



Rapport de visite :

3 au 7 avril 2023 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier François
Quesnay de Mantes-la-Jolie

(Yvelines)



SYNTHESE

Une équipe du CGLPL constituée de six contrôleurs a effectué une première visite, annoncée la semaine précédente, du pôle de psychiatrie et de l'antenne d'urgences psychiatriques au sein du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Mantes-la-Jolie, du 3 au 7 avril 2023.

Le centre hospitalier François Quesnay (CHFQ) de Mantes-la-Jolie, ouvert en 1997, implanté aux abords du quartier prioritaire du Val Fourré et accessible depuis le centre-ville au moyen de deux lignes de bus, fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) Yvelines-Nord, dont le centre hospitalier intercommunal Poissy/Saint-Germain-en-Laye constitue l'établissement support. Il est organisé en sept pôles et dispose de 492 lits et places. Les locaux du pôle de psychiatrie, conçus par une agence d'architecture spécialisée en association étroite avec l'équipe médicale et ouverts en 2008, sont implantés en périphérie du site du CHFQ. Le pôle de psychiatrie est doté de 46 lits d'hospitalisation complète, destinés à la prise en charge de l'ensemble des pathologies psychiatriques des adultes d'une population qui présente une précarité socio-économique marquée.

La situation budgétaire du CHFQ a nécessité la mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) pendant la période 2015-2017, impliquant la fermeture de 140 lits et une diminution des effectifs de 230 équivalents temps plein. Lors de la visite, l'établissement accuse un déficit avoisinant dix millions d'euros, supérieur à celui ayant justifié le CREF. Le pôle de psychiatrie a fermé six lits au mois de janvier 2022, puis quatre au mois d'août 2022, en raison d'une pénurie majeure, sans perspective de recrutement, de l'effectif médical seulement pourvu à 34 %, et d'une vétusté partielle de locaux n'ayant bénéficié d'aucun travaux de réhabilitation.

La pénurie extrême de l'effectif de psychiatres a nécessité une réorganisation rigoureuse mais fragile de l'organisation des soins, qui ne pourrait être maintenue en cas de départ d'un seul des médecins présents. De même, l'effectif de généralistes du pôle de psychiatrie ne permet pas une réponse adaptée aux besoins d'évaluation, de traitement et de suivi des patients. La pérennité de l'accès aux soins psychiatriques des patients souffrant de troubles mentaux dans le territoire des Yvelines-Nord constitue une préoccupation majeure, en l'absence de solutions adéquates proposées et mises en œuvre par le CHFQ et l'ARS d'Ile-de-France.

L'établissement n'a pas développé les outils informatiques indispensables à l'efficacité de l'exercice du pôle de psychiatrie, s'agissant notamment d'un dossier patient informatisé et de logiciels de recueil et d'analyse des données concernant l'activité de soins sans consentement et les pratiques d'isolement et de contention. Le CHFQ n'a ainsi pas été en mesure de communiquer aux contrôleurs des données fiables et statistiquement exploitables concernant ces deux thématiques. L'activité de soins sans consentement sur décision du directeur d'établissement a fait apparaître une prééminence des procédures dérogatoires, au détriment de celle classique qui garantit une double évaluation médicale initiale et une voie de recours supplémentaire en la personne du tiers.

Les patients bénéficient de conditions de vie adaptées dans des locaux ergonomiques et lumineux, avec l'assurance d'une hygiène individuelle et collective, et d'une alimentation qui réponde aux besoins. La liberté de circulation des patients en soins libres n'est toutefois pas garantie, en raison de la fermeture systématique des portes du bâtiment donnant sur l'extérieur, de la nécessité d'obtention d'une prescription médicale *ad hoc*, et de la sollicitation obligatoire d'agents de sécurité ou de soignants pour sortir. Les restrictions appliquées dans la vie

quotidienne sont peu nombreuses et individualisées et l'accès aux droits spécifiques en matière de communication extérieure, de vote, et de culte est respecté.

La prise en charge des situations d'urgences psychiatriques, protocolisée et pertinente, fait l'objet d'une mission de l'unité de crise et de négociation des soins. La recherche du consentement, au service de l'alliance thérapeutique du patient, est mise en œuvre dans cette unité qui accueille des patients exclusivement hospitalisés en soins libres pour une période brève avant une orientation ambulatoire ou hospitalière. Elle est moins développée dans les unités de soins à temps complet, en l'absence d'intervention de médiateurs de santé pairs et d'utilisation de directives anticipées incitatives en psychiatrie. Des équipes particulièrement solidaires et investies y dispensent cependant des soins psychiatriques de qualité, dans la limite liée aux contraintes de l'effectif de médecins et d'intervenants spécialisés, qui n'assurent notamment plus un accès adapté aux activités thérapeutiques.

L'information orale et écrite du patient et la qualité de la formation de l'ensemble du personnel pour l'effectuer sont insuffisantes, s'agissant des éléments communiqués concernant le rôle de la commission des usagers, des décisions de soins sans consentement et de leurs voies de recours, et de la remise des documents spécifiques. Le contrôle des droits des patients hospitalisés en soins sans consentement est notablement insuffisant, en raison du faible nombre d'entre eux se rendant accompagnés à l'audience du juge des libertés et de la détention, qui n'est pas tenue dans l'établissement.

Les conditions matérielles des chambres d'isolement ne respectent pas l'intimité et la dignité des patients isolés. L'intervention systématique d'un agent de sécurité lors du déroulement de la mesure d'isolement ne garantit pas l'encadrement exclusivement soignant ni le respect du secret professionnel inhérents à cette procédure. Les mineurs et les patients hospitalisés en soins libres peuvent être concernés par l'isolement et la contention. La définition et la mise en œuvre d'une politique de réduction de ces pratiques, et la production d'un rapport annuel les concernant, par la direction, font défaut.

Le CGLPL encourage l'ensemble des équipes soignantes à poursuivre leurs indéniables efforts mis en œuvre pour soutenir la qualité des soins, ainsi que l'établissement dans le développement de solutions qui garantissent la pérennité d'un accès des patients à des soins psychiatriques respectueux de leurs droits fondamentaux.

Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 25 juillet 2023 à la directrice générale du GHT des Yvelines-Nord, au préfet du département des Yvelines, à l'ARS d'Ile-de-France et aux chefs de la juridiction judiciaire de Versailles pour une période d'échange contradictoire d'un mois.

Seule la directrice générale du GHT des Yvelines-Nord a fait valoir des observations en retour, le 22 septembre 2023, prises en compte et intégrées au présent rapport.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 126

La recherche continue du consentement et de l'alliance thérapeutique du patient, la diversité des outils de soins développés, et l'adaptabilité remarquable de l'équipe, garantissent une qualité et une pertinence notables des prises en charge individualisées effectuées dans l'unité de crise et de négociation des soins.

BONNE PRATIQUE 233

Les honoraires des experts psychiatres désignés pour l'examen des mises sous mesure de protection des biens sont pris en charge par le tribunal judiciaire de Versailles.

BONNE PRATIQUE 358

Le dispositif de soins intensifs et inclusifs à domicile (SIID) participe de la prévention de l'hospitalisation à temps complet et permet un suivi très complet du patient à son domicile intégrant les dimensions médicales et sociales, et favorisant l'articulation entre les prises en charge hospitalière et ambulatoire.

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 114

Le contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de santé d'Ile-de-France doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 214

L'établissement doit mettre en œuvre un dossier patient informatisé répondant aux besoins du pôle de psychiatrie, ainsi qu'une procédure informatisée efficace de recueil et de suivi des données de l'activité d'hospitalisation en soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention, appliquée par des agents spécifiquement formés.

RECOMMANDATION 316

Les recettes budgétaires de l'établissement, au titre du financement des soins psychiatriques, doivent être investies dans leur mise en œuvre, afin de répondre aux besoins de prise en charge de la santé mentale de la population concernée.

RECOMMANDATION 417

L'agence régionale de santé d'Ile-de-France et l'établissement doivent urgemment considérer les risques de la pénurie extrême de l'effectif de psychiatres, et garantir un recrutement adapté, qui permette de prévenir la perte à court terme d'un accès possible aux soins psychiatriques des patients souffrant de troubles mentaux dans le territoire des Yvelines-Nord.

- RECOMMANDATION 5** **20**
Le pôle de psychiatrie doit mettre en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles.
- RECOMMANDATION 6** **21**
Des débriefings et des retours d'expérience doivent être mis en place après la survenue des événements indésirables graves.
- RECOMMANDATION 7** **22**
Les patients et les proches doivent recevoir des informations adaptées concernant les modalités de présentation d'une réclamation, la mise en œuvre d'une médiation, la saisine de la commission des usagers, et les voies de recours relatives à la qualité des prises en charge.
- RECOMMANDATION 8** **22**
Une instance de réflexion doit permettre aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant l'exercice de leur fonction, recueillir les interrogations éthiques des soignants et leur diffuser des éléments de réponse. L'ensemble du personnel doit être informé de son existence et de ses missions.
- RECOMMANDATION 9** **24**
Les patients à présentation psychiatrique pris en charge dans le service d'accueil des urgences doivent systématiquement bénéficier d'un examen somatique initial et de la réalisation de tous les examens complémentaires nécessaires.
- RECOMMANDATION 10** **26**
Le patient doit pouvoir signer contradictoirement l'inventaire de ses effets personnels et s'en voir remettre une copie.
- RECOMMANDATION 11** **27**
Le recours à la procédure dérogatoire que constitue l'admission en soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel, et le recours à la procédure classique de soins à la demande d'un tiers la règle.
- RECOMMANDATION 12** **28**
L'établissement doit mettre en œuvre une modalité de recueil fiable et statistiquement exploitable des données de son activité concernant les soins sans consentement.
- RECOMMANDATION 13** **28**
Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil et un règlement de fonctionnement contenant des informations actualisées relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.
- RECOMMANDATION 14** **29**
L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son hospitalisation. La notification des décisions ne doit pas se limiter à l'évocation des voies de recours mais doit permettre au patient de connaître l'étendue des droits reconnus à toute personne placée en soins sans consentement. Cette information doit être communiquée sur un support pouvant être conservé. Le médecin doit recueillir formellement les observations du patient, lors de la décision d'admission en soins sans consentement, comme lors de toute modification concernant sa prise en charge. Tous les soignants doivent bénéficier d'une formation rigoureuse concernant ces procédures.
- RECOMMANDATION 15** **31**
Les portes des chambres doivent être équipées de verrous de confort permettant d'assurer la sécurité et l'intimité des patients. Il doit être possible d'aérer la chambre en ouvrant la fenêtre.

RECOMMANDATION 16	31
Les patients doivent bénéficier d'une température agréable toute l'année.	
RECOMMANDATION 17	32
Les salles d'eau doivent être équipées de porte-serviettes et de patères.	
RECOMMANDATION 18	34
Les menus des repas doivent être affichés dans les unités.	
RECOMMANDATION 21	36
Les agents de la société Onet ne doivent pas intervenir physiquement dans la procédure d'accompagnement et de retour au calme d'un patient agité, qui relève de la compétence professionnelle exclusive des soignants. L'intervention systématique d'un agent de sécurité dès l'ouverture d'une chambre d'isolement doit être proscrit.	
RECOMMANDATION 22	38
Une procédure adaptée de respect de la confidentialité de l'hospitalisation, intégrant les modalités spécifiques du fonctionnement du standard de l'établissement, doit être mise en œuvre.	
RECOMMANDATION 24	40
L'exercice du droit de vote doit être rendu possible par correspondance, par procuration, par une permission de sortie ou tout autre moyen. L'information relative à ce droit doit être portée sur le livret d'accueil et affichée.	
RECOMMANDATION 25	41
Les patients doivent bénéficier d'une information systématique concernant la contraception, les infections sexuellement transmissibles, et les effets secondaires à caractère sexuel des médicaments qui leur sont prescrits. Ils doivent pouvoir recevoir un visiteur en chambre selon leur consentement et dans une intimité préservée. Le thème de la sexualité des patients devrait être régulièrement abordé lors des réunions de l'équipe pluriprofessionnelle.	
RECOMMANDATION 26	43
Pour respecter leur dignité en chambre d'isolement, les patients doivent disposer d'interrupteurs d'éclairage et d'ouverture des stores, d'un dispositif d'appel également accessible sous contention, d'un système d'aération efficace par l'ouverture sécurisée et autonome de la fenêtre, et d'une vue constante sur une horloge horodatée.	
RECOMMANDATION 27	43
Le respect de l'intimité et de la dignité des patients interdit l'usage constant de la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement. La surveillance des patients isolés doit s'exercer exclusivement au moyen d'un contact humain direct. Le dispositif qui expose les isolés à la vue d'autres patients lors du report des images sur le moniteur du bureau infirmier doit être retiré.	
RECOMMANDATION 28	44
Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement doit être individualisé selon l'état clinique plutôt que systématique.	
RECOMMANDATION 29	44
Un examen somatique doit être effectué dès le début d'une mesure d'isolement et de contention. L'avis médical d'une incompatibilité de l'état de santé d'une personne à cette mesure doit entraîner sa levée immédiate.	
RECOMMANDATION 30	45
Les patients isolés doivent faire l'objet d'un entretien spécifique de restitution de leur vécu de toute phase d'isolement et de contention, à l'issue de la levée de la mesure.	

- RECOMMANDATION 31 46**
La direction de l'établissement doit, selon les dispositions légales, définir et mettre en œuvre une politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention, et produire un rapport annuel les concernant.
- RECOMMANDATION 32 46**
L'adaptation urgente du logiciel de l'établissement doit permettre le recueil adapté des données nécessaires à la constitution du registre des mesures d'isolement et de contention, assurer la pertinence de son utilisation et l'exploitation statistique de ses données.
- RECOMMANDATION 33 47**
Le recours à la pratique de l'isolement d'un patient mineur doit être évité par tout moyen et ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à son âge. L'information et la saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre de ces mesures doivent être mises en œuvre selon les dispositions légales.
- RECOMMANDATION 34 48**
Tout patient admis en soins libres qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention appelée à se prolonger, doit faire l'objet d'une transformation rapide de son statut d'hospitalisation.
- RECOMMANDATION 35 49**
L'information des patients et de leurs proches concernant le rôle des représentants des usagers et de la CDU doit être renforcée.
- RECOMMANDATION 36 50**
Le registre de la loi doit faire l'objet du visa des autorités prévu par les dispositions légales.
- RECOMMANDATION 37 51**
Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention dans l'établissement contribuerait à garantir la présence du patient, au bénéfice de l'exercice de ses droits fondamentaux.
- RECOMMANDATION 38 53**
La cafétéria, qui favorise une socialisation conviviale quotidienne des patients, ne saurait être maintenue fermée, au motif d'une caisse enregistreuse dysfonctionnelle.
- RECOMMANDATION 39 54**
Le pôle de psychiatrie doit favoriser l'organisation d'activités thérapeutiques régulières et variées.
- RECOMMANDATION 40 54**
Des réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients, doivent être tenues.
- RECOMMANDATION 41 55**
Les patients du pôle de psychiatrie doivent bénéficier de soins somatiques répondant à leurs besoins, dès l'admission et tout au long de leur hospitalisation, pratiqués par un effectif suffisant de médecins généralistes associés à leurs projets de soins.
- RECOMMANDATION 42 56**
Les patients du pôle de psychiatrie doivent bénéficier d'un accès aux avis médicaux spécialisés et aux hospitalisations en service spécialisé, dans un délai adapté au besoin et de façon équivalente à tous les autres patients. Les soins ne peuvent être différés ou annulés en raison des seules contraintes de sécurité ou d'organisation.
- RECOMMANDATION 43 56**
Les patients du pôle de psychiatrie doivent avoir accès à des séances d'éducation thérapeutique au sein du pôle de psychiatrie, ainsi qu'à des soins d'addictologie qui répondent à leurs besoins.

RECOMMANDATION 44 59

Les soignants doivent recevoir une formation concernant le rôle de la personne de confiance, dont la désignation doit être expliquée aux patients à l'admission. La personne de confiance doit être informée de sa désignation, sollicitée pour son acceptation et associée au projet de soins.

RECOMMANDATION 45 60

Les patients doivent pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie et bénéficier de l'intervention de médiateurs de santé pairs dans les unités.

RECOMMANDATION 46 61

Le service informatique doit garantir les conditions techniques d'une prescription médicamenteuse adaptée, au service des patients hospitalisés.

RECOMMANDATION 47 61

Les patients entrants et sortants du pôle de psychiatrie devraient bénéficier d'une conciliation médicamenteuse.

RECOMMANDATION 48 62

Les personnes détenues ne doivent pas faire l'objet d'une mesure d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation pour un motif sécuritaire, mais doivent bénéficier d'une prise en charge soignante individualisée et adaptée à leur état clinique.

RECOMMANDATION 49 62

Les unités hospitalières spécialement aménagées doivent admettre en urgence les patients-détenus concernés par cette indication de prise en charge.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'établissement n'a pas doté le pôle de psychiatrie d'un dossier patient informatisé adapté	13
2.2 L'établissement accuse un déficit budgétaire supérieur à celui ayant conduit à un plan de retour à l'équilibre financier entre 2015 et 2017	15
2.3 Le personnel médical souffre d'une pénurie majeure, sans perspective de recrutement.....	17
2.4 Les événements indésirables sont tracés mais les retours d'expérience ne sont pas formalisés	20
2.5 L'établissement n'est pas pourvu d'un comité d'éthique	22
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	23
3.1 La prise en charge des situations psychiatriques urgentes est pertinente et protocolisée	23
3.2 L'établissement ne dispose pas d'outil permettant de mesurer avec fiabilité l'activité des soins sans consentement	26
3.3 L'information du patient, orale comme écrite, est très insuffisante	28
4. LES CONDITIONS DE VIE.....	30
4.1 Les locaux sont adaptés, lumineux et propres malgré quelques éléments de vétusté	30
4.2 L'hygiène individuelle et collective est assurée	31
4.3 L'accès aux droits sociaux et la protection des biens sont garantis.....	32
4.4 La restauration répond aux besoins	33
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	35
5.1 La liberté d'aller et venir n'est pas garantie, en particulier celle des patients hospitalisés en soins libres	35
5.2 Peu de restrictions sont imposées aux patients dans leur vie quotidienne.....	37
5.3 Les patients peuvent communiquer aisément avec l'extérieur mais les conditions d'accueil des familles ne sont pas satisfaisantes.....	38
5.4 Le droit de vote est peu exercé	40
5.5 Le droit d'exercer le culte de son choix n'est pas entravé	40
5.6 La sexualité des patients est abordée au cas par cas mais la réflexion institutionnelle est insuffisante	41
6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	42

6.1	L'intimité et la dignité des patients ne sont pas respectées dans les chambres d'isolement	42
6.2	Les mesures d'isolement et de contention sont mises en œuvre en présence d'un agent de sécurité	44
6.3	L'absence d'un registre fiable ne permet pas l'analyse statistique pertinente des mesures d'isolement et de contention	45
6.4	Le contrôle des mesures d'isolement et de contention par le JLD est effectif ...	48
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	49
7.1	Les représentants des usagers sont impliqués mais l'information des familles et des patients concernant leur rôle reste insuffisante	49
7.2	Le registre de la loi est tenu conformément au code de la santé publique.....	50
7.3	Un nombre important de patients ne se rendent pas à l'audience du JLD qui n'est pas tenue dans l'établissement	51
8.	LES SOINS.....	52
8.1	La réorganisation des soins psychiatriques ne permet que difficilement le maintien, très fragile, de leur dispensation.....	52
8.2	L'effectif de médecin généraliste du pôle ne garantit pas la dispensation de soins somatiques répondant aux besoins.....	54
8.3	La sortie est anticipée dès l'entrée, dans la limite des places disponibles en structures adaptées pour les patients qui en relèvent	56
8.4	Les outils d'appui au consentement et à la qualité de l'alliance thérapeutique sont insuffisamment mis en œuvre.....	59
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	62
9.1	Quelques patients détenus sont hospitalisés en l'absence d'une prise en charge urgente à l'UHSA.....	62

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Julien Starkman, chef de mission ;
- Marie Auter ;
- Chantal Baysse ;
- Irène Boffy ;
- Philippe Lescene ;
- 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 centre hospitalier François Quesnay de Mantes-la-Jolie (département de Yvelines) du 3 au 7 avril 2023.

Les contrôleurs sont arrivés dans l'établissement le 3 avril à 13h00 et l'ont quitté le 7 avril à midi. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. La directrice de cabinet du préfet des Yvelines, l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, la présidente et le procureur de la République du tribunal judiciaire (TJ) de Versailles ont été avisés en début de mission.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par une vingtaine de personnes, notamment la directrice adjointe du site, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), la cheffe du pôle de psychiatrie et vice-présidente de la CME, le directeur des affaires financières, la directrice des ressources humaines, le cadre supérieur de santé (CSS) et deux cadres de santé (CS) du pôle de psychiatrie.

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

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

Les contrôleurs n'ont pu assister à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD), aucun patient n'ayant été présenté pendant la semaine de visite.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et n'ont pas sollicité d'entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 7 avril, en présence des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 25 juillet 2023 à la directrice générale du GHT des Yvelines-Nord, au préfet du département des Yvelines, à l'ARS d'Ile-de-France et aux chefs de la juridiction judiciaire de Versailles pour une période de réponse contradictoire d'un mois.

Seule la directrice générale du GHT des Yvelines-Nord a fait valoir des observations en retour, le 22 septembre 2023, prises en compte et intégrées au présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ETABLISSEMENT N'A PAS DOTE LE POLE DE PSYCHIATRIE D'UN DOSSIER PATIENT INFORMATISE ADAPTE

2.1.1 La politique intra et extrahospitalière

Le centre hospitalier François Quesnay (CHFQ) de Mantes-la-Jolie, sis 2 boulevard Sully, ouvert en 1997, implanté aux abords du quartier prioritaire du Val Fourré, est accessible depuis le centre-ville au moyen de deux lignes de bus, dont l'une permet de joindre le quartier de la Défense à Paris.

La population prise en charge présente une précarité socio-économique marquée, avec un taux de chômage et un taux de pauvreté de 21 % et de 30 % respectivement pour la ville de Mantes-la-Jolie¹.

L'établissement est organisé en sept pôles² et dispose de 492 lits et places³.

Le CHFQ fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) Yvelines-Nord⁴, dont le centre hospitalier intercommunal (CHI) Poissy/Saint-Germain-en-Laye constitue l'établissement support. Les quatre établissements du GHT ont constitué une communauté psychiatrique préfigurant la communauté psychiatrique du territoire (CPT) Yvelines Nord⁵.

La capacité de l'établissement a été décrite comme répondant difficilement aux besoins de son activité réelle, en raison des fermetures de lits (cf. § 2.2) liées à la pénurie de personnel médical et non médical (cf. § 2.3).

Le CHFQ a fait l'objet d'une certification sous conditions⁶ par le collège de la haute autorité de santé (HAS) le 23 février 2023, impliquant une nouvelle visite de certification, prévue au mois de janvier 2024.

Le projet d'établissement 2017-2022, communiqué aux contrôleurs, comprend, s'agissant de la filière « santé mentale », une unique fiche-action de trois pages, présentant succinctement l'offre de soins et un projet médical en quatre points : la proposition d'une offre de soins

¹ Données de l'INSEE pour l'année 2020.

² Les pôles médecine, chirurgie, urgences et réanimation, femmes-enfants, psychiatrie, soins de suite rééducation et gériatrie, et médicoteknique.

³ 217 de médecine, 46 de chirurgie, 33 de gynéco-obstétrique, 56 de psychiatrie, 40 de moyen séjour, 50 de long séjour, et 50 d'hébergement (source : fédération hospitalière de France).

⁴ Le GHT des Yvelines-Nord comprend également le CHI Meulan-Les Mureaux et le CH Montesson.

⁵ La CPT est une émanation de la loi du 26 juillet 2016 relative à la modernisation de notre système de santé qui crée également les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et les contrats territoriaux de santé mentale. La CPT est une instance de concertation et de décision réunissant les représentants de la psychiatrie publique hospitalière.

⁶ Rapport de certification du CHFQ par la HAS, février 2023, qui conclut notamment : « La commission de certification attire particulièrement l'attention de l'établissement sur la nécessité de renforcer la formation et la sensibilisation des professionnels aux médicaments à risques, la préservation de l'intimité des patients et la prise en charge des patients mineurs au sein d'un environnement adapté aux urgences, la prévention du risque suicidaire, l'accessibilité des locaux aux personnes porteuses de handicaps (handicap visuel ou auditif), l'analyse des pratiques cliniques par les équipes et la mise en œuvre d'actions d'amélioration, l'information des patients sur certains de leurs droits. A l'appui de ces éléments et de la globalité des résultats, la commission de certification prononce une certification sous conditions ».

cohérente, la programmation d'une relocalisation des locaux de deux structures extrahospitalières, les ressources médicales, et le développement de l'intersectorialité. Le contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2018-2023, signé avec l'ARS, ne comprend aucun indicateur spécifique des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC), ni des pratiques d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 1

Le contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de santé d'Ile-de-France doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Lors de la signature du CPOM en 2018, les indicateurs portent sur un parcours de soin sans rupture et des indicateurs de délais d'attente aux urgences. Nous notons qu'il serait important qu'apparaissent des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux et pratiques d'isolement et de contention, ces indicateurs pourront être définis, extraits et suivis avec une totale informatisation du dossier patient et du recueil d'activité. Nous prenons acte de l'obligation qui nous est faite pour le prochain CPOM* ».

Le pôle de psychiatrie ne dispose pas, en 2023, d'un dossier patient, ni d'un registre de l'isolement et de la contention informatisés. La direction n'a pas été en mesure de communiquer aux contrôleurs, en l'absence de logiciels pertinents et d'un personnel spécifiquement formé à cette mission de recueil et de suivi :

- des données fiables reflétant son activité de soins psychiatriques en SSC (cf. § 3.2) ;
- des données concernant les mesures d'isolement et de contention statistiquement inexploitable (cf. § 6.3) ;
- des données rendant compte du contrôle des mesures de SSC effectué par le JLD (cf. § 6.4) et de la proportion importante de patients qui refusent de se rendre à l'audience (cf. § 7.3).

RECOMMANDATION 2

L'établissement doit mettre en œuvre un dossier patient informatisé répondant aux besoins du pôle de psychiatrie, ainsi qu'une procédure informatisée efficace de recueil et de suivi des données de l'activité d'hospitalisation en soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention, appliquée par des agents spécifiquement formés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Le dossier médical et soignant spécialisé et le registre informatisé des isolements et contentions ont été totalement déployés depuis la fin du mois de juin 2023* ».

2.1.2 L'offre de soins de psychiatrie

L'offre de soins de psychiatrie pour les patients adultes comprend, lors de la visite :

- des unités intra hospitalières :

- une unité de crise et de négociation des soins, UCNS, dotée de six lits ;
- deux UHTP⁷ de vingt-cinq lits, chacune dotée d'une partie ouverte et d'une fermable correspondant anciennement à deux unités distinctes (cf. § 4.1 et 5.1.1) ;
- des unités extrahospitalières : deux CMP⁸, une unité de jour regroupant deux HDJ⁹ et un CATTP¹⁰, un appartement associatif doté de quatre places, et une structure d'accueil de nuit dotée de huit places, « la villa transition » ;
- deux équipes mobiles : le SIID¹¹ et l'EMOPSY¹² ;
- des activités spécifiques : l'accueil informel, la thérapie familiale, la consultation post-urgence, la consultation adolescent, l'électro convulsivothérapie, l'éducation thérapeutique du patient, la psychiatrie de liaison, la cellule d'urgence médico-psychologique.

L'organisation de l'offre de soins de pédopsychiatrie est exclusivement ambulatoire (un HDJ, un CMPI¹³).

Les trois unités hospitalières de psychiatrie, construites à l'occasion du déménagement du site de Bècheville (Yvelines) vers celui du CHFQ et livrées en 2008, sont regroupées sur un site distinct du bâtiment principal, de l'autre côté de la rue Gounod. Elles sont ceintes d'un grillage blanc, et disposent d'un parking accessible en passant une barrière ouvrable au moyen d'un boîtier à code. L'architecture contemporaine des bâtiments de plain-pied dégage un aspect général accueillant.

2.2 L'ETABLISSEMENT ACCUSE UN DEFICIT BUDGETAIRE SUPERIEUR A CELUI AYANT CONDUIT A UN PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE FINANCIER ENTRE 2015 ET 2017

Le budget de l'établissement pour l'année 2021, de 180 millions d'euros, associe une part de T2A¹⁴, et une de DAF¹⁵ de 16 millions d'euros. Ce budget comprend également 0,7 million d'euros lié aux mesures « Ségur¹⁶ » et 0,14 million d'euros lié au financement du plan de transformation de l'offre psychiatrique¹⁷.

⁷ UHTP : unité d'hospitalisation temps plein.

⁸ CMP : centre médicopsychologique.

⁹ HDJ : hôpital de jour.

¹⁰ CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

¹¹ SIID : soins intensifs et inclusifs à domicile.

¹² EMOPSY : équipe mobile de psychiatrie.

¹³ CMPI : centre médicopsychologique infantile.

¹⁴ T2A : la tarification à l'activité constitue le mode de financement des soins somatiques, selon une tarification relative aux actes et aux séjours enregistrés pour toutes les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

¹⁵ DAF : la dotation annuelle de financement est forfaitaire et rémunère la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de psychiatrie.

¹⁶ Le Ségur de la santé prévoit une revalorisation des carrières et des rémunérations du personnel non médical d'un certain nombre d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹⁷ Les mesures du plan de transformation de l'offre psychiatrique sont inscrites dans la feuille de route « santé mentale et psychiatrie », enrichie par les assises de santé mentale et de la psychiatrie tenues les 27 et 28 septembre 2021.

L'établissement, qui accusait un déficit de 8 millions d'euros, a fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre financier entre 2015 et 2017, impliquant une fermeture de 140 lits et une diminution des effectifs de 230 ETP. Le retour fragile à l'équilibre a été suivi d'une nouvelle évolution déficitaire progressive, liée notamment à la diminution de l'activité, évaluée entre 8 et 10 millions d'euros pour l'année 2022. Le pôle de psychiatrie a fermé six lits au mois de janvier 2022, puis quatre au mois d'août de la même année, en raison d'une vétusté n'ayant bénéficié d'aucun travaux de réhabilitation et de la pénurie médicale (cf. § 2.3).

Le projet de rénovation du service d'accueil des urgences, dont le coût s'élève à 12,5 millions d'euros, n'était financé qu'à hauteur de 50 %, lors de la visite.

L'utilisation partielle du montant non dépensé de la DAF, pour participer à pallier le déficit de l'établissement, a été rapportée aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 3

Les recettes budgétaires de l'établissement, au titre du financement des soins psychiatriques, doivent être investies dans leur mise en œuvre, afin de répondre aux besoins de prise en charge de la santé mentale de la population concernée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Le CHFQ est un établissement pluridisciplinaire, avec non seulement une activité psychiatrique adulte et enfant, mais également de médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite (SMR), urgences, etc. Ses recettes d'exploitation sont donc basées sur plusieurs vecteurs de financement, qui sont fongibles pour couvrir l'ensemble des charges de l'établissement. Pour autant, il s'assure de pourvoir aux besoins à hauteur des nécessités du pôle psychiatrie* ».

Un financement réservé de 92 000 euros, pour la réalisation du projet de mise en œuvre d'espaces et de chambres d'apaisement, est reporté dans l'attente du début des travaux. Aucun ne l'est pour la mise en place, sollicitée par le pôle, de verrous de confort électroniques sur les portes des chambres et l'achat des badges individuels qui leur sont associés (cf. § 4.1).

Un crédit DAF est reporté d'un exercice annuel à l'autre, dans l'attente notamment de la mise en œuvre du projet territorial EMUCA¹⁸ (équipe mobile pour psychiatrie d'urgence de l'adolescent). Aucun crédit lié au FIOP¹⁹ n'est alloué, en l'absence de réponses aux appels à projet de l'ARS.

Un budget annuel d'environ 39 000 euros est alloué au pôle de psychiatrie pour le financement des activités d'ergothérapie, de sorties ou de sport, principalement utilisé par la pédopsychiatrie. Le pôle de psychiatrie doit par ailleurs solliciter la COMELH²⁰ annuelle pour la présentation de ses projets d'activités et la demande de leur prise en charge.

¹⁸ EMUCA : équipe mobile pour la prise en charge des urgences et de la crise chez les adolescents.

¹⁹ FIOP : fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie.

²⁰ COMHEL : commission équipement logistique hébergement.

2.3 LE PERSONNEL MEDICAL SOUFFRE D'UNE PENURIE MAJEURE, SANS PERSPECTIVE DE RECRUTEMENT

2.3.1 Le personnel médical

La période de la visite correspond à une péjoration de l'effectif de psychiatre avec le départ à la retraite de deux d'entre eux employé chacun à 0,5 ETP, et de l'installation dans le secteur libéral d'un troisième à 0,4 ETP. Cinq des 14,5 ETP, soit 34 % de l'effectif théorique de psychiatres, restent pourvus à l'issue de cette évolution. En pratique, un médecin intérimaire fidélisé²¹, et un second qui a le projet de quitter le service à court terme²², assurent chacun une présence de 0,8 ETP dans chaque UHTP. Un PH assure à temps plein une présence à l'UCNS. La cheffe de pôle remplace ses collègues lors de leurs périodes de congés et assure une présence à raison de 0,3 ETP à l'UCNS. En l'absence de toute perspective de recrutement lors de la visite, le constat dressé par le personnel était le suivant : « *on navigue à vue au quotidien s'agissant de la pérennité des médecins* ».

RECOMMANDATION 4

L'agence régionale de santé d'Ile-de-France et l'établissement doivent urgemment considérer les risques de la pénurie extrême de l'effectif de psychiatres, et garantir un recrutement adapté, qui permette de prévenir la perte à court terme d'un accès possible aux soins psychiatriques des patients souffrant de troubles mentaux dans le territoire des Yvelines-Nord.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale sans exposer aucune solution : « *La direction hospitalière et l'ARS sont conscients de la situation* ».

L'organisation qui permet d'assurer la permanence des soins est formalisée par des règles de présence et un système de garde. Cette organisation prévoit que l'établissement doit faire appel à des intérimaires de manière régulière et pendant de longues périodes, afin de pallier la pénurie de l'effectif de médecins. Les intérimaires interviennent pour compléter le dispositif d'astreinte les vendredis après-midi en l'absence des psychiatres du pôle et celui des gardes la nuit en semaine, le samedi, le dimanche. Il s'agit d'intérimaires fidélisés connus du service que la cheffe de pôle peut contacter directement dans le cadre du contrat de pôle. Ils sont financés au tarif réglementaire²³. La garde se tient de 18h00 à 9h30 ; le temps de repos est effectif.

Le pôle de psychiatrie a réorganisé, dans ce contexte de pénurie, les procédures de dispensation des soins médicaux, en développant les prises en charge à domicile (cf. § 3.1.1 et § 8.3) et ambulatoires.

Un médecin urgentiste se rend dans le pôle de psychiatrie trois demi-journées par semaine pour assurer les examens somatiques des patients des trois unités (cf. § 8.2).

²¹ Effectuant son année probatoire suivant sa réussite du concours national de PH.

²² Absent lors de la visite en raison de sa convocation aux épreuves du concours national de PH, et ayant pour projet personnel une installation dans une autre région.

²³ Le tarif réglementaire est de 930 euros pour 24 heures.

2.3.2 Le personnel non médical

Après diffusion des postes vacants dans l'établissement, les candidats sont d'abord reçus par le cadre supérieur de santé (CSS) et la cadre de santé (CS) chargée des ressources humaines pour avis, puis par la direction des ressources humaines (DRH). Six nouveaux infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ont été recrutés peu avant la visite pour compenser des départs en province survenus durant la pandémie de Covid. A l'inverse du personnel médical, les soignants recrutés en intra hospitalier sont nombreux pour assurer la prise en charge des quarante patients admis en hospitalisation complète. Aucun des postes d'IDE, d'aide-soignant (AS), d'agent des services hospitaliers (ASH, dénommés intendants hospitaliers localement ou IH) et d'assistant de service social (ASS) n'est vacant.

Un CSS et trois CS organisent le service des vingt-trois IDE (22 ETP), des seize AS (16 ETP) et des six ASH à temps plein. Chacun des cadres est responsable de missions transversales permettant le fonctionnement du service. L'un a en charge la continuité des soins, la qualité et les ressources humaines, le deuxième la gestion des entrées et sorties, l'organisation des lits, les projets des patients et le troisième les formations et les travaux. Affectés lors de l'arrivée dans une unité correspondant à un secteur, les soignants de l'équipe ont la possibilité, à chaque période de réalisation des plannings par les cadres, d'opter pour l'une ou l'autre des unités. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'ils sont enclins à suivre les patients dont ils sont référents dans leurs parcours de soins entre les deux parties du service. Deux psychologues interviennent dans les unités à temps partiel (1,5 ETP). Seules les deux secrétaires (1,80 ETP) et les quatre ASS (2,4 ETP) restent sectorisées. Si les locaux sont équipés pour les interventions d'un musicothérapeute, d'un ergothérapeute et d'un art-thérapeute, ces professionnels n'interviennent plus dans les unités intra hospitalières (cf. § 8.1.2b). La mise en œuvre du service de soins inclusifs intensifs à domicile (SIID), à partir de soignants du service a nécessité le recrutement d'un IDE supplémentaire.

Les cadres sont présents de 9h00 à 17h30 ; l'un d'entre eux est de permanence durant la semaine et une astreinte est organisée la nuit, le week-end et les jours fériés. Les soignants travaillent selon un roulement de douze heures. Il a été indiqué que ce choix favorise à la fois une continuité valorisée des soins pour les patients et un confort de vie personnelle des soignants qui, pour certains, sont logés loin du CHFQ. L'équipe de nuit (deux IDE et deux AS) n'est pas distincte. Les soignants assurent chacun deux nuits par mois environ. Les horaires de travail des IDE sont les suivants : de 7h15 à 19h15, de 7h30 à 19h30 ou de 7h45 à 19h45 pour assurer les transmissions avec l'équipe de nuit qui prend son service de 19h30 à 7h30. Les AS et les IH travaillent de 7h30 à 19h30. L'effectif minimum dit « *de sécurité* » correspond à la présence de quatre IDE, quatre AS et 2 IH par jour. Les plannings révèlent que six IDE, quatre AS et 2 IH au minimum interviennent en pratique. La CS, responsable des ressources humaines du pôle, prévoit un sureffectif dans les plannings pour pallier d'éventuelles absences. Un septième IDE et un cinquième AS sont ajoutés aux plannings pour, le cas échéant, assurer les soins à domicile dans le cadre du SIID. Ce renfort au quotidien permet d'accompagner des sorties, lorsqu'aucun soin à domicile n'est prévu.

Le projet de pôle, porté par la cheffe de pôle et le CSS, est discuté en assemblée générale de pôle. Des réunions entre médecins et cadres se tiennent pendant la pause méridienne. Enfin, des réunions en équipe pluriprofessionnelle trimestrielles ont notamment permis l'élaboration de la réorganisation de la dispensation des soins médicaux, la mise en œuvre des soins à domicile, la télémédecine et la création de chambres et d'espaces d'apaisement.

Le refus de l'obligation vaccinale (seul un médecin des services MCO est encore en arrêt de travail dans ce cadre) n'a pas aggravé les difficultés d'effectif global lors de la pandémie de Covid-19. Le

pôle de psychiatrie ne pâtit pas d'absentéisme sous forme « perlée ». Deux professionnels sont absents, au motif de maladies chroniques. Le taux d'absentéisme du personnel dans les unités d'hospitalisation complète était de 5,22 % en 2022.

Le service infirmier de complément et de suppléance (SICS) dispose d'1 ETP de CS, de 10,8 ETP d'IDE et de 10 ETP d'AS. Cinq IDE sont positionnés de façon privilégiée en psychiatrie, à la condition d'avoir fait partie de l'équipe au préalable. Les absences prévisibles (maternité, congé longue maladie) sont remplacées durablement par un soignant du SICS. Des vacataires sont recrutés par le biais de l'application numérique « Simply pool », lorsque le SICS ne peut assurer de suppléance. Ces soignants sont reçus par le cadre du SICS avant d'être orientés vers la DRH. Fidélisés, ils sont connus des services. En cas d'absence inopinée, les CS sollicitent d'abord les soignants de leur unité pour se substituer au professionnel absent de même catégorie, puis le pool de remplacement en cas d'insuccès.

Les contrôleurs ont relevé une réelle dynamique de formation. Outre le plan annuel de formation classique proposé à l'ensemble des professionnels dans un hôpital général, le pôle de psychiatrie bénéficie d'un budget spécifique, permettant des formations dispensées par des professionnels extérieurs, et des formations de formateurs dans le pôle, au bénéfice du plus grand nombre de ses soignants. Les formations de pôle sont organisées à partir des axes institutionnels, du choix des médecins et des cadres, et selon les demandes individuelles des soignants lors des entretiens annuels d'évaluation. A titre d'exemple, certaines formations sont fortement conseillées telles « le risque suicidaire » ou « la sécurité » qui regroupent chacune onze soignants pendant une journée. La formation « l'isolement et la contention » est assurée par des formateurs internes (deux IDE), et concerne le repérage des signes de la crise, l'entretien de désescalade, la gestion de la crise et la gestuelle à adopter. D'autres formations sont initiées, notamment celle assurée par une IDE du service de réanimation du CHFQ, concernant les procédures et les gestes d'urgence et l'utilisation du chariot d'urgence. Celle spécifique de la gestion des conflits est également assurée par un IDE formateur interne. Les formations regroupent dix à onze IDE et AS. Un remplacement est organisé par le SICS ou par des vacataires, pour privilégier les temps de formation. Les soignants sont toutefois peu formés aux droits des patients en SSC. Le plan annuel prévoit deux types de formation sur les droits sans spécificités relatives à la psychiatrie. Les nouveaux professionnels indiquent avoir eu une initiation durant leurs études puis, en interne, pendant la période du tutorat. L'établissement et l'ARS apportent un soutien financier aux formations d'infirmier de pratique avancée (IPA) dans le secteur de la santé mentale (deux IPA sont formées et deux IDE partent en formation à partir du mois de septembre 2023). Les médecins bénéficient de formations auxquelles ils s'inscrivent de manière autonome et, le cas échéant, sont remboursés par l'établissement.

Les réunions d'analyse des pratiques professionnelles et de supervision proposées ne sont pas sollicitées par les soignants au motif, selon les propos recueillis, que le temps d'échange informel de la pause méridienne du lundi leur suffit.

Une forme de tutorat des nouveaux arrivants fonctionne par l'implication d'un groupe de six soignants volontaires.

Les équipes du pôle de psychiatrie n'ont mis en œuvre aucune évaluation des pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 5

Le pôle de psychiatrie doit mettre en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Les équipes du pôle de psychiatrie ont mis en œuvre plusieurs évaluations des pratiques professionnelles en psychiatrie. Parmi ces évaluations, on peut citer : 5 patients traceurs, 3 parcours traceurs, un traceur ciblé, événement indésirable grave, la collecte d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (prise en charge de la douleur, évaluation cardio-vasculaire et métabolique, évaluation gastro-intestinale, repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions, un audit sur la maîtrise de l'urgence vitale, et un audit sur la gestion des déchets.*

2.4 LES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES SONT TRACÉS MAIS LES RETOURS D'EXPÉRIENCE NE SONT PAS FORMALISÉS

Le service qualité et gestion des risques indique que les unités de psychiatrie tracent les événements indésirables (EI), et portent une attention particulière à la gestion et à la prévention des risques. Tous les agents du GHT relevant un EI peuvent renseigner des fiches d'événements indésirables (FEI), quel que soit leur statut, dans le logiciel BlueKango. Les FEI peuvent être adressées de façon anonyme. Quinze d'entre elles ont concerné les unités de psychiatrie et deux l'unité de crise entre le 17 octobre 2022 et le 23 mars 2023. Une seule était relative à la sécurité des personnes (remise par un patient d'un couteau suisse qu'il portait sur lui, puis d'un couteau de chasse conservé dans sa chambre, dans les suites d'une altercation avec les soignants). Trente-cinq EI ont été recensés dans le pôle de psychiatrie en 2021 (hors CMP et HDJ).

Le viol d'un patient vulnérable à l'automne 2022 a été signalé aux contrôleurs. Des officiers de police judiciaire se sont déplacés dans l'unité pour prendre la plainte du patient, en présence de sa curatrice. Le patient mis en cause a été placé en garde à vue et a par la suite été déclaré pénalement irresponsable.

Un seul EI grave (EIG) a été signalé pendant les trois dernières années (un cas de suicide en 2020 d'un patient au sein du pôle) et fait l'objet d'un retour d'expérience (RETEX). Les contrôleurs ont été les témoins de situations de conflits (entre deux patients, ainsi qu'entre une patiente et l'équipe soignante) ou d'agressions verbales et ont constaté l'absence d'une procédure formalisée de leur signalement.

Dès l'identification d'une situation à risque, les PTI²⁴ sont déclenchés. Toute l'équipe de l'unité, formée à la pratique de la désescalade est mobilisée auprès des patients. Les équipes font part d'un sentiment fort de solidarité (cf. § 2.4).

Un groupe de parole libre entre soignants, pour l'abord d'éventuelles situations de tension au sein du service et interrompu depuis le mois de janvier 2023 par manque de temps disponible, se tenait les lundis après-midi de 13h30 à 14h30 dans la cafétéria, en présence des trois cadres de santé. Un intervenant (médecin, IDE, etc.) est parfois invité pour présenter une thématique particulière. Les contrôleurs ont pu également constater que l'organisation des équipes favorisait les échanges informels.

²⁴ PTI : protection du travailleur isolé.

Si les soignants sont invités à contacter la psychologue du travail en cas d'agression, l'absence de retour formalisé concernant les situations de conflit ou de violences et le caractère très libre et informel des échanges ne permettent pas de pallier d'éventuelles stratégies d'évitement de la restitution, et ne garantissent pas le repérage des difficultés professionnelles.

RECOMMANDATION 6

Des débriefings et des retours d'expérience doivent être mis en place après la survenue des événements indésirables graves.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Conformément à la charte de fonctionnement des comités de retour d'expérience (CREX), des réunions de retour d'expérience sont organisées à la suite d'événements indésirables graves* ».

Des courriers de rappel à la loi et de demandes d'excuses sont adressés aux patients auteurs d'agressions par la direction. Les équipes indiquent se sentir soutenues par la direction qui les encourage à déposer plainte (avec une possibilité de domiciliation au CHFQ) mais ne les soutient pas financièrement lors d'un éventuel recours à un avocat (en 2021, treize plaintes ont ainsi été déposées pour l'ensemble des services du CHFQ).

Aucun registre des certificats pour coups et blessures n'est tenu au sein du pôle. En cas de blessure physique, le patient ou le soignant concerné est adressé aux urgences, où sont établis les certificats. Une convention police-justice a été signée en 2018²⁵, comportant la rédaction d'un plan de sécurisation de l'établissement, qui implique l'intervention des forces de police en cas de survenue d'événements graves. Aucune intervention des forces de l'ordre n'a été recensée dans l'unité de psychiatrie au cours des trois dernières années.

La sortie non autorisée d'un patient²⁶ ne fait pas l'objet d'un signalement en qualité d'EI. En cas de sortie d'un patient hospitalisé en SSC, la situation est signalée au commissariat, qui met en œuvre des recherches. Les sorties non prévues de patients fragiles hospitalisés en SL sont également signalées au commissariat.

Les démarches permettant d'effectuer une réclamation ou de déposer plainte sont expliquées dans le livret d'accueil, mais aucun accompagnement à sa lecture n'est mis en place. L'information par voie d'affichage au sein des unités précise la gradation des démarches : la personne étant invitée à s'adresser d'abord aux équipes, puis aux cadres, puis à adresser un courrier à la direction, puis à faire appel aux deux médiateurs, un médecin et un représentant des usagers, puis à saisir la CDU. Un système d'affichage complémentaire impliquant la lecture de QR codes permet d'accéder aux informations utiles et notamment de formaliser des réclamations. Aucune information n'est délivrée concernant la saisine de la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) ni celle du juge administratif.

Les relations des proches et des familles avec les équipes soignantes, décrites comme faciles à joindre, sont aisées ; cependant, l'information des proches et des familles quant à la possibilité de formuler des réclamations reste insuffisante. Le salon d'accueil des familles ne comporte

²⁵ Convention signée au mois de juillet 2018 par le CHFQ, le Parquet de Versailles, la direction départementale de la sécurité publique des Yvelines, et le groupement de gendarmerie des Yvelines.

²⁶ Le cas s'est présenté lors de la visite, pour un patient hospitalisé en SL, sorti par sa fenêtre, puis réadmis dans la journée, s'étant présenté de lui-même dans le service d'accueil des urgences.

aucun affichage. Aucun registre des plaintes ou des réclamations n'est tenu. En psychiatrie, aucune médiation ne s'est tenue, et une seule réclamation à l'adresse de la direction a été formalisée, en 2022 (la famille souhaitant la prolongation de l'hospitalisation en SSC de son proche). La CCI n'a jamais été saisie.

RECOMMANDATION 7

Les patients et les proches doivent recevoir des informations adaptées concernant les modalités de présentation d'une réclamation, la mise en œuvre d'une médiation, la saisine de la commission des usagers, et les voies de recours relatives à la qualité des prises en charge.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Le livret d'accueil, qui contient les informations concernant les modalités de présentation d'une réclamation ainsi que la saisine de la commission des usagers, est accessible aux patients via les codes QR figurant sur l'affiche "où trouver l'information". La cheffe de pôle souligne la nécessité de recruter un professionnel administratif dédié, le profil de poste restant à réécrire* ».

2.5 L'ETABLISSEMENT N'EST PAS POURVU D'UN COMITE D'ETHIQUE

Ni l'établissement ni le pôle de psychiatrie ne disposent d'un comité d'éthique. Un projet de mise en place d'un tel dispositif porté par une PH du service des soins palliatifs était en cours lors de la visite.

Les soignants de psychiatrie interrogés n'ont jamais eu connaissance d'un tel dispositif. En cas de difficultés ou d'interrogation d'ordre éthique, ils peuvent échanger durant la réunion de réflexion hebdomadaire, qui réunit les soignants et les cadres du pôle de psychiatrie, au cours de laquelle la parole est libre et des éléments de formation théorique sont parfois dispensés par des intervenants extérieurs au service.

Le CGLPL déplore l'absence d'un espace permettant aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant l'exercice de leur fonction et la résolution des difficultés pratiques qu'ils rencontrent.

RECOMMANDATION 8

Une instance de réflexion doit permettre aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant l'exercice de leur fonction, recueillir les interrogations éthiques des soignants et leur diffuser des éléments de réponse. L'ensemble du personnel doit être informé de son existence et de ses missions.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *En accord avec les principes généraux du pôle de psychiatrie, les parcours de soins répondent aux nécessités d'une prise en compte singulière des situations (psychiatrie à la personne). A cet effet, chaque situation donne lieu à des échanges spécifiques lors des réunions hebdomadaires. Par ailleurs, une situation particulière peut donner lieu à une réunion (exceptionnelle) permettant les échanges pluriprofessionnels* ».

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS PSYCHIATRIQUES URGENTES EST PERTINENTE ET PROTOCOLISEE

3.1.1 La prise en charge des urgences et des situations préhospitalières

Le dispositif, pertinent, présenté aux contrôleurs, s'appuie sur les principes de la psychiatrie à la personne et de l'éthique relationnelle, concevant les soins psychiatriques dans une dimension territoriale qui implique le domicile comme centre du système, coordonné par l'équipe de l'UCNS.

Son effectif comporte 1,3 ETP de psychiatre, pourvus par un psychiatre à temps plein et la cheffe de pôle à 0,3 ETP, 15 ETP d'IDE, 1 ETP d'AMA.

Les missions de l'équipe associent des activités spécifiques très diversifiées :

- l'évaluation des patients à présentation psychiatrique, dans le service d'accueil des urgences du CHFQ ;
- l'activité de liaison dans les services de soins généraux du CHFQ, effectuée par des IDE de première ligne, du CMP les lundis, mercredis et vendredis, et de l'UCNS lorsque ces derniers sont indisponibles ;
- les consultations post-urgence, réalisées par un binôme d'IDE appuyé par le psychiatre en cas de besoin, dans un délai moyen de quatre jours, qui permettent la réévaluation du patient et son orientation éventuelle vers le CMP (un tiers des cas), dans le cadre d'un parcours protocolisé²⁷ ;
- l'intervention à domicile au sein de l'équipe mobile SIID, et en renfort des IDE du CMP au sein de celle de l'EMOPSY ;
- le suivi des patients hospitalisés dans les six lits de l'UCNS ;
- la thérapie familiale, organisée dans un dispositif adapté (salle réservée avec un miroir sans tain, matériel vidéo) au sein de l'unité ;
- la neuromodulation, qui associe les séances d'électro-convulsivothérapie effectuées au CHFQ par un psychiatre et un IDE spécifiquement formés, protocolisées²⁸ et comprenant la recherche systématique du consentement du patient ; et le projet de mise en œuvre de séances de stimulation magnétique transcrânienne²⁹ ;
- la participation au dispositif « Vigilans 78³⁰ », dans le cadre d'un protocole de prise en charge des patients à risque suicidaire³¹ ;

²⁷ Procédure de l'établissement « Parcours patient du CMP », juin 2022.

²⁸ Procédures de l'établissement « Electro convulsivothérapie », « Organisation et parcours ECT » et « Fiche technique ECT », avril 2022.

²⁹ La stimulation magnétique transcrânienne est une technique médicale non invasive de neurostimulation du cortex cérébral, utilisée dans le diagnostic et dans le traitement de certaines affections psychiatriques et neurologiques.

³⁰ Le dispositif Vigilans, créé en 2015 dans le département des Hauts-de-France, a pour objectif général de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récives de tentative de suicide. Ce dispositif consiste en un système de re contact et d'alerte en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec elle.

³¹ Procédure de l'établissement « Prise en charge d'un patient à risque suicidaire », décembre 2022.

- la référence et l'organisation de la cellule d'urgence médico-psychologique, à laquelle peuvent participer l'ensemble des soignants du pôle, sont assurées par l'UCNS.

Le patient peut se présenter dans le service d'accueil des urgences du CHFQ en provenance de son domicile ou de la rue, adressé par une unité de soins ambulatoires, par un médecin de ville ou par l'EMOPSY, seul ou accompagné d'un proche, ou d'un service de secours ou de sécurité (SMUR, pompiers, police, gendarmerie).

Selon le protocole³², le patient doit être évalué, sur sollicitation de l'IAO³³ ou des urgentistes, par deux IDE de l'UCNS de première ligne la journée en semaine, par le psychiatre de garde et un IDE pendant le temps de garde en semaine et le week-end, qui se déplacent vers le service des urgences. L'examen médical somatique est systématique mais la réalisation d'un bilan complémentaire (ECG, prélèvement sanguin) adaptée au besoin, prévu par le protocole, fait parfois défaut, notamment la nuit.

Des scanners cérébraux et des bilans complémentaires sont réalisés dans le SAU lorsque le patient s'y présente pour la première fois. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucun accord n'avait pu être trouvé entre le SAU et le pôle de psychiatrie pour la définition d'un protocole encadrant certains examens biologiques plus spécifiques (lithiémie par exemple), lesquels ne sont pas réalisés par le SAU, au motif que l'obtention de leurs résultats est trop tardive. Des bilans sanguins complémentaires sont régulièrement prescrits dans les unités par les médecins psychiatres. La recherche systématique des causes somatiques éventuelles des symptômes psychiatriques des patients accueillis a été signalée comme insuffisamment assurée, au motif de l'état de saturation du SAU, et plus particulièrement en l'absence de l'urgentiste référente, malgré les recommandations de bonnes pratiques de la société de médecine d'urgence³⁴. L'urgentiste référente indique cependant anticiper les bilans ultérieurs à réaliser dans les unités psychiatriques lorsqu'elle est de garde aux urgences. Ainsi, seuls les patients accueillis pendant les nuits de garde de l'urgentiste référente du pôle de psychiatrie bénéficient des examens complémentaires nécessaires.

RECOMMANDATION 9

Les patients à présentation psychiatrique pris en charge dans le service d'accueil des urgences doivent systématiquement bénéficier d'un examen somatique initial et de la réalisation de tous les examens complémentaires nécessaires.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Les patients porteurs d'une maladie mentale sont accueillis conformément à la politique de l'établissement. Aux urgences l'ensemble des examens pratiques donnent lieu à un échange avec le pôle de psychiatrie. Néanmoins, c'est a priori le médecin des urgences qui hiérarchise les données du bilan qui lui semble nécessaires* ».

³² Procédure de l'établissement « Parcours du patient en psychiatrie, des urgences à la psychiatrie », avril 2022.

³³ IAO : infirmière d'accueil et d'orientation.

³⁴ Recommandations de bonne pratique clinique de la société française de médecine d'urgence : Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences, 31 mars 2021.

L'intervention de l'EMOPSY est consécutive à la sollicitation d'une personne extérieure (un membre de l'entourage du patient, un professionnel de santé, etc.) qui signale une situation lui semblant inquiétante. Un contact est établi avec le patient dont le consentement est recherché en vue d'une rencontre, afin d'évaluer son état psychique, l'indication de la poursuite d'un suivi à domicile, d'une orientation vers le CMP, d'une hospitalisation, et son acceptation de se rendre seul aux urgences ou la nécessité de solliciter les pompiers.

L'équipe dispose d'un box permettant d'accueillir un brancard et d'un bureau d'entretien équipé d'un ordinateur, situés dans le couloir du service d'accueil des urgences, qui ne comprend aucun espace d'isolement spécifique. La contention est pratiquée en cas d'agitation sur un brancard avec du matériel de tissu, sur décision exclusive d'un urgentiste, tracée comme la surveillance IDE dans le DPI qui présente des onglets spécifiques, sans faire l'objet d'un recueil dans un registre spécifique. Les patients peuvent également être accueillis dans un box des urgences ou dans un lit de l'UHCD³⁵ voisine, selon leur état clinique ou la nécessité d'une prise en charge somatique concomitante. La décision est ensuite prise d'un retour à domicile avec ou sans suivi en consultation de post-urgence, ou d'une admission à l'UCNS ou dans une unité de psychiatrie.

Les admissions en SL sont toujours privilégiées. Les hospitalisations en SDDE font l'objet d'une recherche systématique d'un tiers. L'organisation très complexe de la certification, en raison de la vacance de dix postes d'urgentistes comblée par l'emploi de très nombreux praticiens attachés associés non-signataires, de l'absence de dispositif « SOS médecin » et de l'indisponibilité des généralistes de ville pour ce faire, se traduit par la prééminence des hospitalisations en SDDE selon la procédure dérogatoire (cf. § 3.2). Les patients en SDRE sont le plus souvent interpellés et conduits au commissariat de Mantes-la-Jolie, où l'équipe de l'UCNS va les chercher pour les conduire vers l'UHTP. Le transport du patient du commissariat vers le service des urgences puis vers l'UHTP s'effectue en ambulance privée, en position allongée sur un brancard, après un traitement sédatif administré par les urgentistes si nécessaire, sous contention selon l'état clinique.

Les patients hospitalisés à l'UCNS le sont de façon protocolisée³⁶, exclusivement en SL, pour une durée brève permettant une évaluation clinique, une surveillance initiale, et la définition d'un projet de soins ultérieur adapté à la situation clinique individuelle. Chaque patient bénéficie systématiquement d'au moins une évaluation psychiatrique et la durée moyenne de son séjour s'élève à quatre jours. Le patient peut ainsi retourner à domicile avec ou sans suivi en consultation de post-urgence, être orienté vers le CMP, ou être admis dans une UHTP. En cas de retour chez lui, il peut également faire l'objet d'un suivi à domicile par l'équipe mobile du SIID, qui implique l'intervention d'un binôme pouvant associer des soignants de l'UCNS, des UHTP ou du CMP, mais aussi de l'ASS. L'équipe pluriprofessionnelle tient une réunion institutionnelle chaque matin, qui permet l'assignation de chaque mission pour la journée, et l'évocation de l'état clinique et des étapes à conduire pour le projet de chaque patient.

Le consentement du patient est recherché à toutes les étapes de la prise en charge et l'alliance thérapeutique constitue la préoccupation majeure.

³⁵ UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée du service d'accueil des urgences.

³⁶ Procédure de l'établissement « Parcours du patient en psychiatrie à l'UCNS », juin 2022.

BONNE PRATIQUE 1

La recherche continue du consentement et de l'alliance thérapeutique du patient, la diversité des outils de soins développés, et l'adaptabilité remarquable de l'équipe, garantissent une qualité et une pertinence notables des prises en charge individualisées effectuées dans l'unité de crise et de négociation des soins.

3.1.2 L'admission dans le service

Le patient est adressé par le SAU après son évaluation psychiatrique, par l'UCNS ou par une équipe mobile. Il est accueilli par une IDE qui conduit l'entretien d'accueil, bénéficie d'une visite des locaux, et le choix de sa chambre est conditionné par celles restées libres et son état clinique, les patients en crise ou particulièrement fragile étant préférentiellement placés près du bureau des IDE.

Un inventaire des effets personnels est établi, qui n'est pas signé contradictoirement de façon systématique et dont aucune copie n'est remise au patient.

RECOMMANDATION 10

Le patient doit pouvoir signer contradictoirement l'inventaire de ses effets personnels et s'en voir remettre une copie.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *L'inventaire est informatisé depuis 2023, une copie sera remise au patient* ».

Le patient bénéficie d'un entretien avec le psychiatre dans les plus brefs délais et l'examen somatique d'entrée est réalisé lors du déplacement de l'urgentiste qui intervient dans le service (cf. § 8.2).

3.2 L'ETABLISSEMENT NE DISPOSE PAS D'OUTIL PERMETTANT DE MESURER AVEC FIABILITE L'ACTIVITE DES SOINS SANS CONSENTEMENT

Les données fournies aux contrôleurs par l'établissement n'ont pas permis de mesurer et d'analyser l'activité du pôle de psychiatrie. Les données relatives au taux d'occupation de l'année 2022 ont été calculées sur une base de cinquante-six lits, alors que six lits ont été fermés au mois de janvier et quatre au mois d'août. Le logiciel Sillage ne permet pas de distinguer les patients de psychiatrie, de sorte que les statuts d'hospitalisation ont été recueillis manuellement, révélant des anomalies et des chiffres discordants.

Il est cependant possible de dégager des tendances et d'émettre quelques affirmations.

Aucune période de suroccupation des lits au sein du pôle n'est observée malgré la fermeture de lits et aucun patient n'est maintenu dans le service d'accueil des urgences en attente d'une hospitalisation.

Le CHFQ est régulièrement sollicité *via* la cellule régionale d'appui à la recherche de lits d'hospitalisation en psychiatrie de l'ARS Île-de-France, pour accueillir des patients d'autres secteurs, de Poissy ou des Mureaux principalement. Le nombre de patients hors secteur accueillis au CHFQ n'a cependant pas été communiqué.

La part des patients admis en SDDE³⁷ au titre de la procédure de droit commun de SDT³⁸ a été de moins de 5 % en 2021 et 2022. Le recours à la procédure dérogatoire de l'urgence (SDTU³⁹) est très majoritaire, représentant environ 65 à 70 % des SSC⁴⁰ et près de 80 % des SDDE. Il est indiqué que cette forte proportion s'explique par les difficultés à mobiliser un médecin extérieur pour établir l'un des deux certificats médicaux fondant la décision. La procédure dérogatoire en cas de péril imminent (SPI⁴¹) est peu utilisée, les entourages des patients étant systématiquement recherchés, et concerne principalement des patients arrivant du commissariat et/ou originaires d'autres secteurs.

RECOMMANDATION 11

Le recours à la procédure dérogatoire que constitue l'admission en soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel, et le recours à la procédure classique de soins à la demande d'un tiers la règle.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Le recours à la procédure dérogatoire est sous-tendu par deux éléments contextuels : la majorité des patients relevant d'une hospitalisation en soin sans consentement va se présenter à l'unité d'urgence générale de son propre chef ou accompagné par son entourage familial, sans recours préalable à leur médecin généraliste. Dans ces circonstances, afin d'apporter au patient et à son entourage une réponse adaptée dans les meilleurs délais, l'équipe des urgences procède au bilan somatique permettant d'éliminer une étiologie somatique. A la présentation clinique qui requiert l'avis de l'équipe de psychiatrie, celle-ci n'a aucune possibilité de recourir à un médecin généraliste extérieur dans des délais raisonnables. L'offre de médecine générale sur le Mantois, soutenue aujourd'hui à la faveur de la mise en place des CPTS, ne permet pas d'imaginer qu'un médecin généraliste, même médecin traitant puisse établir un premier certificat. De nombreux patients accueillis par le pôle de psychiatrie ne bénéficient d'aucun médecin traitant. Dans ces conditions seule la procédure dérogatoire permet une réponse adaptée réduisant le risque d'une dégradation du délai de prise en charge voire une absence de prise en charge. Il n'existe sur le Mantois aucune organisation médicale de type "SOS médecin" qui pourrait limiter le recours à la procédure dérogatoire ».

L'établissement privilégie une prise en charge ambulatoire et inclusive du patient, s'efforçant de limiter les temps d'hospitalisation. Les données communiquées révèlent une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS, 22,9 jours en 2020, 20,5 en 2021 et 18,7 en 2022) expliquée par les interventions du SIID au domicile des patients.

Les données transmises aux contrôleurs concernant l'activité, amalgamant le nombre de mesures et le nombre de patients, n'ont pas permis d'évaluer le nombre de ré-hospitalisations.

³⁷ SDDE : soins sur décision du directeur de l'établissement.

³⁸ SDT : soins à la demande d'un tiers.

³⁹ SDTU : soins sur demande d'un tiers en urgence.

⁴⁰ SSC : soins sans consentement.

⁴¹ SPI : soins en cas de péril imminent.

De même, le taux de prise en charge des patients en SSC n'a pu être statistiquement évalué pour sa comparaison à la moyenne nationale, les données variant sensiblement en fonction des sources exploitées.

RECOMMANDATION 12

L'établissement doit mettre en œuvre une modalité de recueil fiable et statistiquement exploitable des données de son activité concernant les soins sans consentement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Les statistiques sont réalisables dans le requêteur institutionnel depuis le déploiement du logiciel Sillage Psy* ».

3.3 L'INFORMATION DU PATIENT, ORALE COMME ECRITE, EST TRES INSUFFISANTE

3.3.1 L'information concernant l'établissement et le séjour

Le patient reçoit oralement de l'IDE qui l'accueille lors de son admission les informations concernant la présentation et le fonctionnement de l'unité et du pôle.

Les informations écrites font défaut. Le livret d'accueil n'est pas distinct de celui du CHFQ, qui ne présente aucune des spécificités du pôle de psychiatrie. Des tableaux d'affichages présentent quelques informations concernant les objets personnels à conserver, la personne de confiance et celle à prévenir, la confidentialité, les directives anticipées concernant la fin de vie. Des extraits du règlement intérieur sont également affichés qui précisent le cadre fonctionnel de l'admission, des unités de soins, de la chambre, des traitements, des repas, des visites, de l'accès à la télévision et au téléphone. Le patient ne reçoit aucune copie de ces documents.

RECOMMANDATION 13

Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil et un règlement de fonctionnement contenant des informations actualisées relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, : « *Le livret d'accueil ainsi que le règlement intérieur sont accessibles à l'aide des codes QR de l'affiche intitulée "Où trouver l'information" affichée dans le service* ».

3.3.2 L'information concernant les droits spécifiques

Le cadre juridique de l'hospitalisation en SSC, les droits et voies de recours qui lui sont attachés, et les modalités d'accès et de saisine du JLD ne font l'objet d'aucun affichage dans le pôle ni d'aucune remise de documents spécifiques lors de l'admission. Les informations concernant ces thèmes sont données oralement par l'IDE, dès l'admission ou de façon différée, de manière adaptée à l'état clinique.

L'IDE qui accueille le patient renseigne l'état civil, le statut d'hospitalisation, la personne de confiance et celle à prévenir éventuellement désignées dans un formulaire, et communique des informations concernant l'accès et le rôle du JLD.

Les décisions d'admission sont notifiées par l'IDE ou le cadre de santé, sans remise aux intéressés, sauf s'ils le demandent, d'une copie des documents qui comportent systématiquement le rappel

des droits des patients ainsi que les recours qu'ils peuvent exercer. La formation des IDE concernant les procédures d'information des patients sur le cadre légal des SSC interroge également. Pour exemple, c'est lors d'un entretien avec un contrôleur qu'une IDE a découvert que les actes de notification présentaient à la fois le rappel des droits ainsi que celui des recours. Les certificats médicaux ne sont pas remis.

Les patients ne sont pas incités à conserver les documents, remis uniquement à leur demande. Les certificats médicaux (24h, 72h, mensuels), l'avis motivé et l'avis du collège des professionnels de santé, ne mentionnent aucune référence concernant l'information faite au patient, son droit de faire des observations, ni les éventuelles observations qu'il aurait faites. Aucune décision du JLD n'aborde ce point.

RECOMMANDATION 14

L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son hospitalisation. La notification des décisions ne doit pas se limiter à l'évocation des voies de recours mais doit permettre au patient de connaître l'étendue des droits reconnus à toute personne placée en soins sans consentement. Cette information doit être communiquée sur un support pouvant être conservé. Le médecin doit recueillir formellement les observations du patient, lors de la décision d'admission en soins sans consentement, comme lors de toute modification concernant sa prise en charge. Tous les soignants doivent bénéficier d'une formation rigoureuse concernant ces procédures.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *S'il nous semble important de pouvoir remettre au patient l'ensemble des pièces administratives faisant preuve de son information, il nous semble d'autant plus important de rechercher aussi loin que possible l'alliance thérapeutique prenant en compte l'état cognitif et émotionnel du patient à toutes ces étapes du soin. Il est recherché tout au long de la thérapeutique et au regard de l'évolution clinique du patient la compréhension des soins dont il bénéficie et la connaissance de ses droits* ».

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX SONT ADAPTES, LUMINEUX ET PROPRES MALGRE QUELQUES ELEMENTS DE VETUSTE

Les locaux sont implantés en périphérie du site de l'hôpital général. Ouverts en 2008, ils ont été conçus par une agence d'architecture spécialisée, en association étroite avec l'équipe médicale. Les espaces de circulation et d'hébergement sont propres, lumineux et fonctionnels.

Deux UHTP de plain-pied, chacune dotée d'une partie fermable, conçues pour fonctionner en totale autonomie, sont articulées de manière symétrique autour d'un grand patio central. Les deux parties fermables, ouvertes lors de la visite, disposent chacune d'un petit patio garantissant un accès à l'extérieur aux patients en cas de fermeture. Aucun parc n'est accessible aux patients.

Les locaux sont spacieux et offrent des équipements de qualité : une grande cafétéria s'ouvrant sur le patio, un salon de coiffure et d'esthétique, une salle de musicothérapie et d'informatique, deux salles d'art-thérapie, une cuisine, une salle de gym disposant d'une grande variété d'équipements sportifs, un salon de massage et une salle de projection cinématographique en cours d'installation lors de la visite. Les salons visiteurs au sein des unités ne sont plus utilisés, au profit d'une pièce aménagée dans la zone administrative.

Bien qu'il soit recouvert d'un filet de protection anti-pigeons d'aspect carcéral, le patio central est agréable et végétalisé, mais dépourvu de mobilier extérieur, et son sol est jonché de mégots et de papiers.



Le grand patio central



Le patio d'une unité fermable

Chaque unité compte vingt chambres, toutes individuelles et comportant une salle d'eau privative. Elles sont équipées d'un lit, d'une table, d'une chaise, d'un fauteuil, d'un bouton d'appel et d'un grand placard sécurisé par un verrou à code. Afin de préserver l'intimité des patients, un film occultant a été collé sur les fenêtres des chambres qui donnent sur l'extérieur et sur le hublot des portes.

Les portes des chambres ne sont pas dotées de verrous de confort, dont l'absence peut entraîner un sentiment d'insécurité. Un projet de mise en place d'un système d'ouverture individuel au moyen d'un badge a été évoqué lors de la visite. Toutefois, ce projet ne bénéficie pas d'un financement défini ni d'un échéancier de travaux. Les fenêtres ne s'entrebâillent que de quelques

centimètres. Certaines d'entre elles, dégradées et dépourvues de poignées, ne permettent pas l'aération des chambres.

RECOMMANDATION 15

Les portes des chambres doivent être équipées de verrous de confort permettant d'assurer la sécurité et l'intimité des patients. Il doit être possible d'aérer la chambre en ouvrant la fenêtre.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *L'établissement a engagé la mise en place d'un dispositif personnalisé de verrous électroniques au sein du service. En pratique, l'évaluation financière est en cours de finalisation et les modalités pratiques de mise en œuvre sont en cours de fiabilisation avec le service. L'installation définitive est prévue pour le début de l'année 2024. Concernant les fenêtres, l'établissement doit parfois recourir à la condamnation des fenêtres le temps de réparation pour permettre de nouveau l'ouverture des fenêtres sans avoir à condamner la chambre entière. L'aéroulque de la chambre bénéficie d'un double flux* ».

Dans la plupart des chambres, le sol s'est fortement dégradé à l'usage, notamment devant le seuil de la porte de la salle de bain en raison de l'humidité. Dix chambres étaient fermées pour raison administrative lors de la visite, parmi lesquelles huit totalement hors d'usage en raison de dégradations ou de vétusté. Une demande d'intervention des services techniques avait été faite deux semaines auparavant.

Certains patients et soignants ont signalé souffrir du froid en hiver. Dans les unités, le chauffage se diffuse par le sol mais les températures des chambres les plus éloignées du cœur du bâtiment n'excèdent pas quinze à seize degrés. Le cas échéant, elles sont temporairement fermées et les patients relogés dans d'autres chambres mieux chauffées. Les CI sont déclarées inutilisables en cas de température trop basse.

RECOMMANDATION 16

Les patients doivent bénéficier d'une température agréable toute l'année.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Le bâtiment psychiatrie est équipé d'un réseau de chauffage par planchers chauffants pour les chambres et de radiateurs dans les bureaux. De plus tous les locaux des unités de soin sont ventilés en double flux par des centrales de traitement d'air (y compris les chambres) et l'air est chauffé en hiver et rafraîchi en été (entre le 15 juin et le 15 septembre). L'hiver 2021/2022 nous avons recensé un problème de puissance de l'échangeur primaire en sous station de chauffage en psychiatrie, des travaux ont donc été réalisés pour le remplacement des plaques de l'échangeur Le chauffage a donc été rétabli à la suite de cette intervention en septembre 2022* ».

4.2 L'HYGIENE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE EST ASSUREE

Le nettoyage des chambres et des locaux est réalisé par un prestataire extérieur. Les chambres sont nettoyées quotidiennement, les couloirs une fois par semaine. Les locaux sont propres.

Toutes les chambres des unités sont pourvues d'une salle d'eau, d'un WC sans abattant, d'un lavabo et d'un miroir. Il n'y a pas de patères pour les serviettes, qui sont parfois étendues sur la poignée ou sur la porte de la salle d'eau laissée entrouverte.

RECOMMANDATION 17

Les salles d'eau doivent être équipées de porte-serviettes et de patères.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *L'établissement prend note et fait le nécessaire* ».

Les AS passent chaque matin dans les unités pour proposer du linge de lit et une serviette propre et changer les draps si besoin. Le nettoyage est assuré par la blanchisserie de l'hôpital. Le nécessaire d'hygiène de base (brosse à dent, dentifrice, savon, shampoing, etc.) est proposé aux patients démunis. Des brosses à cheveux et à ongles, des peignes, des rasoirs et des cotons-tiges sont disponibles sur demande, ainsi que du dissolvant pour les soins esthétiques.

Les patients sont encouragés à faire laver leur linge personnel par leurs proches. Une machine à laver et un sèche-linge sont toutefois mis à disposition sur demande aux patients qui n'ont pas de soutien extérieur, contre 0,50 centime d'euro pour la lessive. Un stock de vêtements est conservé dans la lingerie pour ceux qui en sont dépourvus. Les vêtements leur sont généralement distribués à l'arrivée, puis au moment de la sortie ou à l'occasion d'une présentation devant le juge.

Un AS a suivi une formation « coiffure » et peut couper les cheveux des patients sans ressources qui le souhaitent, dans le salon de coiffure et d'esthétique. Les patients insérés socialement et ayant les ressources suffisantes sont invités à se rendre chez le coiffeur à l'extérieur.

4.3 L'ACCES AUX DROITS SOCIAUX ET LA PROTECTION DES BIENS SONT GARANTIS

La règle permet au patient le plus large accès à ses biens, à ses effets personnels et à son argent. Aucun effet n'est interdit et il n'y a pas de fouille systématique.

Un service de bagagerie, fermé à clé, comportant des caisses avec le numéro de la chambre, est à disposition, qui permet l'entrepôt d'effets volumineux et la gestion des biens des patients dont le profil clinique nécessite un appui (difficultés à retenir le digicode, risque d'abus, etc.). Un coffre permet le dépôt temporaire des montants numéraires importants, déposés dans les meilleurs délais au Trésor public.

Les patients présentant des difficultés de gestion de leurs ressources numéraires peuvent conserver de petites sommes hors de la chambre. Les patients susceptibles d'achats compulsifs bénéficient d'un entretien d'évaluation spécifique avec un IDE, qui n'empêche pas systématiquement la dépense.

Les quatre ASS, présentes chacune trois jours par semaine (deux par secteur, dont trois à temps plein et une à raison de 0,8 ETP), assurent une présence quotidienne en semaine. Les ASS ont indiqué dans leur rapport d'activité pour l'année 2021 : « *L'assistante sociale bénéficie d'une place importante dans la mise en œuvre des projets de vie personnalisés des patients* ». Elles indiquent une grande cohésion avec les équipes, observée tout au long de la visite.

Elles garantissent l'accès aux droits sociaux, notamment le versement des allocations. Plus de la moitié des patients bénéficient de l'AAH⁴², près d'un quart sont sans ressources. La numérisation des services de la CAF⁴³ et de la CPAM⁴⁴ constitue un frein aux démarches, alors que les patients peuvent éprouver des difficultés avec la gestion des formulaires en ligne ou des codes. Aucun interlocuteur n'est identifié au sein des caisses d'allocation pour la facilitation des échanges ; la présence de l'allocataire est souvent exigée par les opérateurs, alors même qu'il peut être hospitalisé, ou ne pas être en état de communiquer.

Les ASS assurent un rôle de premier plan concernant les démarches relatives aux mesures de protection des biens (tutelles, curatelles, sauvegardes de justice), en l'absence de service spécifique au sein du GHT. L'entretien infirmier lors de l'admission permet le repérage des personnes concernées ou devant en faire l'objet, et les ASS procèdent également tout au long de la prise en charge à cette identification. La détection des difficultés sociales et financières se poursuit tout au long du parcours de soins hospitalier et ambulatoire.

BONNE PRATIQUE 2

Les honoraires des experts psychiatres désignés pour l'examen des mises sous mesure de protection des biens sont pris en charge par le tribunal judiciaire de Versailles.

Les ASS indiquent de grandes difficultés pour joindre les mandataires des services des tutelles (UDAF⁴⁵ et ATY⁴⁶). Les délais de réponses peuvent être importants, entraîner des situations de blocage, voire un maintien prolongé en hospitalisation à défaut d'ouverture de droits. Environ 65 % des patients sont concernés par une mesure de curatelle, 20 % de tutelle et 10 % de sauvegarde de justice.

4.4 LA RESTAURATION REpond AUX BESOINS

La cuisine centrale du CHFQ emploie une trentaine d'agents et confectionne près de 1 500 repas chaque jour. Le pôle de psychiatrie est le premier livré.

Les menus sont élaborés selon un cycle de six semaines, décliné sur deux saisons. La cuisine propose des régimes alimentaires qui prennent en compte les allergies et les prescriptions médicales, les préférences confessionnelles et culturelles. Les patients ont par ailleurs la possibilité de signaler leurs aversions via la « fiche de goûts » remise. Un des neuf diététiciens du CHFQ est spécialement affecté au pôle de psychiatrie.

Les repas sont livrés en liaison froide, en barquettes individuelles, stockés dans des armoires réfrigérées des unités et réchauffés par les IH⁴⁷ avant le service du repas.

Les petits-déjeuners sont servis à partir de 8h30, le déjeuner entre 12h00 et 12h15 et le dîner à 18h15. Aucun goûter n'est proposé mais une tisane et des gâteaux sont servis le soir, à 21h30.

⁴² Allocation adulte handicapé.

⁴³ Caisse d'allocations familiales.

⁴⁴ Caisse primaire d'assurance maladie.

⁴⁵ Union départementale des associations familiales.

⁴⁶ Association tutélaire des Yvelines.

⁴⁷ IH : acronyme équivalent des ASH, agent des services hospitaliers.

L'une des deux salles à manger de chaque unité peut être réservée aux patients qui nécessitent une surveillance particulière ou l'aide de soignants durant la prise des repas. Les plus autonomes n'ont cependant pas la possibilité de choisir leur place à table, même s'il peut être tenu compte des affinités ou des inimitiés pour le repas suivant. Les menus ne sont pas affichés dans les unités.

RECOMMANDATION 18

Les menus des repas doivent être affichés dans les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'intendant hôtelier sollicite individuellement les patients pour qu'ils puissent indiquer leurs préférences. En complément, l'intendant va être sollicité pour afficher le menu journalier* ».

Aucune doléance n'a été recueillie concernant la qualité gustative et la quantité des repas servis. Il est observé que, contrairement aux services de MCO⁴⁸, les patients de psychiatrie bénéficient systématiquement de « grandes portions », consistant en une augmentation du grammage de la viande ainsi que d'un doublement de celui de féculents.

Un plateau est servi aux patients placés en CI.

⁴⁸ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR N'EST PAS GARANTIE, EN PARTICULIER CELLE DES PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS LIBRES

5.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

La liberté de déplacements est favorisée à l'intérieur du bâtiment de psychiatrie.

Les deux UHTP disposent chacune d'une partie ouverte – qui l'est constamment – et d'une partie conçue de manière à pouvoir être fermée en fonction de la gradation des soins à apporter aux patients. L'UCNS est toujours ouverte.

Depuis plusieurs années, la partie fermable de l'UHTP 2 est habituellement ouverte. Elle peut être fermée, exceptionnellement et pour quelques heures, en cas d'interactions problématiques entre patients de l'unité ou dans le cadre de la sortie d'un patient de la CI. La partie fermable de l'UHTP 1, qui accueille prioritairement les patients hospitalisés en SSC et/ou inconnus du pôle, est également ouverte dès que possible, lorsque l'état clinique des patients le permet, afin de favoriser la libre circulation des patients au sein du bâtiment.

Lors de la visite, l'ensemble des unités étaient ouvertes et tous les patients pouvaient se rendre seuls à la cafétéria, dans le patio central et les salles d'activités.

En revanche, les sorties du bâtiment sont nécessairement soumises à l'intervention d'un tiers, même pour les patients en soins libres.

La porte principale, fermée pendant la pandémie de Covid-19, n'a pas été réouverte à la l'issue de l'application des mesures d'exception afin de « limiter les intrusions extérieures et de prévenir la circulation de toxiques » et, concomitamment, d'ouvrir plus largement les portes des deux unités. Les patients doivent donc systématiquement solliciter un soignant ou l'agent de sécurité pour l'ouverture de la porte, ce dernier ne laissant de surcroît sortir que les patients qu'il connaît. Une attente fréquente, pouvant atteindre plusieurs dizaines de minutes, peut être imposée pour pouvoir entrer dans le bâtiment, en l'absence d'agent d'accueil.

Par surcroît, le règlement intérieur indique que « les permissions et les sorties se font sur prescription médicale », sans distinction entre les patients hospitalisés en SL et ceux en SSC.

RECOMMANDATION 19

Les patients admis en soins libres doivent pouvoir sortir et circuler librement et aucun règlement intérieur ne saurait l'interdire.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « L'établissement a engagé la mise en place d'un dispositif personnalisé de verrous électroniques au sein du service. En pratique, l'évaluation financière est en cours de finalisation et les modalités pratiques de mise en œuvre sont en cours de fiabilisation avec le service. L'installation définitive est prévue pour le début de l'année 2024 ».

Lors de la visite, plusieurs patients hospitalisés en SL ne sortent pas librement à l'extérieur. Cette situation fait l'objet d'une contractualisation avec le médecin psychiatre, par exemple dans le cadre d'un projet de sevrage toxique.

D'après les informations recueillies, aucun patient hospitalisé en SSC n'est en principe autorisé à sortir du bâtiment, à l'exception, lors de la visite, d'un patient admis en SDRE connu de longue date du pôle, et autorisé à sortir sur le périmètre du CHFQ.

Tous les patients de l'UCNS sont libres de sortir.

5.1.2 La gestion de la sécurité

La sécurité est confiée aux agents de la société privée Onet qui assurent une présence continue sur le site. Trois agents *a minima* sont présents dans l'ensemble du CHFQ dont un dans le bâtiment de psychiatrie, selon un roulement de 7h00 à 19h00 et de 19h00 à 7h00. Les agents qui interviennent dans le pôle sont tous volontaires et bénéficient d'une ancienneté qui leur confère une forme d'expérience facilitant le contact avec les patients de psychiatrie. Ils disposent d'un local situé dans le hall d'entrée du bâtiment.

Sept caméras sont installées sur le site, en sus de celles des CI : quatre extérieures pour surveiller les abords et trois au sein du bâtiment, filmant le hall d'entrée et les couloirs des parties ouvertes des deux unités. Les images sont retransmises sur les écrans du poste de sécurité et conservées une quinzaine de jours. Aucune information ni aucun affichage ne mentionne le placement du bâtiment sous vidéosurveillance, contrairement aux dispositions légales.

RECOMMANDATION 20

Les informations relatives à la vidéosurveillance doivent être affichées de façon lisible et visible dans les lieux concernés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'établissement prend note et fait le nécessaire* ».

En cas de déclenchement d'une alarme PTI, l'agent de sécurité se déplace systématiquement sur les lieux de l'incident, afin de sécuriser la situation. Il a été constaté qu'il pouvait être amené à toucher un patient, en accord avec l'équipe soignante, en dehors des situations de danger grave et imminent d'atteinte à la sécurité des personnes. Dans le cadre de sa mission de prévention, l'agent de sécurité est par ailleurs systématiquement sollicité s'agissant de la gestion des patients placés en CI (cf. § 6.2).

RECOMMANDATION 21

Les agents de la société Onet ne doivent pas intervenir physiquement dans la procédure d'accompagnement et de retour au calme d'un patient agité, qui relève de la compétence professionnelle exclusive des soignants. L'intervention systématique d'un agent de sécurité dès l'ouverture d'une chambre d'isolement doit être proscrit.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Le protocole formalisé avec les agents de la société prestataire conduit l'agent à accompagner l'équipe de professionnel en chambre de soins intensifs, afin de prémunir aussi bien le patient que les soignants de tout risque de passage à l'acte. Ce protocole, est par ailleurs établi en accord avec les principes de l'article 226-13 du code pénal sur le secret partagé. Tout professionnel intervenant sur le pôle s'engage à le respecter. L'intervention sécurisée permet aux soignants de se rapprocher physiquement et psychiquement du*

patient sans crainte et de déployer librement l'ensemble des stratégies permettant d'ouvrir le dialogue et de favoriser le contact, principalement verbal, le plus rapidement possible. Par ailleurs, et ce de manière contextuelle, il arrive fréquemment qu'un certain nombre de professionnels de la société Onet, à l'instar des professionnels du soin, évoluent dans les mêmes lieux de vie que les patients concernés. Ceci permet de favoriser à chaque instant une politique "de type grand frère" autorisant l'usage de tout moyen nécessaire à favoriser l'alliance thérapeutique et la compliance aux soins ».

En cas de sortie sans autorisation d'un patient, les agents visionnent les images de vidéosurveillance et, si besoin, effectuent une ronde sur le site du CHFQ. Un soignant de l'unité est requis pour aller chercher le patient retrouvé et le raccompagner dans l'unité. L'absence d'intrusion de personnes inopportunes et la diminution de la circulation de produits toxiques ont été constatées depuis la fermeture de l'entrée du bâtiment.

La sécurité incendie relève également des agents de sécurité qui disposent de la certification SSIAP1⁴⁹ et connaissent l'ensemble du bâtiment et la localisation des CI. Ils se transmettent, chaque matin lors de la relève, l'état d'occupation des CI dont ils sont informés en temps réel. La commission de sécurité incendie a rendu un avis favorable à la suite de sa visite des unités de psychiatrie au mois d'avril 2022.

5.2 PEU DE RESTRICTIONS SONT IMPOSEES AUX PATIENTS DANS LEUR VIE QUOTIDIENNE

Les horaires de lever et de coucher ne sont ni règlementés, ni imposés – même si celui du petit-déjeuner rythme généralement le début de la journée. Les patients ont accès à leur chambre quand ils le souhaitent et peuvent circuler librement au sein des unités. Le soir, les télévisions sont éteintes vers 22h30, heure à laquelle les patients sont invités à regagner leur chambre. La nuit, les quatre patios restent accessibles afin de permettre aux patients, notamment fumeurs, de sortir à l'air libre.

L'accès au tabac ne fait pas l'objet de difficulté particulière, ni de restriction systématique. Les patients sont encouragés à gérer leur consommation et les contre-indications médicales concernant le nombre de cigarettes autorisées sont rares. Des briquets électroniques sont disponibles dans les patios.

L'établissement dispose de pyjamas intissés bleus et verts et de pyjamas déchirables, ces derniers étant rarement utilisés et seulement dans les situations de crise suicidaire. Il existe peu de décisions de port du pyjama, sauf en CI où il est systématique (cf. § 6.2). Un seul patient était en pyjama lors de la visite, sur décision médicale, en raison de son état clinique. Plusieurs portent néanmoins des pyjamas de l'hôpital sans y être médicalement contraints, parce qu'ils sont impécunieux, que leur famille n'a pas apporté de vêtements ou qu'ils ne souhaitent pas porter leurs habits personnels.

⁴⁹ Certification SSIAP1 (service de sécurité incendie et d'assistance à la personne) : acquisition de niveau 1 des connaissances et compétences nécessaires pour assurer la sécurité des biens et des personnes dans les établissements recevant du public et dans les immeubles de grande hauteur.

5.3 LES PATIENTS PEUVENT COMMUNIQUER AISEMENT AVEC L'EXTERIEUR MAIS LES CONDITIONS D'ACCUEIL DES FAMILLES NE SONT PAS SATISFAISANTES

5.3.1 La confidentialité de l'hospitalisation

Lorsqu'un patient demande la confidentialité de son hospitalisation – qui peut être complète ou ne concerner que certaines personnes – l'information est donnée au personnel des unités ainsi qu'aux agents du poste de sécurité qui ne délivrent aucune donnée sur la présence ou non du patient dans l'établissement. La rareté des demandes de confidentialité et l'attention particulière des soignants qui respectent scrupuleusement les consignes de non-divulgaration ont été indiquées. Le standard de l'hôpital général est néanmoins susceptible de transmettre une demande de communication téléphonique aux unités de psychiatrie sans vérification préalable, dès lors qu'aucune mention de « non-divulgaration » ne peut être renseignée dans le logiciel de l'hôpital.

RECOMMANDATION 22

Une procédure adaptée de respect de la confidentialité de l'hospitalisation, intégrant les modalités spécifiques du fonctionnement du standard de l'établissement, doit être mise en œuvre.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Le standard passe obligatoirement par le poste de soins du service de psychiatrie pour contacter tout patient. Le service étant informé des souhaits et de l'adéquation du contact, le personnel adapte la possibilité de donner suite à l'appel. La formalisation de cette organisation est en cours de réalisation par l'établissement* ».

5.3.2 Le téléphone et le courrier

Par principe et sauf contre-indication médicale, les patients peuvent conserver leur téléphone portable et leur chargeur. Un seul d'entre eux n'était pas autorisé à garder son téléphone personnel lors de la visite, cette restriction étant formalisée dans un contrat de soins.

En l'absence de point-phone au sein des unités de psychiatrie, les appels peuvent être passés et reçus *via* le téléphone mobile du service – selon des conditions garantissant le respect de la confidentialité des communications.

Les patients peuvent envoyer et recevoir du courrier, sans contrôle du personnel. Les colis doivent cependant être ouverts en présence d'un soignant. Le courrier départ est remis aux soignants, puis au vaguemestre qui se charge de l'affranchissement. Du papier et des enveloppes peuvent être fournis gracieusement aux patients qui le demandent.

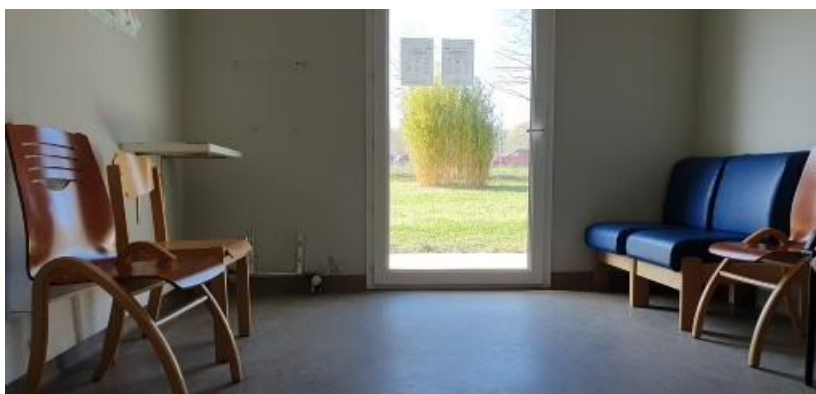
5.3.3 Les visites des familles

Tous les patients étaient autorisés à recevoir des visites lors du contrôle.

Les visites familiales ont habituellement lieu sur rendez-vous, de 14h00 à 18h00, pour une durée d'une demi-heure. Des dérogations sont cependant accordées aux proches qui travaillent et ne peuvent venir qu'en soirée ou à ceux qui, habitant loin, souhaitent prolonger le temps de la visite. De même, il est fait preuve de souplesse, dans la mesure du possible, lorsqu'une famille se présente sans avoir pris préalablement rendez-vous.

Depuis la fermeture de la porte principale du bâtiment dans le contexte de la pandémie de Covid-19, les familles n'ont plus la possibilité d'entrer dans les unités pour rendre visite à leur proche. Les quatre salons aménagés pour l'accueil des familles sont laissés à l'abandon et les visites en chambre ou à la cafétéria sont désormais interdites.

L'objectif étant de limiter les entrées de personnes extérieures au sein des locaux occupés par les patients, les visites se tiennent dans le secteur administratif « Aurelia », auquel les familles accèdent par une porte distincte de celle de l'entrée principale. La salle mise à leur disposition n'a toutefois jamais été aménagée, de sorte que les visites se déroulent dans une pièce plutôt triste, dépourvue de toute décoration et d'information, mais répond toutefois au nombre de demandes.



La salle de visite austère située dans l'espace administratif

RECOMMANDATION 23

Les visites doivent se dérouler dans des espaces spécifiques et conviviaux. Celles en chambre et au sein des unités ne doivent pas être systématiquement interdites.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Depuis la visite des contrôleurs du CGLPL, les modalités de fonctionnement des visites ont évolué, en plus d'un espace dédié, les visites à la cafétéria sont favorisées et les visites en chambre possibles* ».

Les visites sont libres, sans restriction d'horaire, et peuvent se tenir dans la chambre du patient, à l'UCNS.

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

Les patients des unités d'hospitalisation complète ne bénéficient pas d'une télévision en chambre, contrairement à ceux de l'UCNS. Chaque unité dispose d'un salon de télévision, peu convivial et rarement fréquenté en journée. Dans certains, des boîtiers fixes permettent de faire fonctionner les téléviseurs ; sinon, les télécommandes sont accessibles dans les postes de soins.

Les patients sont dissuadés lors de l'admission de conserver avec eux des objets de valeurs, parmi lesquels l'ordinateur portable, qui ne fait cependant l'objet d'aucune interdiction. Plusieurs patients disposent de tablettes et beaucoup ont accès à Internet *via* leur téléphone portable.

Ceux qui n'en disposent pas peuvent utiliser l'ordinateur du service et son accès à Internet, dans le poste de soins.

Le pôle dispose d'un abonnement à un magazine de télévision et bénéficie gracieusement de la presse hebdomadaire régionale. L'abonnement à un journal quotidien a été interrompu après qu'il a été constaté que personne ne le lisait. Habituellement, les journaux sont disponibles à la cafétéria.

5.4 LE DROIT DE VOTE EST PEU EXERCE

L'exercice du droit de vote est peu discuté avec les patients et le livret d'accueil n'en fait pas mention. Les contrôleurs n'ont constaté aucun affichage relatif à l'exercice de ce droit dans les unités.

Lors des années électorales, la direction de l'établissement envoie les documents relatifs au scrutin aux cadres du pôle de psychiatrie, qui informent les patients et relèvent leur souhait de voter par procuration ou de solliciter une autorisation de sortie accompagnée pour exercer ce droit.

L'établissement n'a pas été en mesure de communiquer le nombre de personnes ayant effectivement voté lors des derniers scrutins. Il a toutefois été indiqué qu'aucun patient n'a souhaité voter par procuration depuis l'ouverture du site en 2008, mais que certains ont pu se rendre au bureau de vote dans le cadre de sorties accompagnées groupées.

RECOMMANDATION 24

L'exercice du droit de vote doit être rendu possible par correspondance, par procuration, par une permission de sortie ou tout autre moyen. L'information relative à ce droit doit être portée sur le livret d'accueil et affichée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Des documents sont standardisés et transmis par le bureau des entrées lors des périodes électorales. Les patients disposent de délais suffisants pour faire valoir leurs droits* ».

5.5 LE DROIT D'EXERCER LE CULTE DE SON CHOIX N'EST PAS ENTRAVE

Les coordonnées de l'aumônerie du CHFQ et des aumôneries juive, musulmane et protestante figurent dans le livret d'accueil général de l'établissement distribué aux patients. Aucune information orale concernant les cultes n'est délivrée à l'arrivée sur ce point.

Le pôle de psychiatrie ne dispose d'aucune salle de culte. Aucun patient hospitalisé en SL n'a rapporté de difficulté pour assister au culte collectif de son choix à l'extérieur, notamment à la mosquée, qui se situe non loin de l'établissement. Un aumônier catholique se rend parfois dans les unités à la demande des patients, pour des rencontres individuelles dans un bureau d'entretien polyvalent. Un projet de mise en place d'un groupe de parole animé par cet aumônier, inscrit à une formation d'animation de groupe de parole en psychiatrie, a été évoqué.

5.6 LA SEXUALITE DES PATIENTS EST ABORDEE AU CAS PAR CAS MAIS LA REFLEXION INSTITUTIONNELLE EST INSUFFISANTE

Depuis la mise en œuvre des mesures de restriction liées à la Covid-19 en 2020, les visites de la famille ou des proches ne peuvent avoir lieu que dans un salon de visiteurs situé dans la zone administrative, ce qui complique tout rapprochement physique plus intime et rend impossible les relations sexuelles dans les chambres. Par ailleurs, les règles de vie précisent que les patients ne sont en principe pas autorisés à se rendre dans les chambres des autres patients. L'absence de comité d'éthique ne permet pas de donner aux équipes un cadre de réflexion sur cette question.

En pratique, les soignants de nuit constatent régulièrement que des patients se retrouvent le soir, rappellent la règle et demandent au patient de regagner sa chambre. Toutefois, lorsqu'un rapprochement est constaté entre deux patients, des informations relatives à la prévention (infections sexuellement transmissibles, contraception) sont délivrées de manière individualisée par les soignants. Une attention particulière est portée à la question du consentement des deux partenaires et des préservatifs sont disponibles gratuitement sur demande auprès des infirmiers. Une patiente était accompagnée dans son parcours de ligature des trompes lors de la visite.

RECOMMANDATION 25

Les patients doivent bénéficier d'une information systématique concernant la contraception, les infections sexuellement transmissibles, et les effets secondaires à caractère sexuel des médicaments qui leur sont prescrits. Ils doivent pouvoir recevoir un visiteur en chambre selon leur consentement et dans une intimité préservée. Le thème de la sexualité des patients devrait être régulièrement abordé lors des réunions de l'équipe pluriprofessionnelle.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Comme pour chacune des recommandations, la politique pratiquée prend en compte la singularité des situations* ».

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 L'INTIMITE ET LA DIGNITE DES PATIENTS NE SONT PAS RESPECTEES DANS LES CHAMBRES D'ISOLEMENT

L'établissement compte quatre CI de conception architecturale identique, réparties deux par deux dans chacune des deux UHTP. Un espace de douche a été aménagé face à un meuble de rangement de produits d'hygiène, au sein du sas central. Chaque CI est équipée d'un bloc sanitaire en inox comprenant un WC et un lavabo. Une horloge, qui ne donne pas l'heure exacte et n'est pas visible depuis les lits, est placée en hauteur dans le sas face à l'entrée. Les portes des CI sont percées de fenestrons, refermables par un volet de bois de même dimension.

Les patients isolés ne disposent pas d'un accès à un bouton d'appel, d'un interrupteur d'éclairage et d'ouverture des stores (situés dans le sas), d'une possibilité d'entrouvrir la fenêtre de manière autonome, ni d'un accès à l'extérieur pour prendre l'air ou fumer.

Le lit, unique élément de mobilier formé d'un sommier et d'un matelas en mousse de marque *Cumbria*, est équipé d'attaches permettant aux soignants d'installer des sangles de contention. Il est positionné de manière à pouvoir circuler autour. La tête du patient est relevable au moyen d'un rehausseur de mousse. Un téléviseur protégé par un dispositif translucide et positionné en hauteur n'est mis en fonction que sur prescription médicale et les patients ne disposent pas de la télécommande.

Le matériel de contention (sangles avec attache à la taille et maintien pelvien, harnais thoracique, attaches aux poignets et aux chevilles), conservé dans le bureau infirmier, est utilisé par parties selon l'état clinique du patient.

Les conditions dans lesquelles le patient isolé prend ses repas sont peu respectueuses de sa dignité. Il s'alimente avec des couverts de plastique, sans table ni chaise, au mieux sur un pouf de mousse, en présence de deux soignants qui n'ont pas de chaise pour s'asseoir à ses côtés.

Les patients ne sont jamais isolés dans un espace non dédié et leur chambre hôtelière est conservée pendant toute la période d'isolement.

Pour prévenir toute situation d'urgence, notamment les incendies, la liste des patients admis en chambre d'isolement est connue de l'agent de sécurité présent en permanence sur le site.



Sas, porte de chambre d'isolement, chambre

RECOMMANDATION 26

Pour respecter leur dignité en chambre d'isolement, les patients doivent disposer d'interrupteurs d'éclairage et d'ouverture des stores, d'un dispositif d'appel également accessible sous contention, d'un système d'aération efficace par l'ouverture sécurisée et autonome de la fenêtre, et d'une vue constante sur une horloge horodatée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *L'établissement dispose d'un outil informatique de demande d'intervention (DIT) qui permet au service de signaler un dysfonctionnement ou du mobilier à réparer. L'utilisation du DIT engendre une intervention des services techniques dans les meilleurs délais. L'horloge horodatée est en cours d'installation. Le système d'aération est en flux inversé aéraulique, ce qui assure le renouvellement d'air, même durant les périodes de condamnations des fenêtres, sur l'intervalle de temps de réparation* ».

Les plafonds des CI sont équipées d'une caméra de vidéosurveillance qui enregistre en continu. Le retour des caméras sur un moniteur dans le bureau infirmier est exposé à la vue des patients qui s'y trouvent, et visible également par deux fenêtres ouvertes sur les patios. La confidentialité des images n'est donc pas garantie et les équipes n'en mesurent pas le caractère attentatoire à l'intimité du patient. Ces mesures de sécurité et de surveillance ne respectent ni la dignité ni l'intimité des patients.



Caméra en chambre d'isolement, report des images dans le bureau infirmier, fenêtres face au moniteur

RECOMMANDATION 27

Le respect de l'intimité et de la dignité des patients interdit l'usage constant de la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement. La surveillance des patients isolés doit s'exercer exclusivement au moyen d'un contact humain direct. Le dispositif qui expose les isolés à la vue d'autres patients lors du report des images sur le moniteur du bureau infirmier doit être retiré.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Une réflexion est menée pour déplacer la console afin de respecter l'intimité et la dignité des patients. A noter que la surveillance vidéo ne remplace pas le contact humain mais vient renforcer cette surveillance* ».

6.2 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT MISES EN ŒUVRE EN PRESENCE D'UN AGENT DE SECURITE

Les décisions de placement en CI sont prises par le psychiatre référent du patient, à défaut par l'un des psychiatres présents. Le renouvellement de la mesure est effectué dans les douze heures. Les psychiatres ou les intérimaires en leur absence se déplacent auprès des patients isolés toutes les 24 heures.

La nuit et le week-end, les décisions de placement ou de renouvellement sont assurées par le psychiatre de garde sollicité par les soignants. La chambre de garde, située au sein même de la structure, permet une intervention extrêmement rapide auprès des patients. Ce médecin ne se déplace à l'extérieur que pour se rendre éventuellement aux urgences, afin d'examiner un patient présentant des troubles psychiatriques.

La prise en charge des situations d'agitation aiguë implique la présence systématique de l'agent de sécurité voire son intervention physique. Il accompagne les placements en chambre d'isolement et de manière régulière est sollicité pour le déroulement des repas, la douche ainsi que pour les sorties tabac (cf. § 5.1.2 et sa recommandation).

Le port du pyjama institutionnel en tissu est obligatoire, sans individualisation de la mesure.

RECOMMANDATION 28

Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement doit être individualisé selon l'état clinique plutôt que systématique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Le port du pyjama en chambre de soins intensifs permet de s'assurer, dans la limite de nos compétences réglementaires, de l'absence d'objet pouvant mettre en danger la vie du patient ou des soignants. Le choix du pyjama peut porter soit sur le pyjama institutionnel soit sur des effets personnels* ».

Les patients placés en CI, contenus ou non, ne bénéficient pas systématiquement d'un examen somatique réalisé par un médecin généraliste, qui n'intervient que sur sollicitation de l'équipe pour un point d'appel spécifique.

RECOMMANDATION 29

Un examen somatique doit être effectué dès le début d'une mesure d'isolement et de contention. L'avis médical d'une incompatibilité de l'état de santé d'une personne à cette mesure doit entraîner sa levée immédiate.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Les patients accueillis en chambre de soins intensifs bénéficient systématiquement d'un examen somatique lors de la mise en place de la mesure de SSC conformément à la réglementation, afin d'éliminer toute contre-indication (traitement médicamenteux, mesure d'isolement). Cet examen est la référence pour diagnostiquer l'état somatique du patient à son arrivée. L'équipe sollicite dans les plus brefs délais l'avis du médecin somaticien lorsque des points d'appels ou d'interrogations sur l'état somatique du patient apparaissent. Compte tenu de l'organisation générale du pôle de psychiatrie et de ses interfaces au sein du CHFQ il n'est pas possible de*

mener un examen somatique systématique. Néanmoins, celui-ci est déclenché dès identification d'un besoin du patient ».

La surveillance infirmière répond à une prescription médicale, selon un rythme maximum de deux heures. Les constantes sont prises par les IDE le matin lorsqu'ils prennent leur fonction puis, sans épisode particulier, le patient est revu deux heures plus tard. Lors de la survenance d'un événement somatique intercurrent, le médecin généraliste référent est contacté.

Un traitement sédatif, éventuellement renouvelé, est généralement associé.

L'isolement séquentiel est pratiqué progressivement, d'abord quelques minutes selon l'état clinique du patient notamment pour lui permettre de sortir pour fumer, puis sur des périodes plus longues.

Les visites des proches ne sont pas autorisées pendant la phase d'isolement.

Les patients isolés ne font pas l'objet d'un débriefing formel pour recueillir leur ressenti à l'issue de la mesure, malgré la tenue d'échanges préalables avec les patients concernant des directives spécifiques relatives aux modalités de gestion de la crise.

Une seule des quatre CI était occupée lors du contrôle. Le patient rencontré lors de sa sortie d'isolement a assuré avoir vécu son isolement sans grande difficulté, ayant bénéficié de la télévision, mais n'a pas bénéficié d'un entretien à l'issue. Un deuxième patient, admis en SL, a été placé à l'isolement au moment du départ des contrôleurs.

RECOMMANDATION 30

Les patients isolés doivent faire l'objet d'un entretien spécifique de restitution de leur vécu de toute phase d'isolement et de contention, à l'issue de la levée de la mesure.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Comme à chacune des étapes de construction du parcours de soin, le ressenti et le vécu du patient sont recherchés dans les entretiens menés avec l'équipe, si même ils ne font pas l'objet d'un entretien spécifique et dédiés, ils s'incluent systématiquement dans le premier contact avec l'équipe à l'issue de la mesure d'isolement ».

6.3 L'ABSENCE D'UN REGISTRE FIABLE NE PERMET PAS L'ANALYSE STATISTIQUE PERTINENTE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

6.3.1 La politique de moindre recours à l'isolement et la contention

Le vocabulaire des soignants a peu évolué et comprend toujours les mentions « prescriptions d'isolement » plutôt que « décision », et « chambres de soins intensifs » plutôt que « chambres d'isolement », alors que l'évolution législative concernant l'isolement et la contention date du mois de janvier 2023⁵⁰.

Si les structures hospitalières en santé mentale de l'ensemble du GHT ont bien rédigé un protocole décrivant point par point les procédures liées à l'isolement et la contention⁵¹, les

⁵⁰ Cf. article 72 de la loi relative à la modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

⁵¹ Protocole du 17 mai 2021, modifié le 6 février 2022.

instances du CHFQ n'ont pas défini de politique générale en matière de réduction des pratiques d'isolement et de contention. La politique de réduction apparaît comme centrale dans les nombreuses formations relatives à l'isolement et la contention organisées pour et par le pôle de psychiatrie. Les soignants se sont notamment saisis de cette question dans le cadre du groupe de travail relatif au projet de mise en place de chambres et d'espaces d'apaisement (en attente de travaux), avec pour objectif leur utilisation alternative aux CI.

Le rapport annuel est réalisé par le cadre supérieur de santé, sans intervention du département d'information médicale, en lieu et place de la direction. Il est présenté à la CDU et au conseil de surveillance.

RECOMMANDATION 31

La direction de l'établissement doit, selon les dispositions légales, définir et mettre en œuvre une politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention, et produire un rapport annuel les concernant.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Le directeur adjoint de la qualité rédige annuellement le rapport isolement et contention de l'établissement et en assure la communication aux instances concernées* ».

6.3.2 Le registre d'isolement et de contention

a) Un recueil manuel des données

Le logiciel Sillage qui recense l'ensemble des patients du CHFQ ne dispose pas d'une interface spécifique à la psychiatrie. Le registre d'isolement et de contention est constitué de tableaux Excel renseignés dans l'objectif de la saisine du JLD. Cette procédure très chronophage est effectuée par trois assistantes médico-administratives (AMA) qui recueillent les documents manuscrits desquels elles extraient les données avant la miniaturisation systématique de tous les documents pour les adresser au JLD. Cependant, la traçabilité de la surveillance infirmière et le lissage des mesures de moins de 48 h successives pendant une période de quinze jours font défaut. Sans logiciel *ad hoc*, les AMA créent des alertes, afin de respecter les délais imposés par la loi.

L'absence de registre spécifique ne permet pas aux médecins et aux soignants d'analyser leurs pratiques d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 32

L'adaptation urgente du logiciel de l'établissement doit permettre le recueil adapté des données nécessaires à la constitution du registre des mesures d'isolement et de contention, assurer la pertinence de son utilisation et l'exploitation statistique de ses données.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Le registre des isolements et contentions est disponible dans le dossier patient informatisé mais ce dernier n'est pas imprimable et l'exploitation statistique n'est pas possible à ce jour* ».

b) L'exploitation des données transmises par l'établissement

Le recueil manuel des données relatives à l'isolement et la contention, transmis aux contrôleurs sous forme de tableaux récapitulatifs, révèle des chiffres discordants qui ne permettent pas une analyse statistique pertinente des mesures.

Leur lecture permet seulement d'évoquer avec prudence des tendances pour l'année 2022 (dont les données n'ont été recensées qu'à compter du mois de février) et le premier trimestre 2023.

116 décisions d'isolement concernant les patients admis en SSC ont été prises en 2022, soit 75 %. La durée moyenne d'isolement pendant les onze mois renseignés de l'année est de 54 heures et celle de la contention de 33 heures. 32 mesures d'isolement et 8 de contention ont été prises lors du premier trimestre de 2023 (11 mesures apparaissent dans un autre des tableaux fournis par l'établissement). Parmi ces 32 mesures, six patients ont fait l'objet de plusieurs mesures (un patient de quatre mesures, trois de trois, et cinq de deux). Deux mesures de contention ont été associées à une d'isolement au mois de janvier, cinq en février et une en mars. La durée d'isolement la plus longue est de 276 heures (soit 11,5 jours) et celle de contention de 82 heures (soit 3,4 jours). Les durées moyennes d'isolement (60 heures) et de contention (47 heures) montrent une augmentation sensible par rapport à l'année précédente.

Un mineur de 17 ans a été isolé du 6 au 12 janvier durant 135 heures (soit 5,6 jours). Des mesures d'isolement et de contention, qualifiées d'exceptionnelles, concernant des mineurs lors de leur admission, au motif de la nécessité de leur protection et ne faisant pas l'objet d'une information ni d'une saisine du JLD, ont été signalées.

RECOMMANDATION 33

Le recours à la pratique de l'isolement d'un patient mineur doit être évité par tout moyen et ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à son âge. L'information et la saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre de ces mesures doivent être mises en œuvre selon les dispositions légales.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'établissement se conforme au régime des autorisations auquel il est soumis. Il s'inscrit dans une situation territoriale dont la tension sur les structures amène les professionnels concernés à adapter l'accueil des patients mineurs en cohérence avec les orientations données* ».

Durant ce premier trimestre, six patients hospitalisés en SL ont fait l'objet d'une mesure d'isolement, dont un patient pendant 24 heures (un deuxième tableau communiqué mentionne un isolement durant 47 heures) sans changement de statut, et placé sous contentions durant trois heures.

Enfin, les contrôleurs questionnent la situation d'un patient admis en SDT PI⁵², isolé dès son arrivée le 22 mars, pendant 34 heures, et qui apparaît à nouveau placé en CI le 24 mars durant 12 heures sous le statut de SL.

⁵² SDT PI : soins à la demande d'un tiers en cas de péril imminent.

RECOMMANDATION 34

Tout patient admis en soins libres qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention appelée à se prolonger, doit faire l'objet d'une transformation rapide de son statut d'hospitalisation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Les pratiques du pôle vont en ce sens et l'établissement cherche systématiquement à respecter cette réglementation. L'établissement poursuit la démarche d'amélioration* ».

6.4 LE CONTROLE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION PAR LE JLD EST EFFECTIF

Conformément à la loi⁵³, un premier envoi à visée informative est adressé au JLD dès la 48^{ème} heure d'une mesure d'isolement et la 24^{ème} heure d'une mesure de contention, qui n'appelle pas de décision du magistrat.

Par la suite, à chaque échéance imposée par la loi, trois documents sont adressés au JLD dont la décision initiale d'isolement, le renouvellement, l'information du tiers ou de la personne de confiance et l'indication de contention et son renouvellement, le cas échéant. La transmission de l'intégralité du dossier du patient (admission, certificats successifs), joint à ces documents, est exigée par le JLD.

L'absence d'informatisation des registres, de l'isolement et de la contention comme celui de la loi, entraîne un surcroît marqué de travail administratif lors du recueil des données et de l'inscription des données dans les registres. Les documents miniaturisés sont collés dans sept registres sous forme papier (cf. § 2.1).

Les contrôleurs ont contacté le JLD par courriel afin d'obtenir des données fiables sur les maintiens et levées des mesures. Il n'a pas répondu à cette sollicitation.

⁵³ Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, relative au contrôle juridictionnel des mesures d'isolement et de contention.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT IMPLIQUES MAIS L'INFORMATION DES FAMILLES ET DES PATIENTS CONCERNANT LEUR ROLE RESTE INSUFFISANTE

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a visité le pôle de psychiatrie le 6 décembre 2022. Son passage a fait l'objet d'un affichage la semaine précédente et son compte-rendu indique qu'aucun patient n'a demandé à la rencontrer.

La commission des usagers (CDU) est présidée par le directeur adjoint en charge de la relation avec les usagers, et compte deux représentants des usagers titulaires (représentants des associations UFC Que Choisir⁵⁴ et UNAFAM⁵⁵) et deux suppléants (Défense des hôpitaux et Maternité de proximité), deux médiateurs médicaux et deux non médicaux (cadres de santé), pour chacun titulaire et suppléant. L'un des deux représentants des usagers titulaires est également la personne en charge des relations avec les usagers (PCRU), et participe à la CDU territoriale et au comité de pilotage qualité. La CDU se réunit trois à quatre fois par an. Ses recommandations ont donné lieu à la réalisation de deux fiches d'information concernant le respect des patients et des familles (dignité et intimité ; la confidentialité), affichées au sein du pôle lors de la visite. Le bilan des pratiques de recours à l'isolement et à la contention pour l'année 2021 a été présenté en CDU le 31 janvier 2023. Un accès au logiciel BlueKanGo permet aux membres de la CDU de procéder au suivi des réclamations.

Les représentants des usagers, dont les noms et qualités sont portés au livret d'accueil, participent aux réunions institutionnelles concernant la qualité des soins⁵⁶.

Les coordonnées des associations UFC Que Choisir, UNAFAM, Défense des hôpitaux et Maternité de proximité, et celles du service des relations avec les usagers, sont indiquées par voie d'affichage. Cependant, ces affichages ne sont pas réalisés dans le salon de visite des familles ni dans l'aile Aurélia dans laquelle il est situé et qui rassemble les services administratifs du pôle et différents bureaux (des médecins et des ASS notamment). Les patients et leurs proches sont peu accompagnés dans la compréhension du rôle des représentants des usagers, ce dont ont témoigné les patients interrogés. Les représentants des usagers, qui ont indiqué être davantage sollicités par des familles à l'extérieur, ne disposent pas d'un local de permanence au sein du CHFQ. L'UNAFAM assure une permanence les premiers lundis du mois, de 15h00 à 17h00, au centre médico-social situé à proximité du CHFQ.

RECOMMANDATION 35

L'information des patients et de leurs proches concernant le rôle des représentants des usagers et de la CDU doit être renforcée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Une affiche spécifique concernant les représentants des usagers et la CDU est affichée dans le

⁵⁴ UFC : union fédérale des consommateurs « Que Choisir ».

⁵⁵ UNAFAM : union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

⁵⁶ Copil « qualité et gestion des risques » (réunions mensuelles), revues de morbi-mortalité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), conseil d'évaluation. Les représentants d'usagers envisagent également de participer aux prochaines démarches « patients traceurs », lors de la préparation de la certification HAS.

service, tandis que l'information est également disponible dans le livret d'accueil ».

Un groupe d'entraide mutuelle (GEM géré par l'association Handi Val-de-Seine et parrainé par l'UNAFAM 78) organise également un accueil au centre médico-social tous les jours de la semaine de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00, mais le peu de places disponibles ne concernent que les patients stabilisés. Les personnes peuvent y être accompagnées pour leur démarches sociales et de recherches de logement, de recherche d'emploi, etc.

Le questionnaire de satisfaction, intégré dans le dossier d'accueil, est peu renseigné par les patients, qui ne sont pas accompagnés dans cette démarche, et la CDU n'en produit aucune analyse.

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST TENU CONFORMEMENT AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Le registre de la loi est tenu par une AMA depuis l'ouverture du pôle.

La consultation des registres permet de suivre le parcours médical et juridique du patient.

Le registre présente les rubriques prévues par les dispositions du code de la santé publique⁵⁷.

Les décisions de maintien de l'hospitalisation en SSC après les certificats médicaux mensuels n'y figurent pas toujours.

Le systématisme de la notification des droits, conjoint à celui de toute décision administrative, a été constaté (cf. § 3.3.2).

Aucun visa d'une autorité extérieure n'apparaît sur les registres.

RECOMMANDATION 36

Le registre de la loi doit faire l'objet du visa des autorités prévu par les dispositions légales.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « L'équipe présente systématiquement le registre aux autorités qui nous visitent à qui il appartient d'apposer leur signature ».

Les décisions d'admission et de maintien en hospitalisation en SSC sont prises par un unique administrateur. Celles du soir, des nuits en semaine, des week-ends et des jours fériés sont assurées par un administrateur de garde.

L'AMA du pôle constitue le dossier, prépare la décision, et les adresse par courriel à l'administrateur qui procèdera à la rédaction de la décision en semaine. Le CS de permanence effectue la procédure, puis adresse les éléments à l'administrateur de garde la nuit en semaine, les week-ends, et les jours fériés.

En pratique, les décisions sont toutes des décisions types à partir d'un formulaire renseigné par la secrétaire du pôle ou par l'administrateur de permanence.

⁵⁷ Les rubriques sont prévues par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique et comptent l'état civil du patient ; les dates des notifications et des informations devant lui être communiquées ; les nom, état civil, et adresse des personnes ayant demandées les soins ; les avis et les certificats médicaux ; les dates et le dispositif des décisions du JLD ; la date de la levée de la mesure.

7.3 UN NOMBRE IMPORTANT DE PATIENTS NE SE RENDENT PAS A L'AUDIENCE DU JLD QUI N'EST PAS TENUE DANS L'ETABLISSEMENT

Les audiences du JLD ont lieu les lundis après-midi et les jeudis matin au CH de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, selon les termes d'une convention signée le 16 juin 2015 par les centres hospitaliers psychiatriques du GHT. Le TJ de Versailles n'est pas signataire de cette convention. La distance entre les deux communes est de 35 km, le temps de trajet en voiture pour s'y rendre varie de 40 à 60 min.

Les patients convoqués devant le JLD sont accompagnés individuellement, en ambulance, par deux soignants, créant parfois des situations de sous-effectif dans le pôle.

Les patients sont informés de la procédure de contrôle du JLD lors de l'admission et lors de la remise de la convocation pour l'audience. Les patients sont incités à se rendre à l'audience par les soignants mais un nombre important d'entre eux le refuse. Les soignants accompagnants ont signalé la convocation de tous les patients concernés des unités des différents CH du GHT à la même heure, des attentes aléatoires et longues et la perte considérable de temps de soins, en raison des modalités de cette organisation.

Seuls quatre des quatorze patients convoqués (soit 28 %) se sont rendus à l'audience du JLD entre le 1^{er} janvier et le 6 avril 2023. La question de la considération accordée par les patients à cette procédure a été posée ; les patients ont évoqué le manque d'intérêt et l'inquiétude liée à la rencontre d'un juge, et les soignants « *le temps perdu* » pour se rendre vers une salle d'audience éloignée.

La direction et le pôle n'ont pas été en mesure de communiquer le nombre de convocations aux audiences du JLD, celui des patients ayant refusé de s'y rendre, et celui des levées de mesures de SSC, sollicités pour l'année 2022, en l'absence d'une procédure établie et d'un logiciel adapté pour ce recueil. Les contrôleurs ont dû consulter les livres de la loi, feuillet par feuillet pour connaître le nombre de patients convoqués ainsi que le nombre de décisions de mainlevée, mais n'ont pu connaître le nombre de patients présents à ces audiences. 8 des 77 mesures de SSC comptabilisées et analysées ont été levées par le JLD pendant l'année 2022, et six des quatorze mesures depuis le début de 2023 jusqu'à la date de la visite. Cinq des six mainlevées prononcées en 2023 l'ont été au motif d'un défaut de notification de la décision d'admission ; un sentiment d'incompréhension a été exprimé par les soignants sur ce point.

Les avocats sont présents, prennent le temps de s'entretenir avec les patients, et certains leur téléphonent dans les jours précédant l'audience. Le JLD auditionne les patients sans célérité excessive, et rend sa décision l'après-midi même ou le lendemain de l'audience. Les décisions sont notifiées par un IDE ou un CS. Les soignants assistent à l'audience selon la volonté du patient.

RECOMMANDATION 37

Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention dans l'établissement contribuerait à garantir la présence du patient, au bénéfice de l'exercice de ses droits fondamentaux.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'équipe recommande une reprise du dialogue avec le ressort de Versailles* ».

8. LES SOINS

8.1 LA REORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES NE PERMET QUE DIFFICILEMENT LE MAINTIEN, TRES FRAGILE, DE LEUR DISPENSATION

8.1.1 L'organisation des soins

Une réorganisation incontournable de l'exercice médical a été mise en œuvre, afin de maintenir l'accès aux soins et sa qualité. Les quatre UHTP historiques et indépendantes ont été réunies pour n'en garder que deux, qui ne fonctionnent plus indépendamment mais selon un parcours de soins, dans lequel le patient progresse en fonction de l'évolution de son état clinique⁵⁸. Les psychiatres sont exclusivement recentrés sur leur compétence de coordonnateur du parcours de soins. Les patients sont vus le jour de l'admission, puis selon les nécessités de leur état clinique. L'élaboration du projet de sortie fait partie intégrante du projet de soins et s'envisage dès l'admission. Le choix du psychiatre s'avère impossible pour le patient, qui conserve toutefois la possibilité d'exprimer une demande de changement, qui sera individuellement considérée. Cette réorganisation serait gravement remise en question, en termes de garantie de l'assurance de soins de qualité, en cas de départ de l'un des PH de l'équipe médicale (cf. § 2.3.1).

La permanence des soins médicaux est assurée par l'organisation de la garde. La cheffe de pôle effectue une garde hebdomadaire, les autres PH deux mensuelles, et dix médecins intérimaires fidélisés pour cette activité se partagent celles restantes (cf. § 2.3.1).

Chaque patient est pris en charge par des soignants désignés comme « référents » (deux IDE et deux AS), durant tout le parcours de soins jusqu'à la sortie et éventuellement lors d'une nouvelle hospitalisation. Le psychiatre référent d'une UHTP ne suit pas le patient tout le long de son parcours de soin intra hospitalier.

La transmission de l'information concernant l'évolution clinique des patients et les étapes de leurs projets de soins est réalisée lors des réunions institutionnelles. Un « flash » est tenu chaque matin avec le médecin, les IDE et le cadre de santé, et une réunion plus approfondie dite « synthèse de projet » en équipe pluriprofessionnelle⁵⁹ hebdomadairement, le mardi dans une UHTP et le jeudi dans la seconde.

La durée moyenne de séjour des patients s'élève à dix-neuf jours dans les UHTP.

8.1.2 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

a) Les activités occupationnelles

Les patients déambulent dans les couloirs et font part d'un fort sentiment d'ennui, en l'absence d'activités occupationnelles faisant l'objet d'un planning. Celles mises en œuvre, rares, ne sont pas fixes mais organisées selon la motivation et la disponibilité des équipes soignantes. Un budget spécifique mensuel de 450 euros leur est alloué.

⁵⁸ La réunion des deux unités en un seul parcours de soins pour pallier le déficit de la démographie médicale a été préalablement discutée dans le pôle, sous la forme de groupe de travail, en équipe pluriprofessionnelle.

⁵⁹ Les réunions « synthèse de projet » associent le psychiatre référent, les IDE, les AS, les ASS, le psychologue et un soignant du CMP et ont pour objectif de faire le point sur la situation clinique de chacun des patients de l'unité concernée.

La bibliothèque, située dans l'UHTP 2, équipée de quatre chaises et disposant de quatre étagères d'ouvrages peu diversifiés, est librement accessible. Une table de ping-pong est utilisable sur demande et des jeux de ballon, de société ou des activités coloriages sont parfois proposés, selon la disponibilité des soignants.

Une salle de télévision est accessible dans toutes les unités toute la journée et les patients peuvent choisir leur programme. Ces salles sont peu utilisées, les patients disposant pour la plupart de leur téléphone, et pour certains de leur ordinateur ou de leur tablette.

Un projet d'aménagement d'une salle de projection au sein de l'UHTP 1 était en cours lors de la visite, notamment pour animer les week-ends.

La cafétéria, auparavant ouverte tous les après-midis par les soignants qui se relayaient selon le volontariat et leur disponibilité pour animer un temps d'échange, est fermée en raison d'une caisse enregistreuse non fonctionnelle depuis le mois de novembre 2022, privant les patients d'un lieu convivial de socialisation.

RECOMMANDATION 38

La cafétéria, qui favorise une socialisation conviviale quotidienne des patients, ne saurait être maintenue fermée, au motif d'une caisse enregistreuse dysfonctionnelle.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Le dysfonctionnement est corrigé ».

b) Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont quasiment à l'arrêt dans les UHTP depuis 2020. Cette quasi-absence de mise en œuvre a été présentée comme un choix justifié par la brièveté du séjour des patients, l'objectif étant de favoriser leur sortie rapide et le retour à l'autonomie. La préférence des rares intervenants spécifiques pour un exercice dans les unités ambulatoires a par ailleurs été indiquée.

Une ergothérapeute intervient depuis peu les mardis et jeudis et une musicothérapeute les jeudis et vendredis. Les activités physiques et sportives en milieu adapté, animées par un aide-soignant le mercredi, ont repris durant la semaine de la visite, après une suspension de trois mois. Elles se déroulent le plus souvent dans la salle de gymnastique ou, quand la météo le permet, dans le patio central.

Des sorties individuelles ou groupées sont organisées pour des achats de vêtements, des courses, ou, plus rarement, aller au cinéma. A titre d'exemple, une sortie pour le film « Avatar » a eu lieu au mois de décembre 2022 avec un groupe de patients hospitalisés en SL et en SSC. L'équipe soignante propose un atelier cuisine, à l'occasion des anniversaires des patients.

Un atelier « bien-être » protocolisé⁶⁰, accessible sur indication médicale, a été mis en œuvre. Une salle de massage a été aménagée et une soignante spécialement formée établit le planning de prise en charge des patients, qui bénéficient d'une séance une journée par mois.

⁶⁰ Procédure de l'établissement « Projet : Atelier bien-être ».

RECOMMANDATION 39

Le pôle de psychiatrie doit favoriser l'organisation d'activités thérapeutiques régulières et variées.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *En accord avec la politique de psychiatrie à la personne, les activités individuelles sont favorisées en regard de chaque situation singulière (présence d'une musicothérapeute et d'un professionnel dédié aux activités physiques).* »

Aucune réunion soignants-soignés n'est tenue.

RECOMMANDATION 40

Des réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients, doivent être tenues.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Les échanges soignants-soignés sont singuliers mais la dynamique collective est prise en compte par les professionnels du soin.* »

8.2 L'EFFECTIF DE MEDECIN GENERALISTE DU POLE NE GARANTIT PAS LA DISPENSATION DE SOINS SOMATIQUES REpondant AUX BESOINS

Une généraliste du SAU, référente pour le pôle de psychiatrie, est présente, à raison de 0,3 ETP, selon une journée fixe les mardis, et selon ses disponibilités (une autre journée par semaine tous les quinze jours ou une autre demi-journée dans la semaine). Elle se déplace ponctuellement dans le pôle de psychiatrie selon les sollicitations des unités, notamment en cas de placement en CI. Le dépistage, le suivi régulier des pathologies somatiques des patients, et l'examen systématique de ceux qui sont isolés ne sont pas garantis, en raison de l'insuffisance du temps de médecin généraliste dans le pôle, et du non-remplacement des absences de celle qui assure seule cette fonction. Une organisation avec le SMUR⁶¹ a été mise en place pour réaliser les examens somatiques obligatoires dans les 24h de l'admission des patients hospitalisés en SSC, deux semaines avant la date de la visite.

Un protocole d'admission spécifique précise les examens à pratiquer pour tous les patients hospitalisés dans le pôle sans passage par le SAU, soit un examen biologique, un test PCR et un ECG. La salle de soins du pôle de psychiatrie est équipée de façon adaptée, et dispose notamment d'un électrocardiographe pour la réalisation des ECG, dont les résultats sont transmis au service de cardiologie pour leur interprétation.

La prescription d'un traitement préventif des phlébites est systématiquement réalisée en cas de placement sous contention.

Les résultats des examens biologiques sont transmis au service et en cas d'alerte, lus par les IDE, qui contactent les psychiatres pour établir la conduite à tenir. En cas d'anomalie préoccupante d'un résultat biologique, le patient est réadmis aux urgences, aisément et sans délai particulier.

⁶¹ SMUR : structures mobiles d'urgence et de réanimation.

La généraliste suit également les résultats des bilans prescrits depuis le SAU. Les IDE indiquent cependant « être dans l'appréciation de ce qui peut tenir deux-trois jours », jusqu'au passage de la somaticienne⁶². Les cadres de santé ont souligné la vigilance des équipes, attentives aux situations somatiques, plusieurs IDE étant issues du SAU.

L'effectif insuffisant de médecin généraliste ne permet pas sa participation aux projets de soins des patients.

RECOMMANDATION 41

Les patients du pôle de psychiatrie doivent bénéficier de soins somatiques répondant à leurs besoins, dès l'admission et tout au long de leur hospitalisation, pratiqués par un effectif suffisant de médecins généralistes associés à leurs projets de soins.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « L'établissement fait face à des tensions de recrutement médical sur l'ensemble des spécialités ».

Les témoignages des professionnels et la lecture des FEI font apparaître des situations ayant exposé les patients à un risque de perte de chance :

- le fonctionnement dégradé du SAU a pu conduire à des situations de réadmission dans l'unité de psychiatrie, en dépit d'états somatiques qui imposaient une autre orientation⁶³. Les cadres et les psychiatres des unités doivent souvent insister auprès des praticiens des services spécialisés pour trouver une solution adaptée (exemple d'un patient présentant une catatonie maligne, dont l'admission directe en service de réanimation a pu être négociée) ; l'admission des patients dans d'autres services, et notamment dans celui d'orthopédie, n'est pas facilitée. Le cas fut évoqué d'un patient s'étant échappé par la fenêtre de sa chambre, présentant une fracture de la jambe, pour lequel un refus d'opérer a été initialement opposé, l'équipe ayant été amenée à insister auprès du service d'orthopédie pour qu'il puisse finalement être pris en charge ;
- la situation d'un patient, transféré le 8 décembre 2022 du service de cardiologie, qui présentait une hypokaliémie⁶⁴ marquée. Une IDE a demandé un bilan biologique daté du 9 décembre et effectué le 10, a objectivé l'hypokaliémie, un ECG a aussitôt été réalisé au sein du pôle et le psychiatre de garde a été averti. Le patient a pu être réorienté en service de cardiologie. La FEI décrivant ce cas ne mentionne aucune intervention d'un somaticien ;

⁶² L'exemple de la surveillance de la natrémie chez une patiente diabétique potomane connue du service, dont les bilans, même perturbés, n'impliquaient pas systématiquement une admission aux urgences, la continuité de sa prise en charge au sein du pôle étant privilégiée, a été cité.

⁶³ Les exemples d'un patient en situation d'occlusion intestinale, renvoyé sur le pôle alors qu'il était indiqué aux urgences qu'il vomissait ses selles, ou d'une patiente diabétique réadressée avec un bilan biologique déséquilibré, ont été rapportés.

⁶⁴ Hypokaliémie : Diminution anormale du taux de potassium dans le sang exposant, entre autres, à un risque de trouble du rythme cardiaque.

RECOMMANDATION 42

Les patients du pôle de psychiatrie doivent bénéficier d'un accès aux avis médicaux spécialisés et aux hospitalisations en service spécialisé, dans un délai adapté au besoin et de façon équivalente à tous les autres patients. Les soins ne peuvent être différés ou annulés en raison des seules contraintes de sécurité ou d'organisation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Le pôle est en recherche constante de la même prise en charge pour tous les patients, en sollicitant les services concernés* ».

Aucun addictologue n'intervient dans le pôle de psychiatrie, ce qui impose de recourir à des intervenants du CSAPA en vue d'organiser un suivi après la sortie. Les places dans les cliniques spécialisées qui organisent les sevrages et les soins addictologiques ont été signalées comme difficiles à obtenir.

Aucune action d'éducation thérapeutique somatique n'est mise en place au sein de l'unité (par exemple les patients diabétiques sont adressés, une fois stabilisés, à d'autres établissements pour la poursuite de leur éducation thérapeutique en endocrinologie).

RECOMMANDATION 43

Les patients du pôle de psychiatrie doivent avoir accès à des séances d'éducation thérapeutique au sein du pôle de psychiatrie, ainsi qu'à des soins d'addictologie qui répondent à leurs besoins.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Le pôle de psychiatrie travaille sur les comportements addictifs avec les professionnels du CSAPA. Un programme d'éducation thérapeutique a été mis en place au sein du pôle et s'adresse aux jeunes schizophrènes. Un deuxième programme est en cours de développement à destination des patients bipolaires* ».

8.3 LA SORTIE EST ANTICIPEE DES L'ENTREE, DANS LA LIMITE DES PLACES DISPONIBLES EN STRUCTURES ADAPTEES POUR LES PATIENTS QUI EN RELEVANT

La sortie se prépare dès l'entrée, parfois dès l'admission aux urgences. Ainsi, en 2022, trois patients n'ont pas été hospitalisés mais directement admis dans le dispositif SIID (cf. § 3.1).

L'organisation des soins priorise le retour et le maintien à domicile, avec l'enjeu d'éviter les séjours prolongés⁶⁵ et les ré-hospitalisations, dans un contexte de déficit d'offre en médecine psychiatrique libérale sur le secteur.

La préparation à la sortie inclut des sorties courtes, intégrées au parcours de soins, selon une gradation adaptée à l'évolution clinique du patient. En concertation avec le patient et son entourage, sont proposées une sortie d'une heure, puis une sortie de deux heures, puis de 12h,

⁶⁵ Les données communiquées évoquent une durée moyenne de séjour passant de 22,9 jours en 2020 à 20,5 en 2021 et 19,3 en 2022, mais leur fiabilité est incertaine au motif de l'absence de qualité de leur recueil.

puis de 48h, d'abord accompagnée, puis seul, chaque sortie faisant l'objet d'un bilan et d'une réévaluation.

Les sorties demandées pour les patients hospitalisés en SDDE sont toujours autorisées par le directeur. En revanche, les services préfectoraux s'opposent systématiquement à toute sortie de courte durée d'un patient admis en SDRE, non accompagné par un soignant (l'accompagnement par la famille ou par un proche n'étant pas considéré comme une garantie suffisante). La lecture des registres depuis le mois de novembre 2022 n'a montré que deux exceptions à ce principe : une personne a pu bénéficier d'une sortie de 48h accompagnée par sa famille le 2 février 2023 ; un autre patient a bénéficié d'une sortie non accompagnée lors de la visite, mais il séjourne dans l'établissement depuis plus d'un an et demi et avait essuyé auparavant de nombreux refus. En outre, les services préfectoraux demandent systématiquement deux avis avant la levée de la mesure de SDRE, le deuxième avis étant rendu dans les plus brefs délais et confirmant toujours le premier.

Les programmes de soins (PDS) concernaient huit patients lors de la visite : deux personnes suivies au CMP2 et six personnes suivies au CMP1. Ils intègrent les visites à domicile par des équipes mobiles psychiatriques auxquelles les ASS sont associées, les rendez-vous au CMP, les éventuelles hospitalisations séquentielles (prenant en compte les injections avec effets retard). La dimension médico-sociale de la prise en charge est pleinement intégrée, ainsi que l'association des proches et de la famille, régulièrement informés de l'évolution du patient. Une représentante des usagers a témoigné que les familles pouvaient joindre les équipes soignantes à tout moment. Le dispositif SIID, créé en 2021 et intégré au projet territorial de santé mentale (PTSM) 78 Nord 2021-2026⁶⁶, constitue un levier de prévention des décompensations après le retour à domicile. Le SIID, qui ne relève pas de l'hospitalisation à domicile, a pu être financé à la suite de la fermeture de dix lits d'hospitalisation, par redéploiement des effectifs de soignants. Il est toutefois constaté que le pôle n'est jamais en situation de suroccupation (cf. § 3.2), grâce à cette priorisation du suivi à domicile. L'objectif est ainsi de réserver l'hospitalisation aux patients présentant des épisodes cliniques aigus. Le dispositif concernait 53 patients lors de la visite.

Un AS est référent du dispositif SIID au sein du pôle et tient une permanence tous les vendredis ; chaque CMP dispose également d'un référent SIID. L'année 2022 a constitué une phase de mise en œuvre de ce dispositif. Une cadre de santé a été nommée référente et organise les réunions mensuelles⁶⁷.

L'inscription dans le dispositif SIID, prescrit pour une période de trois mois, ne doit pas excéder un an. Le SIID articule les visites à domicile (VAD) et le suivi en CMP, et conjugue l'intra et l'extra hospitalier. Le patient, acteur de ce programme, choisit par exemple le soignant qui lui rend visite à domicile. S'il ne fait pas l'objet d'un contrat formalisé avec le patient, ce dispositif repose sur une alliance thérapeutique élaborée dès le séjour hospitalier. La fréquence des VAD, habituellement de plus en plus espacée, toutes les semaines, puis toutes les deux semaines, puis tous les mois, est régulièrement réévaluée selon l'évolution clinique du patient, auquel il est régulièrement rappelé sa vocation à sortir à terme du programme. Un binôme associant soignant

⁶⁶ Cf. Lettre d'information PTSM 78 NORD, 1^{er} mars 2023, www.ctsm78nord.fr.

⁶⁷ En alternance, une réunion dite « clinique » (évocation des cas et des situations, ouverte à tous les acteurs concernés par le SIID), et une réunion dite « de pilotage » (à visée organisationnelle, qui rassemble la cadre référente, deux personnels référents de l'intra, le psychiatre en charge de l'unité de crise, et le référent de chaque CMP).

et ASS permet un suivi qui intègre pleinement la dimension sociale du parcours lors des VAD, facilitant l'ensemble des démarches administratives. L'embauche d'un ergothérapeute, peu avant la date de la visite, permet également une évaluation de l'adaptation des logements. Un suivi en téléconsultations est mis en place pour les patients qui sont à même de l'utiliser (le cas de patients réintégrés dans l'emploi pour lesquels ce système, très souple, permet d'éviter une rupture de suivi, a été évoqué).

BONNE PRATIQUE 3

Le dispositif de soins intensifs et inclusifs à domicile (SIID) participe de la prévention de l'hospitalisation à temps complet et permet un suivi très complet du patient à son domicile intégrant les dimensions médicales et sociales, et favorisant l'articulation entre les prises en charge hospitalière et ambulatoire.

Les patients bénéficient d'entretiens de bilan avec les psychiatres en amont de la sortie, et se voient remettre par l'équipe des « *petits cartons* » sur lesquels toute la prise en charge ultérieure est détaillée : dates et heures des rendez-vous, adresses, noms des intervenants, raison des différentes consultations et visites prévues, etc. L'absence de rédaction de tout compte-rendu d'hospitalisation, au motif du manque de temps, a été indiquée.

Aucun bilan somatique n'est systématiquement réalisé lors de la sortie. Les traitements en cours sont renouvelés, le suivi à l'extérieur est à programmer avec le médecin traitant s'il est identifié, sans mise en place d'un dispositif spécifique relatif à la continuité des soins somatiques.

Environ 65 % des patients de psychiatrie bénéficient d'un entourage familial ou amical, 45 % disposent d'un hébergement stable, 25 % résident chez des amis ou de la famille, 14 % dépendent d'un hébergement associatif, 13 % sont sans domicile fixe⁶⁸. Les ASS indiquent avoir à traiter le cas de certains patients expulsés de leur logement par les bailleurs durant leur séjour hospitalier, notamment par suite de plaintes de voisinage.

Le pôle de psychiatrie a passé des conventions avec plusieurs foyers d'accueil : l'Envol, L'Orée des Bouleaux, Pierre Delomez, Les Cordeliers. Les délais restent longs pour intégrer l'un de ces lieux. Le site du GHT a mis à disposition de l'association Villa Transition un local d'habitation en 2009, avec une offre d'appartements thérapeutiques (huit chambres, et une pour un personnel de nuit). L'association Komilfo propose des logements à Mantes-la-Jolie et à Bonnières-sur-Seine. L'association Adoma propose un accueil aux jeunes travailleurs. Le pôle travaille également avec le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Selon le rapport d'activité établi par les ASS, les délais moyens sont d'un mois pour l'ouverture d'une couverture sociale, de six à huit mois pour une demande d'orientation de la MDPH (ce délai a été majoré à la suite de la pandémie de Covid-19), de six à huit mois pour une demande de mise sous protection juridique, d'un an à plusieurs années pour un accueil en lieu de vie ou un accueil temporaire en structure spécialisée (FAM).

⁶⁸ Analyse statistique Pôle de psychiatrie adultes 2022 des assistantes sociales

En outre, un refus systématique d'admission est opposé par les EHPAD⁶⁹, incluant celui qui jouxte le pôle, imposant l'intervention du cadre ou du médecin. L'accueil en SSR n'est pas non plus facilité. Le délai d'attente est de cinq à dix ans pour intégrer un EMS⁷⁰.

8.4 LES OUTILS D'APPUI AU CONSENTEMENT ET A LA QUALITE DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE SONT INSUFFISAMMENT MIS EN ŒUVRE

8.4.1 Le consentement

Le projet de soins individualisé est expliqué au patient lors des entretiens médicaux, révisé régulièrement en réunion clinique, et l'alliance thérapeutique est privilégiée. L'engagement dans ses modalités est oral et aucun contrat écrit n'est rédigé avec le patient. La présence séquentielle du généraliste ne permet pas son association systématique aux étapes du parcours de soins.

Les familles sont régulièrement associées au parcours de soins et tenues informées des étapes, des projets de sorties et de la préparation du retour à domicile.

La désignation d'une personne de confiance (PC) est systématiquement proposée par l'IDE, lors de l'entretien d'arrivée. L'explication du rôle de cette dernière n'étant pas formalisée, les patients restent toutefois en difficulté pour comprendre la distinction entre PC et personne à prévenir, malgré les précisions apportées par le formulaire de désignation annexé au livret d'accueil, et en l'absence d'un affichage spécifique dans le salon d'accueil des familles. La PC n'est jamais contactée pour son information de cette désignation, l'explication de son rôle et la recherche de son acceptation. Des situations de PC désignées sans en avoir connaissance ont ainsi été rapportées. Le discours des équipes a également mis en évidence une tendance à confondre la PC avec la personne à prévenir. Le cas possible de patients désignés comme PC d'autres patients a été indiqué.

Le décompte du nombre de patients ayant désigné une PC n'a pas été communiqué aux contrôleurs ; les équipes ont indiqué qu'elles étaient assez peu souvent désignées, cela restant difficile à apprécier au regard de la confusion avec la personne à prévenir.

RECOMMANDATION 44

Les soignants doivent recevoir une formation concernant le rôle de la personne de confiance, dont la désignation doit être expliquée aux patients à l'admission. La personne de confiance doit être informée de sa désignation, sollicitée pour son acceptation et associée au projet de soins.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique sans commenter la recommandation : « *Un flyer expliquant le rôle de la personne de confiance et de la personne à prévenir a été diffusé et est disponible via le logiciel qualité "BlueKanGo". De plus, il est également affiché dans le service. L'information est également disponible dans le livret d'accueil* ».

⁶⁹ EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁷⁰ EMS : établissement médico-social.

Malgré l'efficacité reconnue des outils d'appui à l'exercice du consentement⁷¹, s'agissant de la qualité de l'alliance thérapeutique et de la prévention des hospitalisations en SSC, les directives anticipées incitatives en psychiatrie, qui font l'objet d'un groupe de travail, ne sont pas mises en œuvre, et aucun médiateur de santé pair n'intervient dans les unités.

RECOMMANDATION 45

Les patients doivent pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie et bénéficier de l'intervention de médiateurs de santé pairs dans les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Dans l'affiche "Où trouver l'information", des informations sur les directives anticipées ainsi que le formulaire sont accessibles via un QR code sur l'ensemble de l'établissement. De plus, elles sont également disponibles dans le livret d'accueil. Au sein du pôle de psychiatrie, les politiques de "crisis point" avec support dossier, développées sur l'ambulatoire, seront à terme étendues à l'ensemble des unités* ».

8.4.2 La pharmacie et le circuit des médicaments

Les postes de PH de l'effectif de l'équipe de pharmacie sont insuffisamment pourvus⁷². Un pharmacien et deux préparatrices sont référents pour le pôle de psychiatrie, ces deux dernières se déplaçant dans les unités, dans lesquelles des IDE assurent également une référence pour les thématiques pharmacie, hygiène et douleur.

Les médecins prescrivent dans le logiciel Sillage, en remplacement de Pharma, depuis la convergence informatique imposée par le GHT. Les difficultés majeures du service informatique ont été signalées, parmi lesquelles son sous-effectif et son incapacité à recruter, la réalisation de maintenance des systèmes informatiques pendant les heures ouvrables (donc de prescription), des pannes informatiques globales de plusieurs jours qui imposent le retour à une prescription médicamenteuse selon un mode dégradé sur papier libre (trois épisodes depuis le début de l'année 2023), et la nécessité des pharmaciens d'une commande de disque dur pour effectuer eux-mêmes des sauvegardes.

⁷¹ Dr A. Tinland, étude publiée dans JAMA Psychiatry le 6 juin 2022 : « *Efficacité des directives anticipées psychiatriques facilitées par un médiateur de santé-pair sur les hospitalisations sous contrainte pour les personnes vivant avec des troubles psychiques* ».

⁷² L'effectif associe 7 ETP de pharmacien dont 3 sont pourvus par des PH, les 4 autres étant par un assistant, un praticien attaché associé et un réfugié politique, 15 ETP de préparateurs, 3 ETP de magasiniers et 2 ETP d'adjoint administratif.

RECOMMANDATION 46

Le service informatique doit garantir les conditions techniques d'une prescription médicamenteuse adaptée, au service des patients hospitalisés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *La prescription médicamenteuse est réalisée dans le dossier patient informatisé, il s'agit d'un logiciel bénéficiant d'une certification LAP* ».

Toutes les ordonnances sont contrôlées tous les jours pour les patients entrants, ceux de l'UCNS et les prescriptions de médicaments dangereux, les autres n'étant validées qu'hebdomadairement. En cas de difficulté concernant une prescription, le pharmacien adresse au prescripteur un message informatique qui s'ouvre avec la prescription concernée. Un contact téléphonique est réalisé en cas d'indisponibilité du médicament prescrit, ou d'absence de réponse au message adressé.

Trois COMEDIMS⁷³ sont annuellement prévus mais le plus souvent annulés, en raison d'une indisponibilité des médecins liée à leur pénurie. Le dernier a été tenu au mois de novembre 2021. Les pharmaciens n'ont pas relevé de prescriptions « si besoin » non justifiées par un contexte clinique adapté ni de prescription hors AMM⁷⁴.

Le déploiement balbutiant de la conciliation médicamenteuse⁷⁵, qui a été arrêté un an avant la visite en raison de la pénurie de pharmacien, ne concernait pas les patients du pôle de psychiatrie.

RECOMMANDATION 47

Les patients entrants et sortants du pôle de psychiatrie devraient bénéficier d'une conciliation médicamenteuse.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *La démarche intéresse le pôle psychiatrie qui est en relation avec la pharmacie pour une mise en œuvre dès que les ressources le permettront* ».

⁷³ COMEDIMS : comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

⁷⁴ AMM : L'autorisation de mise sur le marché est l'accord donné à un titulaire des droits d'exploitation d'un médicament fabriqué industriellement pour qu'il puisse le commercialiser.

⁷⁵ La conciliation médicamenteuse est un processus qui vise à assurer la continuité des soins entre les différentes étapes de la prise en charge d'un patient. Elle consiste à établir une liste fiable et complète de tous les médicaments assimilés par le patient sur une période déterminée. Elle ne concernait sur le site que les patients entrants des services de gériatrie et de neurologie.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 QUELQUES PATIENTS DETENUS SONT HOSPITALISES EN L'ABSENCE D'UNE PRISE EN CHARGE URGENTE A L'UHSA

La direction et le pôle n'ont pas été en mesure de communiquer le nombre de détenus hospitalisés en SSC au CHFQ, en l'absence d'une procédure de recueil formalisée et d'un outil informatique pour l'effectuer.

L'examen feuillet par feuillet du livre de la loi a permis à l'AMA du pôle d'en comptabiliser six pour l'année 2022, et deux depuis le 1^{er} janvier 2023.

Les détenus sont systématiquement hospitalisés en CI pour des raisons sécuritaires, ne rencontrent aucun autre patient et ne participent à aucune activité. Ils disposent de la télévision pour seule distraction et peuvent, selon leur état clinique, être autorisés à fumer dans l'un des patios, où ils se rendent accompagnés par plusieurs soignants et par l'agent de sécurité. Les contrôleurs ont constaté, lors de la visite, l'ouverture de la porte d'une CI dans les mêmes conditions de sécurité que pour les autres patients.

Leur temps de séjour est extrêmement bref, dépassant rarement trois à quatre jours. Les soignants vont les chercher au centre de détention et les agents pénitentiaires assurent le retour en prison à l'issue des soins. La procédure d'accueil est identique à celle des patients provenant du service des urgences. Le départ, plus discret, s'effectue par l'arrière du bâtiment.

RECOMMANDATION 48

Les personnes détenues ne doivent pas faire l'objet d'une mesure d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation pour un motif sécuritaire, mais doivent bénéficier d'une prise en charge soignante individualisée et adaptée à leur état clinique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *La prise en charge du patient détenu se fait dans les meilleures conditions possibles au regard des contraintes architecturales et de sécurité de l'ensemble du service* ».

Certains détenus font l'objet de séjours hospitaliers réitérés en SSC dans le pôle. Leur hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) pouvant s'avérer refusée ou trop longtemps différée, au motif signalé du refus de ces structures d'accueillir ces personnes en urgence.

RECOMMANDATION 49

Les unités hospitalières spécialement aménagées doivent admettre en urgence les patients-détenus concernés par cette indication de prise en charge.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *L'établissement s'inscrit au mieux dans les recommandations de prise en charge en santé mentale des patients détenus. Il accueille si besoin ces patients au regard de la situation capacitaire en UHSA de région parisienne* ».

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr