matière de repas, de scolarité, d'activités notamment.

Suite à la réactivité de l'établissement au cours de la visite, le CGLPL a décidé de ne pas procéder à des recommandations en urgence. De fait, depuis la venue des contrôleurs, de nombreuses actions ont été engagées pour prendre en compte les recommandations formulées.

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

