



Rapport de visite :

Du 3 au 13 juillet 2023 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier du Havre

(Seine-Maritime)



SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier Pierre Janet du Havre, département de Seine-Maritime (76) du 3 au 13 juillet 2023.

Dans ce département, les hospitalisations complètes en psychiatrie reposent sur trois sites hospitaliers : le centre hospitalier (CH) du Rouvray, le CH de Dieppe et le centre hospitalier Pierre Janet (CHPJ) du Havre comprenant 177 lits pour adultes et 8 lits pour adolescents.

Au CHPJ, l'état matériel des unités est particulièrement hétérogène. Un projet de rénovation des unités, initié en 2019, a permis à ce jour de restructurer et rénover uniquement le service des urgences et l'unité d'accueil et de crise (UAC) et ses six lits. Une unité (Délors) n'est pas incluse dans ce plan de rénovation au motif que sa dernière rénovation date de 2011 alors même que ce pavillon montre des signes de vétusté manifestes. Quant aux unités Alizé et Caravelle, elles sont apparues dans un état de vétusté et de dégradation important, accumulant défauts de maintenance et non-respect des normes d'hygiène, rendant certaines chambres hospitalières indignes. Seule l'unité Equinoxe accueillant les mineurs est épargnée.

De plus, l'absence de projet médico-soignant risque de compromettre l'effort financier consenti pour la rénovation par un résultat non adapté à la prise en charge de publics spécifiques envisagée dans le projet d'établissement 2023-2027 : personnes âgées et jeunes de 18 à 25 ans.

La suroccupation des locaux est préoccupante, les chambres sont parfois triplées, des patients restent en attente à l'UAC qui s'avère saturée, des patients sont hébergés hors secteur avec un suivi médical confus. Les patients changent très souvent de chambre et d'unité. De plus, l'obligation légale de conserver une chambre miroir en cas de placement à l'isolement n'est pas respectée. A cela s'ajoute la carence de places en structures médico-sociales adaptées pour trouver des solutions de sortie. Sur 50 patients hospitalisés au long cours, 36 sont en attente de place dans une structure sociale ou médico-sociale.

L'effectif médical est insuffisant pour remplir toutes les missions, seule la moitié des besoins en médecins titulaires est pourvue. L'organisation des soins telle que mise en œuvre génère une planification désorganisée de la présence des soignants et des médecins. Ce phénomène s'aggrave en cas d'absence inopinée, laissant des unités entièrement dépourvues de personnel soignant à certains moments de la journée.

Si les soins psychiatriques à proprement parler sont bien assurés avec des consultations régulières dès l'admission et un suivi des projets de soins individualisés en staff clinique fréquent et pluridisciplinaire, il est regrettable qu'il n'y ait pas de réunion soignants-soignés, d'intervention de pair-aidant, ni d'infirmier en pratique avancée (IPA) en intra hospitalier. L'accès aux soins d'addictologie n'est pas organisé.

Les soins somatiques sont suivis et les médecins généralistes participent régulièrement aux réunions cliniques. En revanche, ils ne développent pas l'éducation thérapeutique du patient et n'animent pas de séances d'éducation à la santé.

La qualité de la prise en charge des mineurs à Equinoxe, notamment dans l'organisation des soins mais aussi la place accordée aux parents, contraste avec l'absence de possibilité d'accès à l'extérieur, des restrictions qui ne sont pas individualisées et surtout un recours au placement à l'isolement excessif (19,4 % des patients), ce d'autant que presque tous sont en soins libres (sur décision des titulaires de l'autorité parentale), statut qui interdit le recours à de telles pratiques. L'unité ne dispose pas d'un réel espace dédié à l'apaisement.

Pour les hospitalisations adultes, le recours à la contention dans les unités est peu fréquent. Le recours à l'isolement est maîtrisé, mais des écarts de pratique importants subsistent entre les différentes unités. Certaines pratiquent des enfermements en chambre la nuit et en journée dits « *temps calmes* » sur « *prescription médicale* », en dehors tout cadre puisqu'aucune de ces mesures n'est enregistrée au titre de l'isolement.

Le bureau des soins sans consentement (SSC) veille scrupuleusement au respect des délais légaux relatifs à l'isolement et à la contention et anticipe auprès des services le respect de la mise en œuvre des délais de renouvellement. Les audiences du JLD sont bien organisées et se déroulent dans de bonnes conditions, les décisions sont explicitées au patient au cours de l'audience et l'avocat est présent.

En revanche, dans les unités, les informations sur les SSC ne sont pas ou peu délivrées, la formation des soignants est insuffisante sur ce point et il existe une carence d'information pour les patients non seulement à l'admission mais tout au long de leur parcours d'hospitalisation. Il manque également un livret d'accueil dédié pour les patients hospitalisés à Pierre Janet. En outre, il n'y a pas suffisamment de recherche du consentement au soin. Les directives anticipées ne sont pas mises en place, la personne de confiance soit n'est pas désignée, soit lorsqu'elle l'est, n'est pas associée aux soins.

Les restrictions de la vie quotidienne sont nombreuses, non homogènes entre les services et ne sont pas non plus toujours individualisées, particulièrement au sein des UP et ne semblent pas faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. Elles peuvent être attentatoires à la dignité des patients (port du pyjama, par exemple).

Les activités thérapeutiques sont très diversement inscrites dans les projets de soin entre les deux secteurs Est et Ouest et le plateau technique de thérapie du centre d'activités et d'animation (CAA), qui représente un atout indéniable, n'est pas suffisamment utilisé par les patients de l'intra hospitalier. Les conditions matérielles pour les visites ne sont pas adaptées à l'exception de Délos, et les communications téléphoniques ne permettent ni confidentialité ni intimité.

Les dysfonctionnements relevés par les contrôleurs pourraient trouver leur résolution dans l'élaboration d'un réel projet médico-soignant de pôle, sous réserve que ses modalités d'élaboration garantissent son appropriation par toute la communauté. L'accueil reçu par les contrôleurs pendant leur visite leur laisse à penser qu'une réelle volonté de questionnement institutionnel des pratiques est possible afin de garantir une prise en charge adaptée à la réglementation et à l'éthique des professionnels de santé.

Le rapport provisoire a été adressé, le 3 novembre 2023, au centre hospitalier, aux autorités judiciaires du tribunal du Havre et à l'agence régionale de santé de Normandie pour une période d'échange contradictoire d'un mois. A l'issue de cette période, la direction du centre hospitalier a formulé le 22 novembre des observations qui sont annexées au présent rapport¹. Les observations du préfet de la Seine-Maritime² en date du 30 novembre et du procureur de la République³ du 22 novembre sont intégrées dans le corps du rapport définitif.

¹ Cf. § 11. Annexes.

² Cf. observations sur la recommandation n°36.

³ Cf. observations sur les recommandations n°35 et n°37.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 42

La possibilité offerte aux patients de prendre leurs repas au self permet de favoriser le lien social et l'autonomie.

BONNE PRATIQUE 2 57

Le juge des libertés et de la détention et le greffe se rendent disponibles et accompagnent le centre hospitalier dans son appréhension des exigences légales tendant au respect des droits des patients.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 15

Un projet médico-soignant de pôle doit être établi afin de permettre une rénovation des pavillons adaptée aux besoins des patients.

RECOMMANDATION 2 16

Les dotations destinées à l'exercice de la psychiatrie doivent intégralement servir aux besoins de santé des patients.

RECOMMANDATION 3 18

L'organisation des soins dans chaque secteur doit définir les besoins de prise en charge en intra et extrahospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins.

RECOMMANDATION 4 21

Tous les événements indésirables doivent faire l'objet d'une déclaration et d'un suivi.

RECOMMANDATION 5 21

Le comité d'éthique doit se saisir du sujet des restrictions des droits et libertés des patients hospitalisés, du respect de leur intimité, de la question du recours aux mesures d'isolement et accompagner une réflexion institutionnelle.

RECOMMANDATION 6 23

Un protocole de travail conjoint doit être établi afin de clarifier le rôle des médecins et des soignants des urgences et de psychiatrie, dans la prise en charge des urgences psychiatriques, notamment vis-à-vis des mesures d'isolement ou de contention.

RECOMMANDATION 7 26

L'établissement doit offrir aux patients des conditions d'hospitalisation, et notamment un nombre de lits, qui garantissent le respect de leurs droits fondamentaux et de leur dignité. Les chambres d'isolement ne peuvent être utilisées comme lieu d'hospitalisation normale et les patients admis en chambre d'isolement doivent conserver leur chambre.

RECOMMANDATION 8 26

L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement (décisions du directeur ou arrêtés préfectoraux, certificats médicaux, décisions du juge des libertés et de la détention, récapitulatif des droits de l'article L 3211-3 du code de la santé publique) doit être remis au patient tout au long de son hospitalisation. Cette information doit être communiquée sur un support pouvant être conservé et le cas échéant remis au moment de la sortie d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 9 27

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, et en faire mention dans les certificats médicaux.

RECOMMANDATION 10 27

Les patients doivent bénéficier de la désignation puis de l'association de leur personne de confiance à leur projet de soins individualisé.

RECOMMANDATION 11 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 12 36

Des dispositions doivent être prises rapidement, sans attendre les travaux prévus dans les pavillons, pour remédier aux dysfonctionnements matériels et au manque d'équipements des chambres et des espaces collectifs pour permettre une prise en charge respectueuse des droits et de la dignité des patients.

RECOMMANDATION 13 37

Des dispositions doivent être prises dans les sanitaires afin de rétablir un niveau d'hygiène conforme aux normes en vigueur.

RECOMMANDATION 14 38

L'établissement doit mettre à disposition des patients un nombre suffisant de serviettes de toilette. Par ailleurs, des dispositions doivent être prises pour l'accès à un sèche-linge dans chaque pavillon.

RECOMMANDATION 15 38

Toute mesure de retrait des effets personnels doit être individualisée en fonction de l'état clinique du patient, nécessaire et proportionnée.

RECOMMANDATION 16 39

Les patients doivent disposer d'un placard et en gérer eux-mêmes la fermeture, lorsque leur état clinique le permet.

RECOMMANDATION 17 42

L'établissement doit améliorer la variété des repas, s'assurer que les quantités servies sont suffisantes et fournir une vaisselle adaptée.

RECOMMANDATION 18 43

Toute personne subissant une restriction de sa liberté d'aller et venir doit avoir un accès quotidien à l'air libre et à des salles d'activités afin de s'aérer, de se détendre ou de pratiquer une activité physique.

RECOMMANDATION 19 44

Les enfermements en chambre, de nuit comme de jour, hors des procédures de placement en chambre d'isolement, strictement encadrées et contrôlées par le juge, s'apparentent à des séquestrations et doivent cesser immédiatement.

RECOMMANDATION 20 45

Les services de la sécurité incendie doivent être informés en temps réel du nombre et de la localisation des personnes enfermées ou attachées. Les détecteurs de fumée ne doivent pas être empêchés de fonctionner.

RECOMMANDATION 21 46

Les patients doivent avoir librement accès à leur tabac sauf exception décidée par le psychiatre et motivée dans le dossier médical.

RECOMMANDATION 22 46

Le port du pyjama ne doit pas être imposé afin de restreindre la liberté d'aller et venir de la personne ni durant le placement en chambre d'isolement ou en unité protégée mais être décidé, au cas par cas, sur des considérations cliniques exposées dans le dossier du patient.

RECOMMANDATION 23 46

Toute règle systématique de privation du téléphone est à proscrire. Au sein des unités protégées, et en l'absence de prescription médicale justifiée par l'état clinique, les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable. Par ailleurs, le retrait dans certains pavillons des puces des téléphones laissés aux patients doit cesser.

RECOMMANDATION 24 47

Les conditions d'utilisation du téléphone mural des unités ou du téléphone du bureau des soignants doivent préserver la confidentialité des conversations.

RECOMMANDATION 25 47

Un lieu d'accueil pour les visiteurs garantissant la confidentialité et l'intimité doit être mis en place dans chaque pavillon.

RECOMMANDATION 26 48

L'établissement doit mettre à disposition des patients un accès à un support informatique et à un réseau wifi.

RECOMMANDATION 27 49

Les équipes doivent connaître l'existence de la possibilité d'être hospitalisé de façon anonyme et en informer le patient.

RECOMMANDATION 28 49

L'établissement doit mettre à la disposition des patients une liste des représentants des cultes susceptibles d'intervenir.

RECOMMANDATION 29 49

Il convient de mettre en place une réflexion institutionnelle concernant la liberté sexuelle des patients. Le CGLPL rappelle que la liberté sexuelle est une liberté fondamentale et qu'un établissement sanitaire ne peut interdire les relations sexuelles de manière générale.

RECOMMANDATION 30 51

Les chambres d'isolement doivent disposer d'une pendule portant mention de la date et du jour, d'un bouton et système d'appel y compris durant les phases de contention, d'un accès à l'eau et aux WC permanent, de la possibilité pour le patient d'allumer, d'éteindre la lumière et d'aérer la chambre.

RECOMMANDATION 31 51

Comme le prévoit l'article D. 6124-265 du code de la santé publique, des espaces d'apaisement doivent être mis en place permettant d'envisager une désescalade afin d'éviter le recours à l'isolement.

RECOMMANDATION 32	52
Les renouvellements des mesures d'isolement et de contention doivent systématiquement être tracés dans le logiciel Sillage, de même que la surveillance infirmière.	
RECOMMANDATION 33	52
Les mesures d'isolement et de contention prises par les internes ou les médecins associés doivent être validées dans l'heure par le médecin psychiatre titulaire.	
RECOMMANDATION 34	54
Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire régulier au sein de chaque service.	
RECOMMANDATION 35	56
Conformément aux dispositions l'article L 3212-11 du code de la santé publique, doivent être transcrits ou reproduits dans le registre de la loi, outre les décisions de mise sous tutelle ou curatelle, les certificats médicaux, les avis, ainsi que toutes les décisions concernant la mesure et les dates effectives de notification des décisions comprenant les droits et voies de recours.	
Les décisions d'admissions du directeur comme les arrêtés du préfet doivent être prises et notifiées sans délai.	
RECOMMANDATION 36	57
Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, le préfet de la Seine-Maritime ou son représentant doit visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi son visa et ses éventuelles observations.	
RECOMMANDATION 37	59
Afin de permettre au juge des libertés et de la détention d'effectuer le contrôle des mesures d'isolement et de contention, le centre hospitalier Pierre Janet doit lui adresser les deux évaluations médicales effectivement réalisées par un médecin, toutes les 24 heures pour les isolements et 12 heures pour les contentions, et mentionner la qualité du signataire des décisions médicales ainsi que le lieu de mise en isolement, chambre d'isolement ou chambre hôtelière.	
RECOMMANDATION 38	60
L'organisation de la permanence des soins psychiatriques doit permettre la présence a minima d'un médecin en journée dans les services intra hospitaliers.	
RECOMMANDATION 39	61
Les patients doivent bénéficier dans toutes les unités de réunions soignant-soigné qui favorisent l'expression collective concernant chaque modalité de la vie hospitalière.	
RECOMMANDATION 40	62
Les activités thérapeutiques doivent être rapidement intégrées dans les projets de soins et proposées aux patients.	
RECOMMANDATION 41	64
Des réunions d'éducation à la santé et des programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être mis en place.	
RECOMMANDATION 42	64
L'accès aux soins d'addictologie doit être organisé et accompagné pour les patients de psychiatrie.	
RECOMMANDATION 43	65
La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie (ou plan de prévention des crises) et sur la mobilisation des	

personnes de confiance. Le contenu des certificats médicaux doit leur être expliqué et leurs observations recueillies.

RECOMMANDATION 44 65

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée. La distribution des médicaments doit respecter la confidentialité et permettre le développement d'une éducation thérapeutique du patient.

RECOMMANDATION 45 66

Les programmes de soins doivent correspondre à une véritable sortie de l'hospitalisation complète.

RECOMMANDATION 46 67

Des réunions de régulation entre tous les partenaires impliqués doivent permettre aux patients hospitalisés par défaut, de bénéficier d'une prise en charge dans une structure adaptée.

RECOMMANDATION 47 72

La privation du téléphone portable doit résulter d'une décision individualisée répondant à une nécessité thérapeutique précisée pour chaque patient mineur.

RECOMMANDATION 48 75

L'isolement et la contention d'un enfant ou d'un adolescent sont dépourvus de fondement législatif sauf si celui-ci est placé sous le régime des soins sur décision du représentant de l'Etat. Même en ce cas, ils doivent être évités par tout moyen. Comme le prévoit la réglementation, un espace d'apaisement clairement identifié doit être organisé et mis en œuvre.

RECOMMANDATION 49 76

Les détenus hospitalisés en soins sans consentement au GH du Havre doivent conserver les droits dont ils disposent en détention et n'être en chambre d'isolement que sur des considérations cliniques, motivées et individualisées.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	11
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	13
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	14
3.1 Le CHPJ est un établissement du groupe hospitalier du Havre.....	14
3.2 Les dotations budgétaires affectées à la psychiatrie ne sont pas intégralement utilisées pour les besoins des patients	16
3.3 La pénurie de médecins perdure et les soignants œuvrent sans organisation des soins	17
3.4 Tous les événements indésirables ne sont pas déclarés, mais lorsqu'ils le sont le suivi en est assuré.....	20
3.5 Le comité d'éthique du centre hospitalier du Havre n'intervient pas en psychiatrie.....	21
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	22
4.1 Un nouveau service des urgences psychiatriques permet une prise en charge des patients 24 heures sur 24	22
4.2 La suroccupation des chambres affecte la qualité de la prise en charge des patients et le respect de leur dignité.....	25
4.3 Les patients ne sont pas correctement informés de l'ensemble de leurs droits et des règles de vie	26
5. LES CONDITIONS DE VIE.....	29
5.1 Les locaux sont majoritairement vétustes et dégradés, voire indignes dans certaines unités	29
5.2 L'hygiène n'est pas assurée dans la majorité des pavillons	36
5.3 La pratique du retrait des biens des patients n'est pas homogène dans les unités et est particulièrement restrictive dans les unités protégées.....	38
5.4 Les repas sont peu variés et servis en quantités insuffisantes.....	40
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	43
6.1 Certaines unités restreignent arbitrairement la liberté d'aller et venir.....	43
6.2 Les restrictions dans la vie quotidienne ne sont pas individualisées	45
6.3 La confidentialité des communications téléphoniques n'est pas garantie et l'accueil des visiteurs n'est pas organisé	46
6.4 Le droit à l'exercice d'un culte est peu usité et les informations afférentes sont insuffisantes.....	49
6.5 La question de la liberté sexuelle des patients n'est pas abordée institutionnellement.....	49

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	50
7.1 Les chambres d'isolement ne respectent pas les normes réglementaires	50
7.2 Certaines pratiques d'isolement ne sont pas respectueuses des droits des patients	51
7.3 Le registre objective une pratique très mesurée de la contention mais on relève de nombreux isolements de mineurs	53
8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	55
8.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) effectue un contrôle minimal et les représentants des usagers sont peu sollicités	55
8.2 Le registre de la loi ne comprend pas toutes les mentions obligatoires et les dates de notification sont incertaines	56
8.3 Le JLD est particulièrement impliqué mais les documents transmis ne permettent pas un contrôle complet des isolements et des contentions.....	57
9. LES SOINS.....	60
9.1 Les soins psychiatriques sont assurés mais les activités sont diversement intégrées aux projets de soins	60
9.2 Les soins somatiques sont assurés mais pas ceux d'addictologie.....	63
9.3 Le consentement du patient aux soins n'est pas suffisamment recherché.....	64
9.4 La préparation à la sortie est diversement investie par les services.....	65
10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	68
10.1 Les patients mineurs sont pris en charge dans une unité adaptée mais subissent de nombreux isolements	68
10.2 Les détenus sont placés en chambre d'isolement le temps de leur transfert vers un établissement adapté	76
11. ANNEXES.....	78

Rapport

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Jean-Christophe Hanché, chef de mission ;
- Luc Chouchkaïeff ;
- Cécile Dangles ;
- Claire Simon.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier (CH) du Havre dans le département de Seine-Maritime (76) du 3 au 13 juillet 2023.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 3 juillet à 14h00. Ils l'ont quitté le 13 juillet à 11h00. Une réunion de présentation de la mission a été organisée à l'arrivée des contrôleurs en présence de la direction, de cadres administratifs et de santé et du personnel médical. Les autorités suivantes ont été averties de la présence des contrôleurs : le directeur de cabinet du préfet, l'Agence régionale de santé (ARS) de Normandie, le président du tribunal judiciaire du Havre ainsi que le procureur de la République près ce tribunal, le bâtonnier du Havre.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice de l'hôpital Pierre Janet puis par le directeur général du CH.

Une salle de travail et un équipement en informatique permettant l'accès aux documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités.

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

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 13 juillet, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le présent rapport a été adressé au centre hospitalier, aux autorités judiciaires du tribunal du Havre et à l'Agence régionale de santé de Normandie pour une période d'échange contradictoire d'un mois. A l'issue de cette période, la direction du centre hospitalier a formulé le 22 novembre ses observations qui sont annexées au présent rapport⁴. Les observations du préfet de la Seine-

⁴ Cf. § 11 Annexes.

Maritime⁵ en date du 30 novembre et du procureur de la République⁶ du 22 novembre sont intégrées dans le corps du rapport définitif.

⁵ Cf. observations sur la recommandation n°36.

⁶ Cf. observations sur les recommandations n°35 et n°37.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

La précédente visite des contrôleurs en 2015⁷ avait donné lieu à un ensemble de recommandations portant principalement sur les locaux vétustes et inadaptés, la pénurie de médecins et une suroccupation significative. Leur évolution est prise en compte dans le présent rapport.

⁷ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier du Havre, 2015.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 LE CHPJ EST UN ETABLISSEMENT DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

3.1.1 La psychiatrie dans la région et le département

La Seine-Maritime compte dix-sept secteurs de psychiatrie adultes et sept de psychiatrie infanto-juvénile.

Le département comprend trois territoires de santé autour des villes de Rouen, Le Havre et Dieppe. Les hospitalisations complètes en psychiatrie sont effectuées dans un site hospitalier par territoire de santé :

- le centre hospitalier (CH) du Rouvray, à Sotteville-lès-Rouen, comprenant 537 lits pour adultes et dix lits pour enfants et adolescents ;
- le CH de Dieppe comprenant 73 lits ;
- le centre hospitalier Pierre Janet (CHPJ) du Havre comprenant 177 lits pour adultes et 8 lits pour adolescents⁸.

Chaque territoire de santé est équipé d'hôpitaux de jour, de centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), de centres médico-psychologiques (CMP), et dispose d'équipes mobiles (« personnes âgées », « psychiatrie & précarité », « réinsertion & réadaptation ») pour des actions de prévention, d'orientation et de soins.

Deux hôpitaux généraux, à Fécamp et Lillebonne, sont par ailleurs implantés sur le territoire. Celui de Fécamp n'intervient pas en psychiatrie, son secteur est totalement rattaché au CHPJ. Depuis le 1^{er} janvier 2018, le secteur de psychiatrie générale du CH de Lillebonne est également rattaché au CHPJ.

Deux cliniques privées ouvertes en 2012 (Le Havre 85 lits) et 2013 (Yvetot 80 lits) accueillent uniquement des patients en soins libres.

Le CHPJ est rattaché au groupement hospitalier du Havre (GHH) dont les services sont répartis sur 23 sites et qui totalise 1 494 places. Le GHH offre un éventail important de soins en médecine somatique et psychiatrique. Le GHH gère également un institut de formation des professionnels de santé.

3.1.2 Le groupe hospitalier Pierre Janet

Le CHPJ, ouvert en 1972 à proximité du centre-ville, est implanté sur un domaine arboré de trois hectares et s'organise comme suit :

- un service d'urgence psychiatrique et une unité d'accueil et de crise (UAC) de six lits (cf. § 4.1) ;
- quatre pavillons d'hospitalisation complète sectorisés pour adultes : secteur Est - Boréal et Délos - et secteur Ouest - Alizée et Caravelle - totalisant 175 lits (cf. § 5.1) ;
- un pavillon d'hospitalisation complète pour les mineurs (Equinoxe) de 8 lits (cf. § 10.1) ;
- un bâtiment administratif (Lhuissier) dans lequel sont également implantés les bureaux de consultation des hôpitaux de jour, le self du personnel et des patients, la cafétéria, le centre d'activité et d'animation (CAA) et un hôpital de jour (Le Repère).

⁸ En 2015, le CHPJ comptait 218 lits de psychiatrie adulte.

Depuis 2019, un projet de rénovation et de restructuration des pavillons d'hospitalisation est en cours. Au moment de la visite, le pavillon Boréal est provisoirement installé dans un pavillon « tampon » pour une rénovation des locaux de l'unité et les travaux doivent débuter au plus tôt en mars 2024. Seul le service des urgences et l'unité d'accueil et de crise, ouverts en mai 2023, ont été complètement restructurés et rénovés depuis la dernière visite des contrôleurs en 2015. Le projet d'établissement 2023-2027 du GHH prévoit⁹ la rénovation des pavillons Boréal, Alizée et Caravelle, cependant le pavillon Délos, dont la rénovation date de 2011 et qui montre déjà des signes de vétusté, ne fait pas partie du projet. Dans ce même document, la création d'une unité de gérontopsychiatrie dans le pavillon Boréal est évoquée¹⁰ ainsi que la création d'une unité d'hospitalisation complète pour les 18-25 ans (envisagée depuis 2018) dans le pavillon Alizée, pour une ouverture fin 2027¹¹.

Par ailleurs, dans les orientations stratégiques pour la psychiatrie, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) portant sur la période 2019-2024, ne fait pas mention de l'amélioration des conditions matérielles d'hospitalisation pour les adultes.

3.1.3 Le pôle de psychiatrie

Le pôle de psychiatrie comprend six secteurs de psychiatrie adultes (G13 à G17), ainsi qu'une partie du secteur G10 antérieurement rattaché à l'hôpital de Fécamp ; trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (I05-I06) et une partie du secteur I07 antérieurement rattaché à l'hôpital de Lillebonne.

Au moment de la visite des contrôleurs, il n'existait aucun réel projet médico-soignant de pôle précisant l'organisation de la filière de psychiatrie, risquant de compromettre la restructuration des pavillons à venir.

RECOMMANDATION 1

Un projet médico-soignant de pôle doit être établi afin de permettre une rénovation des pavillons adaptée aux besoins des patients.

Les structures extrahospitalières comportent :

- 185 places en hôpitaux de jour pour adultes ;
- 79 places en hôpitaux de jour pour enfants de moins de 12 ans ;
- 12 CMP pour adultes, 3 pour adolescents et 11 pour enfants de moins de 12 ans ;
- 8 CATTP pour adultes et 3 pour enfants ;
- une unité intersectorielle de thérapie familiale ;
- trois équipes de liaison psychiatrique ;
- une équipe mobile de réinsertion et de réadaptation, une équipe mobile précarité et santé mentale, une équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées, une équipe mobile d'intervention et de crise ;
- un service ambulatoire de réhabilitation psycho-sociale ;

⁹ Groupe Hospitalier du Havre, « Projet d'établissement 2023-2027 », p. 126-127.

¹⁰ Groupe Hospitalier du Havre, « Projet d'établissement 2023-2027 », p. 37.

¹¹ Groupe Hospitalier du Havre, « Projet d'établissement 2023-2027 », p. 63.

- des accueils familiaux thérapeutiques (20 places pour adultes et 40 places pour enfants de moins de 12 ans) ;
- deux maisons d'accueil spécialisées (MAS) créées par le secteur associatif.

3.2 LES DOTATIONS BUDGETAIRES AFFECTEES A LA PSYCHIATRIE NE SONT PAS INTEGRALEMENT UTILISEES POUR LES BESOINS DES PATIENTS

Les charges globales du CH sont en 2022 de 415 millions d'euros dont à peine un million pour le centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS). Les produits sont, en 2022, de 420 millions d'euros. Le budget de l'établissement est à l'équilibre depuis 2018 grâce aux aides exceptionnelles.

L'établissement a fait l'objet, au début des années 2010, d'un plan de retour à l'équilibre avec d'une part des suppressions de postes administratifs sur les fonctions supports dans le cadre de plan d'efficience et d'autre part d'une augmentation de l'activité avec optimisation des codages. La dette s'élève fin 2022 à 100 millions d'euros (130 millions en 2016) et il subsiste un emprunt « toxique » portant sur six millions d'euros.

Le schéma directeur immobilier est approuvé et contractualisé avec l'ARS au sein du plan global de financement pluriannuel (PGFP) sur cinq ans, comprenant la rénovation complète de trois pavillons (4,5 millions d'euros par pavillon) et l'unité d'accueil et de crise (UAC) (3 millions d'euros), et 25 millions d'euros pour les structures ambulatoires. Son financement est indiqué comme n'impactant pas les ressources nécessaires au fonctionnement de l'établissement pour garder un taux d'endettement soutenable.

L'établissement tient une comptabilité analytique par pôle. Le pôle de la psychiatrie comprend la psychiatrie adulte et la psychiatrie des enfants et adolescents.

Les recettes de la psychiatrie adultes sont ainsi estimées à 52 690 735 € et 19 789 261 € pour les mineurs, soit un total de 72 479 996 € en 2022. Pour la même année, les charges sont évaluées à 52 011 115 € pour les adultes et 19 128 588 € pour les mineurs, soit un total de 71 139 703 €. Les charges de personnel représentent 68,33 % du budget (48 616 453 €) mais n'incluent pas le coût de l'absentéisme.

Les recettes sont principalement issues de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) à hauteur de 45 074 938 € pour les adultes et 19 122 651 € pour les mineurs, soit un total de 64 197 589 €. L'aide médicale d'Etat (AME), recette non pérenne, est facturée mais le montant exact n'a pas été communiqué. La DAF a augmenté de 24,4 % entre 2019 et 2022, à la suite des mesures liées au plan Ségur pour la santé. Les chambres individuelles ne sont pas facturées.

Le financement de l'activité de psychiatrie montre ainsi un excédent de 1 340 293 €, en partie lié aux postes médicaux vacants. Toutefois, des besoins de prise en charge des patients ne sont pas assurés, comme, par exemple, l'accès aux activités thérapeutiques.

RECOMMANDATION 2

Les dotations destinées à l'exercice de la psychiatrie doivent intégralement servir aux besoins de santé des patients.

Enfin, 133 000 € sont versés aux associations pour financer le développement d'activités et de sorties thérapeutiques. Ces associations financent les activités thérapeutiques dans les services et ont dépensé, en 2022, 22 278 € pour les pavillons et 21 466 € pour le centre d'activités et d'animation (CAA).

3.3 LA PENURIE DE MEDECINS PERDURE ET LES SOIGNANTS ŒUVRENT SANS ORGANISATION DES SOINS

3.3.1 Les effectifs

Au niveau de l'établissement, on recense, en 2021, 4 081 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) (4 088 en 2020) dont 2 952 personnels soignants. Le taux d'absentéisme global est de 10,4 % (10,7 en 2020). Les effectifs médicaux étaient de 336 ETPR en 2021 (323 en 2020) dont 33,6 ETPR de médecins associés (30,3 en 2020).

a) Effectifs non médicaux

Les effectifs non médicaux s'établissent en 2023, pour le pôle de psychiatrie (qui inclut l'addictologie) à 766,13 ETP auxquels s'ajoutent 66 ETP nous pourvus ; il y avait en 2021, 755,61 ETP et 38,44 non pourvus.

Concernant les services intra hospitaliers contrôlés, on note :

	ETP d'IDE ¹²	ETP d'AS ¹³	Postes vacants	Total pourvus	Nombre de lits
Alizé	30,8	5	1 IDE	35,8	42
Boréal	32,8	8,6	2 IDE	41,4	43
Caravelle	38,4	9,8	0	48,2	44
Délos	33,5	11,6	0	45,1	46
Equinoxe	10,6	8 + Puer	1	19,6	8
UAC	21,8	15,3	1,5	37,1	6

A ces effectifs s'ajoutent 10 postes d'IDE au CAA dont une partie officient au profit des patients de l'intra hospitalier, 69 ETP de psychologues dont neuf non pourvus et 21 ETP d'assistants de service social (mais aucun à l'UAC). Il n'y a aucun psychomotricien, aucun ergothérapeute, aucun kinésithérapeute ou personnel socio-éducatif en psychiatrie adulte.

L'absentéisme des personnels non médicaux (PNM) est de 9,5 % en 2023 (9,67 % en 2022). Les absences de courtes durées imprévues sont compensées par des mouvements de personnel en prenant un agent dans un service disposant d'un effectif au-dessus de l'effectif de sécurité et, depuis peu, par le recours aux heures supplémentaires sur la base du volontariat et dans le respect des 48 heures de travail lissées sur une semaine. L'établissement ne fait pas appel à l'intérim.

¹² Infirmier diplômé d'Etat.

¹³ Aide-soignant.

Le service dans les unités s'organise avec des soignants travaillant le matin, l'après-midi, parfois en journée ; l'équipe de nuit est spécifique et travaille sous l'autorité du cadre de nuit positionné au centre hospitalier Pierre Monod. Il n'y a pas d'effectif de fonctionnement « cible » mais uniquement un effectif de sécurité en cas de grève de six soignants par demi-journée dont quatre IDE et deux AS.

L'examen des plannings des IDE et AS des unités d'hospitalisation des derniers mois fait apparaître des effectifs présents auprès des patients très fluctuants dans la semaine, indépendamment d'une réponse à des besoins répertoriés. Dans les pavillons Boréal et Délos, le nombre de soignants oscille en journée entre six et quinze auprès des patients, sans rythme régulier, et sans rapport avec la présence des médecins. Ce nombre oscille de cinq à dix au Pavillon Alizée et de cinq à seize au pavillon Caravelle. La moyenne de soignants par demi-journée, calculée sur quatre semaines est de 7,83 à Alizée, 9,9 à Caravelle, 8,8 à Délos et à Boréal. La nuit, la moyenne du nombre d'agents est de 3 à Boréal et 4,2 à Délos.

Il n'y a ainsi aucune organisation des soins en fonction des besoins des patients, sur la base d'un projet médico-soignant, à ce jour inexistant. En revanche, les effectifs sont majoritairement supérieurs aux minima de sécurité en cas de grève. Les soignants organisent de fait aléatoirement les activités thérapeutiques au regard des jours à venir.

Le projet médico-soignant de chaque pôle devra définir les modalités de prise en charge des patients, en soins libres comme en soins sans consentement, à tout moment de la filière de soins, extra comme intra hospitalière, et en déduire les besoins de soins pertinents mentionnés à l'article D 6124-256 du code de la santé publique¹⁴.

RECOMMANDATION 3

L'organisation des soins dans chaque secteur doit définir les besoins de prise en charge en intra et extrahospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins.

Les négociations menées lors des « accords du Ségur » ont permis la création de cinq ETP d'IDE polyvalents assurant le remplacement des IDE en formation (*cf. infra*) ; par ailleurs, 12 postes créés provisoirement en 2018 vont être pérennisés dans le cadre de la refonte du financement de la psychiatrie.

b) Effectifs médicaux de psychiatrie

En 2022, l'effectif médical comprend 85,2 ETPR (94 médecins différents) dont 21,7 ETPR de praticiens hospitaliers (PH), 12,7 ETPR de contractuels, trois de docteurs juniors, 23,8 de médecins associés. Un médecin de pédopsychiatrie est professeur des universités praticien

¹⁴ Article D. 6124-256 du code de la santé publique : « I.-Le titulaire de l'autorisation dispose d'une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires comprenant : 1° Un ou plusieurs infirmiers ; 2° Un ou plusieurs aides-soignants ; 3° Un ou plusieurs psychologues ; 4° Un ou plusieurs assistants de service social ; 5° En tant que de besoin, un ou plusieurs masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, professionnels habilités à dispenser une activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1. Le nombre et la spécialité ou la qualification des personnels sont adaptés aux besoins de santé des patients pris en charge, aux caractéristiques techniques des soins dispensés et au volume d'activité. II.-Un professionnel référent pour chaque patient pris en charge est désigné au sein de l'équipe mentionnée au I ».

hospitalier (PUPH) et un autre pédopsychiatre est chef de clinique assistant. S'y ajoutent 13 internes et 11 faisant fonction d'interne.

30 postes de PH sont par ailleurs déclarés vacants au regard du nombre « historique » des postes créés, avant l'intégration des secteurs de Fécamp et Lillebonne. Si on considère les postes pourvus par des médecins actuellement titulaires (37,4 ETPR) laissant 30 postes vacants, le nombre de postes nécessaires peut être estimé a minima à 67,4 (avant intégration des nouveaux secteurs).

Ainsi, seule la moitié des postes est pourvue par des médecins titulaires, la situation étant plus dégradée sur la seule psychiatrie adulte. L'accès aux soins y est maintenu par l'emploi de 23,8 ETP de médecins associés, grâce aux efforts soutenus de la direction et du médecin chef de pôle. L'établissement ne fait plus appel à des médecins intérimaires depuis deux ans. Depuis 2019, 10 PH ont été nommés dont trois en pédopsychiatrie. En 2022, cinq postes ont été ouverts et pourvus par des lauréats des épreuves de vérification des connaissances. Alors qu'il ne restait, en 2018, que 57,3 ETPR de médecins psychiatres dont 17 internes et faisant fonction d'internes (FFI), l'effectif compte en mai 2023, 86,2 ETPR dont 24 d'internes et FFI.

Sept médecins de psychiatrie (dont trois en pédopsychiatrie) exercent une activité d'intérêt général au profit de structures médico-sociales.

3.3.2 Le tutorat et la formation

L'établissement n'a pas mis en place de tutorat pour les nouveaux infirmiers mais il offre une formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste, aux infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école. Cette formation interne d'une semaine ne se produisant qu'une fois par an, une autre formation de trois jours, axée sur les soins sans consentement pour les infirmiers en poste depuis moins de six mois est proposée tous les trois mois. Ainsi 49 IDE ont suivi la formation nouveaux arrivants en psychiatrie et 15 la formation complémentaire pour infirmiers nouvellement arrivés en psychiatrie.

Par ailleurs, les jeunes diplômés sont invités à effectuer des formations en approfondissement des connaissances parmi le catalogue des formations proposées en formation continue.

Concernant cette dernière, les soignants rencontrés n'ont pas rapporté le refus de formations demandées pour des problèmes de coût ou d'organisation des services mais ont signalé en revanche de fréquentes impossibilités de suivre ces formations faute de place disponible.

De nombreuses formations sont ainsi proposées, concernant l'accompagnement des situations de violences et d'agressivité (45 agents formés), la contention en psychiatrie (deux agents), les techniques d'apaisement dans la prise en soin des adolescents hospitalisés (neuf soignants), la bientraitance de l'intention à la pratique (quatre IDE), la relation d'aide et les entretiens infirmiers en psychiatrie (30 IDE).

Quatre commissions de retour d'expérience (CREX) sont organisées par an et quelques évaluations des pratiques professionnelles (EPP) se tiennent afin d'analyser ces pratiques mais aucune n'a concerné les droits des patients, l'isolement-contention ou les restrictions de liberté.

Deux infirmiers ont suivi la formation afin d'accéder au statut d'infirmier de pratique avancée, mais aucun n'intervient en intra hospitalier.

Les médecins suivent régulièrement des formations mais aucune n'a concerné l'isolement ou la contention et les droits des patients dans les dernières années. A l'initiative des médecins

généralistes, une formation a été proposée aux psychiatres sur la lecture des électrocardiogrammes (ECG).

3.3.3 La supervision

L'établissement n'a pas encore mis en place de séances de supervision collective ou individuelle pour le personnel soignant des pavillons pour adultes. Pour les mineurs se reporter *infra* au chapitre 10.1.4

3.4 TOUS LES EVENEMENTS INDESIRABLES NE SONT PAS DECLARES, MAIS LORSQU'ILS LE SONT LE SUIVI EN EST ASSURE

Les déclarations d'événements indésirables (EI) sont enregistrées sur le logiciel de gestion des risques ENNOV. Il n'est pas possible de procéder au signalement des EI de manière anonyme puisque chaque agent se connecte au logiciel avec son code personnel de session. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'absence d'anonymisation facilitait la recherche d'informations complémentaires et l'apport d'une réponse individualisée. Toutefois, malgré la signature d'une charte de non-punition le 4 février 2019 par la direction et le président de la commission médicale d'établissement (CME), par laquelle ils s'engagent à ne pas mettre en cause les personnes déclarantes, le signalement d'EI peut être perçu par certains soignants comme un outils de délation.

Suite à la déclaration, une fiche d'événement indésirable (FEI) est diffusée automatiquement par mail via ENNOV au cadre de pôle, au chef de service du déclarant pour information, aux cadres de santé, au coordonnateur des risques et au cadre supérieur de gestion des risques à la direction qualité, ainsi qu'au référent dédié selon les types de signalement.

Toutes les FEI sont relues par le service de la qualité qui peut modifier la qualification qui leur a été attribuée en cas d'erreur par le déclarant ou le référent.

L'agent ayant procédé au signalement peut en consulter le suivi sur ENNOV et l'orientation qui lui est donnée. Il reçoit un mail une fois la FEI clôturée.

Trois comités de retour d'expérience (CREX) – composés notamment de médecins, de soignants, de cadres de santé et d'un agent du service qualité – analysent les fiches transmises : un relatif aux faits de violences, un autre à la sécurité des soins et un au pôle 9 de psychiatrie. Les CREX retiennent un ou deux événements indésirables importants pour une analyse plus approfondie et l'élaboration d'un plan d'action. Les réunions du CREX pôle 9 ont repris en 2022 et se sont tenues les 30 juin et 24 novembre 2022 pour l'année 2022, le 2 mars et 17 juin 2023 pour l'année en cours. Deux autres réunions sont prévues les 28 et 14 décembre 2023. Lors des CREX de 2022 ont été étudiées une fugue d'un patient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) d'une unité protégée et une erreur médicamenteuse d'une patiente à laquelle le traitement d'un autre patient avait été délivré.

En 2022, sur 3 123 événements indésirables déclarés au niveau du GHH, seulement 180 concernaient les pavillons d'hospitalisation du pôle 9 de psychiatrie.

Du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2023, 92 événements indésirables ont été signalés par ces pavillons d'hospitalisation.

La majorité des événements indésirables de 2023 sont relatifs à la sécurité des biens, des personnes et violences (60), puis aux soins et médicaments (18). Les autres relèvent de la catégorie « autres événements indésirables » et sont liés majoritairement à la suroccupation de

l'établissement et à un manque d'effectifs (14). Ces événements ont été principalement déclarés par les pavillons Boréal (40), Délos (19) et Equinoxe (12).

Les EI considérés comme les plus graves sont communiqués à l'ARS parfois sans qu'une FEI n'ait été préalablement établie. Trois événements indésirables graves (EIG) - décès d'un patient à la suite d'un arrêt cardio-respiratoire à l'UAC, fugue puis suicide, suicide à l'UAC - ont été signalés en 2022 et trois pour l'année 2023 en cours (une déféstration à Alizé, une patiente qui s'est immolée à Délos et une overdose à Boréal). Il est à noter que le décès en 2022 d'une patiente ne figure pas parmi les EIG.

RECOMMANDATION 4

Tous les événements indésirables doivent faire l'objet d'une déclaration et d'un suivi.

L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) est systématiquement averti des faits de violences.

Un comité de vigilance des risques (COVIRIS) se réunit deux fois par an pour établir un bilan des événements indésirables et des plans d'action mis en œuvre.

Certains faits peuvent également conduire à la mise en place d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Un bilan annuel des FEI est dressé par le service de la qualité et communiqué à la commission des usagers (CDU).

Enfin, il a été indiqué aux contrôleurs que les patients victimes d'une infraction sont encouragés à déposer plainte et peuvent être aidés dans les démarches par les équipes soignantes ou les assistantes sociales. Un accompagnement au commissariat ou à la gendarmerie peut être assuré si le patient le souhaite.

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DU HAVRE N'INTERVIENT PAS EN PSYCHIATRIE

Le comité d'éthique du CHH n'a pas transmis de compte-rendu de ses dernières réunions. Des informations recueillies, il n'est pas identifié au sein des unités, n'est pas saisi de questions spécifiques à la psychiatrie et n'informe pas de son activité.

RECOMMANDATION 5

Le comité d'éthique doit se saisir du sujet des restrictions des droits et libertés des patients hospitalisés, du respect de leur intimité, de la question du recours aux mesures d'isolement et accompagner une réflexion institutionnelle.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 UN NOUVEAU SERVICE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES PERMET UNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS 24 HEURES SUR 24

4.1.1 La filière d'admission

A l'échelle du territoire, la filière est organisée par une convention multipartite visant à l'organisation dans l'Eure (27) et la Seine-Maritime (76) d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, tel que prévu par l'article L 3221-5-1¹⁵ du code la santé publique (CSP). Initiée en 2015 et actualisée en 2018, cette convention a été signée par les préfets de département, le procureur général près la cour d'appel de Rouen, les directeurs d'établissements sanitaires, les présidents d'associations de transports sanitaires, la directrice générale de l'ARS et les présidents départementaux des centres d'incendie et de secours de l'Eure et de la Seine-Maritime. Cette convention détaille les modalités juridiques et médicales de prise en charge des patients en crise depuis le domicile jusqu'au transport vers un service adapté.

Depuis mai 2023, les patients de psychiatrie des différents secteurs peuvent être admis en hospitalisation complète, non seulement aux urgences psychiatriques, mais aussi, soit directement dans les services du secteur après régulation entre médecins et cadres de santé, soit via un service d'urgence générale, soit via le service des urgences psychiatriques situé à l'entrée de l'établissement du Havre.

Plusieurs services d'urgences peuvent accueillir des patients des secteurs du GHH : les urgences générales du site du CH Pierre Monod, celles du CH de Fécamp et celles du CH de Lillebonne. Un temps de psychiatre (0,5 ETP) prochainement renforcé d'un autre mi-temps et quatre IDE assurent les soins de psychiatrie aux urgences du GHH, trois IDE et un temps partiel de psychiatre du CMP aux urgences de Fécamp et des IDE aux urgences de Lillebonne. Aucun protocole de travail conjoint entre urgentistes des trois CH (site du CH Pierre Monod, CH de Fécamp et Lillebonne) et les psychiatres n'est encore établi.

¹⁵ L 3221-5-1 CSP : « Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux et territoriaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2. Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1, notamment en cas de nécessité de retour en hospitalisation complète dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 3211-11 ».

RECOMMANDATION 6

Un protocole de travail conjoint doit être établi afin de clarifier le rôle des médecins et des soignants des urgences et de psychiatrie, dans la prise en charge des urgences psychiatriques, notamment vis-à-vis des mesures d'isolement ou de contention.

Une équipe mobile d'intervention et de crise (EMIC) permet une prise en charge ambulatoire intensive, soit après consultation aux urgences psychiatriques, soit en sortie de ces urgences en alternative à l'hospitalisation. L'EMIC a suivi, en 2022, 1 277 patients pour une moyenne de trois rendez-vous par patient, certains bénéficiant de plus de 10 consultations.

4.1.2 Les urgences psychiatriques au sein de l'unité d'accueil-crise (UAC)

Le service d'urgences psychiatriques du CH Pierre Janet accueille tous les patients quel que soit le secteur dont ils relèvent et il est totalement ouvert de 8h à 20h, une sonnette permettant de solliciter l'ouverture la nuit. Un projet médico-soignant de l'unité, clair et complet, a été établi préalablement à l'ouverture des nouveaux locaux en novembre 2019, qui détaille les modalités concrètes de prise en charge des patients. Ce projet de service s'accompagne d'un protocole spécifique aux modalités d'admission de l'UAC.

Le service des urgences psychiatriques comprend une consultation d'urgence ouverte 24 heures sur 24 pour les patients et un service d'accueil et évaluation de crise avec six chambres. Les patients peuvent y séjourner 72 heures mais les durées de séjours sont potentiellement plus longues au regard de la filière saturée. Une vaste salle d'attente est ouverte au public, avec une petite cour extérieure pour fumer ; cet espace donne sur un bureau de consultation pour le CMP, un bureau de consultation pour les personnes amenées en SSC et une salle d'attente spécifique pour patients mineurs. Cet espace permet d'accéder aussi à la salle des infirmiers et médecins, avec de l'autre côté, un accès sur la partie hospitalisation. Le service des urgences psychiatriques comprend ainsi des locaux lui permettant d'exercer ses missions : des bureaux de consultations, des salles d'attentes, des salles de soins et six chambres individuelles avec salle d'eau. Un patio malheureusement sans verdure, au cœur de la structure et vitré tout autour, permet d'avoir accès à l'air libre.

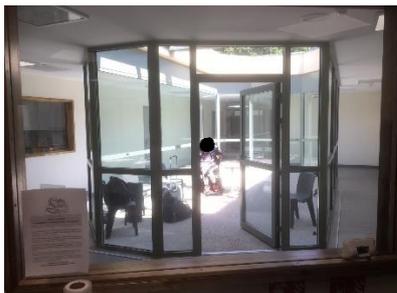
Par ailleurs, le service assure également une régulation téléphonique pour les patients en détresse, les familles, les médecins extérieurs à l'établissement et le médecin du centre 15.

Les patients faisant l'objet d'une mesure de SSC sont amenés, parfois après un premier certificat établi par un médecin généraliste ou un urgentiste, parfois après avis rédigé par le médecin régulateur pour le transport, dans une salle d'attente spécifique dépourvue de toilettes et de point d'eau. Il y est examiné par un binôme (deux IDE ou un IDE et un AS) puis par un médecin psychiatre (avec l'IDE), qui décide de l'orientation la plus pertinente. Le patient est alors soit réadressé au secteur ambulatoire, soit confié à l'EMIC, soit hospitalisé.

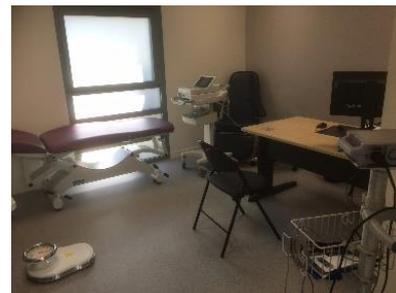
Un généraliste vient tous les matins du lundi au vendredi et procède à l'examen somatique des entrants. En l'absence de spécialiste en médecine générale le week-end, il conviendra de s'assurer que les admissions en HC soient préalablement examinées par un urgentiste.



Salle d'attente UAC



Patio intérieur UAC



Bureau du somaticien

Aux urgences psychiatriques, aucune restriction n'est systématique, que ce soit pour l'accès au téléphone, au tabac ou aux visites, les seules restrictions étant faites sur décision du psychiatre et inscrites dans le dossier médical avec motivation. Le pyjama n'est pas porté excepté en CI, alors même qu'il ne constitue aucunement une prévention du suicide ; l'établissement ne dispose d'ailleurs d'aucun kit anti-suicide d'habillement (tunique, tee-shirt, short ou tunique, drap et oreiller en kevlar indéchirable).

L'inventaire est opéré par un binôme IDE-AS et signé par le patient (sauf « refus de signer ») ; un coffre dans chaque chambre permet de conserver ses biens à l'abri ; les sommes importantes sont déposées à la régie.

Concernant les mineurs de moins de 12 ans, ils sont pris en charge dans les services d'urgences générales ou pédiatriques puis sont souvent hospitalisés en pédiatrie au CH après avis de l'équipe de pédopsychiatrie. Pour les mineurs entre 12 et 18 ans, la procédure n'est pas encore clairement établie et devra être travaillée avec la pédopsychiatrie, la pédiatrie et les urgences pédiatriques du CH ; au moment du contrôle, les mineurs arrivant aux urgences psychiatriques sont examinés par le psychiatre du service puis avis est demandé aux pédopsychiatres.



Salle commune



Chambre



Coffre dans un placard

Les soignants sont prévus pour être au nombre de 6 le matin (dont quatre IDE et deux AS), sept l'après-midi (dont cinq IDE et 2 AS) et six la nuit (trois IDE et trois AS) pour la régulation téléphonique 24 heures sur 24 et les six lits d'hospitalisation, et ceci du lundi au dimanche. L'effectif de sécurité est quant à lui établi à un IDE de moins le matin et l'après-midi et un AS la nuit. Sur les six premiers mois de 2023, le service avait réalisé 2 206 consultations et 540 hospitalisations. En 2022, 839 patients y avaient été hospitalisés (dans les anciens locaux).

Un staff clinique se tient tous les matins avec l'interne sortant de garde, les médecins de la journée et toute l'équipe soignante ; il n'y a pas d'assistant de service social dans ce service alors même que le besoin y est évident.

La chambre d'isolement (CI) est située au sein de la partie hébergement et donne directement pour une des portes sur la salle de soins. Aucun patient n'était en isolement ou contenu au moment du contrôle. Les pratiques d'isolement et de contention sont décrites au chapitre 9.

4.1.1 L'arrivée dans les pavillons

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services via les médecins traitants ou les psychiatres dans les CMP et hôpitaux de jour.

A leur arrivée dans le service, ils sont accueillis par les soignants qui leur expliquent le fonctionnement de l'unité ; les patients sont reçus en entretien par le psychiatre du service ou celui de garde, en présence d'un infirmier, dans les 24 heures suivant l'admission. Les éventuelles restrictions sont alors décidées. Il arrive cependant que des patients hors secteurs ne soient pas vus par les médecins pendant quelques jours après l'admission, à la suite de désaccords sur la sectorisation.

Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés après entretien médical formel par des médecins différents.

4.2 LA SUROCCUPATION DES CHAMBRES AFFECTE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET LE RESPECT DE LEUR DIGNITE

En 2022, 188 patients (184 en 2021) ont été admis en soins sous contrainte à la demande du directeur de l'établissement (SDDE), dont 114 en procédure d'urgence (SDTU), 72 en procédure de péril imminent (SPI) et seuls deux en soins sur demande d'un tiers (SDT) « classique ». 54 patients ont fait l'objet d'une admission à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) (46 en 2021), dont quatre à la demande du maire et 11 détenus. Si on considère séparément la pédopsychiatrie qui a compté trois mineurs en SDRE, 239 adultes ont été hospitalisés en SSC sur 1 128 admissions, soit 21 %.

Au moment du contrôle, sur 154 admissions, 90 (58 %) l'étaient en soins libres, et 64 (42%) en SSC, dont 17 en SDRE. Les SDDE se font toujours majoritairement sous la forme de la procédure d'urgence ou du péril imminent. L'absence de généraliste à domicile et la difficulté de trouver un médecin ou un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement, comme les réticences rencontrées par les tiers pour demander une hospitalisation sous contrainte, expliquent le recours très large à des procédures qui ne devraient être qu'exceptionnelles.

La répartition des patients dont l'identité n'est pas certaine entre les différents secteurs s'établit à raison d'un trimestre par pavillon.

Les mineurs de moins de 12 ans sont pris en charge via les urgences pédiatriques du GHH par les équipes de pédopsychiatrie de liaison. Les patients de 12 à 18 ans sont orientés sur Equinoxe (cf. § 10) ; les mineurs ne sont pas hospitalisés dans les pavillons pour adultes.

Au moment du contrôle, les pavillons n'ont plus de lit disponible et de nombreux patients sont hospitalisés en dehors de leur secteur, ce qui est source de tensions entre les équipes voire entraîne un suivi médical aléatoire en l'absence de protocole clair en la matière.

Cette situation de tension des lits se traduit, lors d'admissions, par des déplacements de patients contraints à un changement inopiné de chambre. Le patient placé en CI ne retrouve, après la résolution de la crise, que rarement sa chambre d'origine ; d'autre part, l'insuffisance de lits a pu conduire à des hospitalisations directement en CI en raison du manque de lit d'hospitalisation disponible.

RECOMMANDATION 7

L'établissement doit offrir aux patients des conditions d'hospitalisation, et notamment un nombre de lits, qui garantissent le respect de leurs droits fondamentaux et de leur dignité. Les chambres d'isolement ne peuvent être utilisées comme lieu d'hospitalisation normale et les patients admis en chambre d'isolement doivent conserver leur chambre.

4.3 LES PATIENTS NE SONT PAS CORRECTEMENT INFORMES DE L'ENSEMBLE DE LEURS DROITS ET DES REGLES DE VIE

4.3.1 L'information générale sur les droits

Aucun document n'explique l'intervention du JLD, qu'il s'agisse des audiences obligatoires des douze jours et des six mois, de la possibilité de le saisir à tout moment ou encore du contrôle qu'il opère lorsqu'un patient est placé en isolement ou contention.

Le document reprenant les droits des patients hospitalisés en SSC, tels que définis par l'article L3211-3 du CSP, n'est pas affiché. Il est parfois notifié mais n'est pas systématiquement remis en copie. Ces droits, mal connus des professionnels, peuvent difficilement être expliqués aux patients.

L'information du cadre de l'hospitalisation est habituellement assurée par un médecin et la notification des décisions de SSC est réalisée par un cadre de santé ou un soignant.

Si le patient peut conserver la copie de la décision du JLD, les copies des décisions du directeur d'établissement et du représentant de l'Etat ne lui sont pas systématiquement proposées.

En cas de refus du patient de conserver ces documents, ils sont simplement renvoyés au bureau des SCC alors qu'ils doivent être déposés dans une pochette pour être remis au patient au moment de sa sortie d'hospitalisation. Les certificats médicaux des 24 heures et 72 heures ne sont jamais donnés à la personne alors que les décisions du juge s'en approprient régulièrement les motifs (cf. § 8.2).

RECOMMANDATION 8

L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement (décisions du directeur ou arrêtés préfectoraux, certificats médicaux, décisions du juge des libertés et de la détention, récapitulatif des droits de l'article L 3211-3 du code de la santé publique) doit être remis au patient tout au long de son hospitalisation. Cette information doit être communiquée sur un support pouvant être conservé et le cas échéant remis au moment de la sortie d'hospitalisation.

Les observations du patient ne sont pas clairement sollicitées ni renseignées par les médecins.

Si les certificats des 24 h et 72 h, les avis motivés et les certificats mensuels sont détaillés et portent la mention selon laquelle « *le patient a pu être informé* », tous cochent la case « *le patient n'a pas souhaité faire d'observations* » ce qui ne correspond pas aux témoignages reçus par les contrôleurs. Plusieurs patients indiquent n'avoir eu connaissance des éléments contenus dans les certificats médicaux qu'au moment de leur comparution devant le JLD, ce qu'ils déplorent : « *ça permettrait d'évoluer, de voir nos problèmes dont on n'a pas forcément conscience et qu'on découvre devant le juge* ».

RECOMMANDATION 9

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, et en faire mention dans les certificats médicaux.

4.3.2 L'information sur les droits spécifiques

La désignation de la personne de confiance (PC) n'est pas proposée. Les professionnels ignorent l'étendue de son rôle et la nécessité, lorsqu'elle est désignée, de la contacter afin de vérifier si elle accepte d'assumer ses prérogatives.

RECOMMANDATION 10

Les patients doivent bénéficier de la désignation puis de l'association de leur personne de confiance à leur projet de soins individualisé.

L'information du droit d'accès au dossier médical figure dans le livret d'accueil mais il n'est pas remis aux patients. La demande de consultation du dossier médical, rarement sollicitée par les patients, doit être réalisée auprès du médecin.

4.3.3 L'information sur les règles de vie

Le livret d'accueil, d'une vingtaine de pages, est celui du GHH et n'est généralement pas remis aux patients. Il contient peu d'informations concrètes sur le CHPJ¹⁶ et la rubrique concernant les droits et devoirs n'évoque pas les soins sans consentement.

Un document appelé « règlement intérieur », différent selon les unités, est affiché en zone de vie. Il indique généralement les horaires des repas, des visites, de la distribution des médicaments et de la fermeture des pavillons. Il reste vague sur la possibilité pour les patients de conserver leurs objets personnels. Un nouveau règlement intérieur destiné à harmoniser les pratiques est en cours de validation. Consulté par les contrôleurs, il pose des difficultés en ce qu'il maintient la pratique du « contrat de soins » (cf. § 6.2), évoque la distribution de cigarette de manière générale laissant à penser qu'aucun patient ne peut gérer seul sa consommation. Il ne mentionne pas la possibilité de conserver l'usage de son téléphone portable (Cf § 6.3.1).

L'affichage dans les unités se réduit au règlement intérieur, à la possibilité de contacter des représentants des usagers et à une information pour les familles souhaitant contacter l'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques). Aucun document n'expose les possibilités offertes concernant l'accès aux activités.

¹⁶ L'accès à la cafétéria ou les visites.

RECOMMANDATION 11

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.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES LOCAUX SONT MAJORITAIREMENT VETUSTES ET DEGRADES, VOIRE INDIGNES DANS CERTAINES UNITES

En 2015, la direction du GHH a décidé de la restructuration de l'UAC et de trois des quatre pavillons d'hospitalisation : Boréal, Alizé et Caravelle. Le pavillon Délos, rénové en 2011, n'est pas concerné par le projet alors même qu'il présente des signes manifestes de vétusté. Au moment de la visite des contrôleurs seule l'UAC a été réhabilitée et agrandie. Le prochain pavillon concerné par les travaux est Boréal, pour lequel un permis de construire a été obtenu le 26 juin 2023. Le démarrage des travaux est fixé pour mars 2024 sans qu'une date précise n'ait été arrêtée.

5.1.1 L'unité d'accueil et de crise

L'unité d'accueil et de crise rénovée a réouvert le 11 mai 2023. Elle est implantée dans un pavillon situé à l'entrée de l'établissement. Il s'agit d'une unité fermée dotée de six chambres individuelles et d'une chambre d'isolement (cf. § 4.1). La réhabilitation récente de ce service et la qualité des équipements s'y trouvant n'appellent pas d'autre observation.

5.1.2 Les pavillons d'hébergement de psychiatrie adultes

a) Les unités de réinsertion

Les unités de réinsertion (USR), situées au rez-de-chaussée pour le pavillon Délos et au premier étage pour les trois autres pavillons, accueillent le plus grand nombre de patients. Certains y séjournent pendant plusieurs années, tel est le cas à Délos où une patiente y est prise en charge depuis 1997.

Les chambres sont toutes équipées de sanitaires à Délos, Alizé et Caravelle, ce qui n'est pas le cas à Boréal où certaines ne disposent pas de douche voire de lavabo. Certaines salles de bains de ce pavillon sont dépourvues de portes, de patères et de tapis de douche alors même que le sol est extrêmement glissant.

Les USR possèdent toutes des WC et une salle de bains commune comprenant baignoire et/ou douche.

Les chambres sont équipées d'une table, de chaises, d'une table de chevet et d'un placard. Le mobilier est souvent dégradé, parfois manquant et le plus souvent inadapté au nombre d'occupants comme dans toutes les autres unités. Le placard peut être fermé à clé par un cadenas dont la clé est laissée aux patients.

Les chambres des USR sont dans la grande majorité équipées de verrous de confort, ce qui n'est pas le cas dans les autres unités. Il a été indiqué aux contrôleurs que lorsque les chambres en sont dépourvues, cela permet d'enfermer le patient dans sa chambre « en temps calme » (cf. § 6.1.2).

Les espaces communs (patios, salles communes) sont inégaux en surface comme en composition : plusieurs unités ne disposent pas de salon pour accueillir les visiteurs (cf. § 6.3), les salons de télévision sont plus ou moins investis et servent parfois également de salle d'activités faute d'autre espace disponible.

Le pavillon Délos dispose d'un vaste espace de vie qui sert également de salle à manger équipé d'une table de ping-pong et d'un baby-foot. Il en est de même pour Alizé - qui bénéficie

d'appareils de fitness et d'un jeu de basket miniature - et Boréal dont les espaces de vie se situent au rez-de-chaussée. Boréal dispose en outre d'un salon dans le couloir qui n'est pas encore muni d'une télévision. Seuls Délos et Caravelle possèdent un salon de télévision distinct de l'espace de vie.

S'agissant des espaces extérieurs, le pavillon Délos, possède une terrasse plain-pied ainsi qu'un fumoir extérieur. Le pavillon Alizé dispose seulement d'une véranda au rez-de-chaussée pour les fumeurs et Caravelle d'une salle qui sert de fumoir.

Dans tous les cas, les patients des USR peuvent librement se rendre dans le parc, l'unité étant ouverte.



Chambre double USR Délos



Fumoir USR Délos



Véranda Alizé



Terrasse USR Délos

b) Les unités de vie et l'unité des entrants

Les unités de vie (UV) des pavillons Délos et Boréal possèdent huit chambres individuelles, Alizé trois chambres individuelles et une chambre double tandis que l'unité des entrants de Caravelle comprend cinq chambres individuelles et trois chambres doubles qui avaient été triplées au moment de la visite. Ces unités se situent au premier étage de Délos et au rez-de-chaussée des trois autres pavillons.

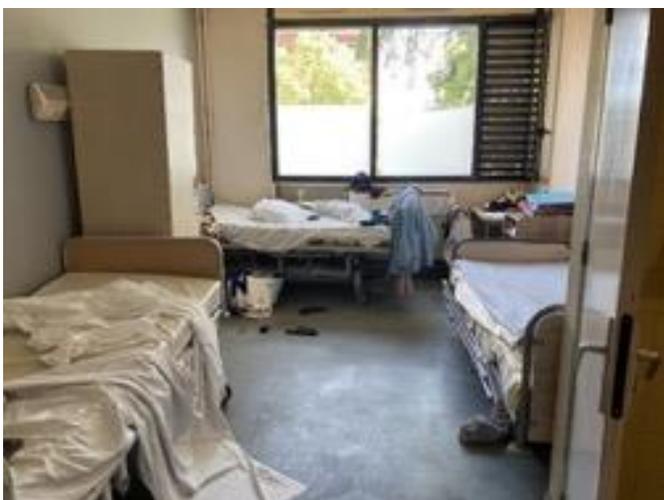
La configuration des chambres diffère selon les UV des pavillons mais toutes les UV disposent d'une salle de bains avec baignoire et/ou douche et de WC communs.

A Délos, aucune chambre n'est équipée d'une douche. Les patients doivent donc faire leur toilette dans la salle de bains commune munie d'une baignoire médicalisée (hors d'état d'usage au moment de la visite) et d'une douche. Il a été indiqué aux contrôleurs que dans ces conditions, la toilette des patients était régulièrement faite au lavabo. A Boréal, toutes les chambres ne sont pas dotées de sanitaires, une chambre ne dispose que d'un point d'eau tandis qu'une autre n'a pas de sanitaires. A Alizé, trois chambres sont dépourvues de sanitaires.

Comme indiqué précédemment, les équipements des chambres sont très restreints, présents de façon aléatoire et se limitent une table, une chaise, un placard et une table de chevet.

Chaque unité est munie d'un espace de vie collective avec fauteuils qui donne accès à un espace extérieur terrasse (Délos) ou jardin (Caravelle) et/ou d'un salon de télévision.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients du pavillon Délos ne pouvaient utiliser l'espace extérieur l'été car il est dépourvu de protection contre le soleil et l'auvent installé contre les intempéries est en verre.



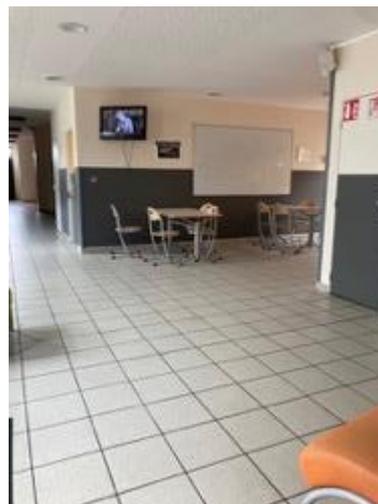
Chambre double triplée à Caravelle (unité des entrants)



Chambre à Délos (UV)



Terrasse UV de Délos



Espace de vie commune UV de Délos

c) Les unités protégées

Situées au rez-de-chaussée des pavillons Alizé, Boréal, Caravelle et au premier étage du pavillon Délos, les unités protégées (UP) disposent de quatre chambres individuelles à Alizé et Délos et de six chambres à Boréal et Caravelle, auxquelles il faut ajouter, pour chaque unité, une chambre d'isolement (Cf. § 10.2).

Toutes les chambres sont équipées de sanitaires avec WC, douches et point d'eau à l'exception de certaines de l'UP de Boréal. Certains WC s'apparentent à ceux rencontrés dans les quartiers disciplinaires des prisons.



WC UP Boréal

Les chambres ne disposent pour équipement mobilier que d'un lit scellé au sol (à l'exception du pavillon Délos, où le lit n'a pu être fixé en raison du chauffage au sol), d'un placard fermé à clé par les soignants. Les patients ne possèdent ni table, ni chaise, ni table de chevet.

Il a été indiqué aux contrôleurs que pour des raisons sécuritaires ces équipements ne pouvaient être laissés aux patients.



Chambre UP Boréal



Chambre UP Boréal



Chambre UP Délos

Comme dans les autres unités, un espace extérieur et un espace de vie collective sont généralement également présents. En revanche, les espaces extérieurs, en béton, sont peu accueillants et ne disposent d'aucune végétation ni d'aucun équipement sportif. L'espace extérieur des UP d'Alizé et Caravelle n'offrent aucun regard sur le ciel et celle de Caravelle s'apparente là encore à une cour de promenade de quartier disciplinaire.

Les locaux des UP, individuels ou communs, sont inhospitaliers, impersonnels et indignes pour une prise en charge adaptée.



Terrasse UP Caravelle



Terrasse UP Alizé



Terrasse UP Délos



Espace de vie commune UP Caravelle

Tous les pavillons sont dotés de bureaux médicaux, de salles de soin, parfois confondues avec les bureaux infirmiers.

Les salles d'activités sont peu nombreuses sur l'ensemble des pavillons. Ils disposent tous d'une salle dédiée à l'atelier esthétique, parfois au sous-sol (Alizé), parfois équipée de fauteuils de coiffure (Délos) et certains ont consacré une salle à l'activité cuisine (qui n'a plus lieu dans la plupart des pavillons). Délos a en outre une salle pour à l'activité peinture/dessin au niveau de l'UV.

Dans l'intégralité des unités pour adultes, les patients sont hébergés dans des locaux qui n'offrent pas des conditions dignes pour une prise en charge de psychiatrie, à l'exception de l'UAC. Les locaux sont vétustes, peu conviviaux et très sombres pour certains. Les contrôleurs ont pu constater l'état des chambres dont les murs, les sols et les plafonds sont encrassés et dégradés, observer des trous dans des murs ou des portes, des plafonds infiltrés, des radiateurs dégradés, des placards délabrés, des prises électriques défectueuses ou dangereuses, de multiples absences d'éclairage dans les chambres et les sanitaires, des fuites de climatisation du plafond dans les toilettes d'une chambre d'isolement.



Infiltration d'eau au plafond à Délos



Placard déterioré à Alizé



Mur troué à Alizé



Sanitaires d'une chambre à Alizé



Radiateur écaillé à Alizé

Des chambres sont doublées, voire triplées. Dans ce cas, l'établissement met à disposition un paravent pour garantir un minimum d'intimité aux patients mais uniquement sur demande du patient et en fonction du « contrat de soin » établi par le psychiatre. Cependant, les unités ne disposent pas d'un nombre suffisant de paravents pour l'intégralité des chambres doubles. L'intimité des patients n'est enfin pas toujours garantie avec des hublots sur les portes des chambres non occultables ou occultés avec un morceau de moquette.

Il est fréquent que des WC fuient, conduisant les patients à utiliser des draps pour éponger l'inondation, voire soient condamnés. Un nombre important de sanitaires n'est pas équipé de patères.

Le mobilier est très sommaire ou manquant et le plus souvent pas proportionnel au nombre d'occupants de la chambre. Un nombre important de chambres ne comportent d'autre mobilier que le lit, leur conférant un aspect lugubre et incompatible avec la vocation du lieu. En outre, les patients ne sont pas encouragés à décorer leur chambre, voire ils sont parfois invités à ne pas le faire car il leur est rappelé que l'hôpital n'est pas un lieu de vie.

Les patients n'ont pas la liberté d'ouvrir leur fenêtre, seule une ouverture minimale est possible sur la partie supérieure. Ils ne peuvent pas toujours actionner leur volet de l'intérieur et certains volets roulants sont défectueux.

Les boutons d'appel sont défectueux dans l'intégralité des pavillons, sauf à l'UAC.

Des verrous de confort, dans les chambres ou les sanitaires, sont installés de façon très aléatoire. Les portes des chambres de certaines unités en sont totalement dépourvues tel Délos. Cette absence de verrou de confort nuit à l'intimité et génère un sentiment d'insécurité chez les patients.

L'état de délabrement et de dégradation des locaux révèle un défaut de maintenance conséquent.

RECOMMANDATION 12

Des dispositions doivent être prises rapidement, sans attendre les travaux prévus dans les pavillons, pour remédier aux dysfonctionnements matériels et au manque d'équipements des chambres et des espaces collectifs pour permettre une prise en charge respectueuse des droits et de la dignité des patients.

5.2 L'HYGIENE N'EST PAS ASSUREE DANS LA MAJORITE DES PAVILLONS**5.2.1 L'entretien des locaux et l'accès aux sanitaires**

L'état de vétusté et de dégradation des locaux ne permet pas aux agents de services hospitaliers (ASH) de maintenir les pavillons dans un état de propreté satisfaisant. Certaines douches sont très entartrées, les sanitaires de certaines chambres inutilisables. Les peintures des murs sont souvent écaillées ou sales, à l'instar des plafonds, certains d'entre eux sont maculés de tâches d'humidité, le revêtement de certains sols est usé. Il a été indiqué aux contrôleurs que pour obtenir de l'eau chaude dans certaines douches du pavillon Délos, les soignants ou les patients actionnent le bouton de la chasse d'eau simultanément à celui de la douche. Les patients utilisent des draps pour éponger les WC ou les douches qui fuient. Les effets personnels des patients sont parfois entreposés par terre dans leur chambre ou dans les placards, bien souvent en mauvais état. Des poubelles débordent de détritrus dans certaines unités.

L'équipement actuel des chambres en sanitaires n'est pas homogène dans les différents pavillons. Certaines chambres ne sont pas équipées de douche, de WC ou de point d'eau, à l'exception de l'UAC. Une salle de bains commune avec douche et/ou baignoire est présente dans chacun des pavillons et accessible tout au long de la journée à la demande. Cependant, certaines baignoires ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite ou sont inutilisables car elles fuient ou sont défectueuses. La configuration de certaines salles de bains rend impossible l'utilisation simultanée de la baignoire et de la douche, ce que déplorent certains soignants. Dans la quasi-totalité des chambres, les WC sont dépourvus d'abattant.



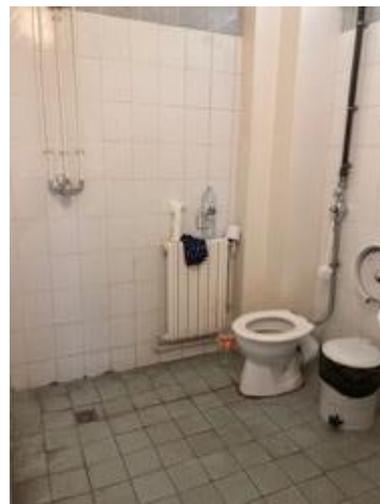
Douche USR Délos



Fuite d'un WC UV Délos



Lavabo d'une chambre d'Alizé



Salle d'eau d'une chambre d'Alizé

RECOMMANDATION 13

Des dispositions doivent être prises dans les sanitaires afin de rétablir un niveau d'hygiène conforme aux normes en vigueur.

5.2.2 L'entretien du linge

Le nettoyage des draps et des serviettes est assuré quotidiennement par le service de la blanchisserie située sur le site Jacques Monod. Les patients peuvent les faire laver dès qu'ils le souhaitent en les déposant dans un chariot installé dans les couloirs des unités.

Selon les témoignages recueillis, les patients manquent régulièrement de serviettes et sont ainsi contraints de s'essuyer avec des draps après la douche.

Le nettoyage du linge personnel des patients est en premier lieu à la charge des familles ou du patient lui-même qui est invité à se rendre aux laveries automatiques en ville lorsque son état clinique le permet. Chaque pavillon dispose néanmoins d'une machine à laver pour les patients mais seul le pavillon Boréal dispose d'un sèche-linge. Les sèche-linges des autres pavillons sont en panne et n'ont pas été réparés, obligeant les patients à faire sécher leur linge dans leur chambre.

Les différents pavillons – à l'exception de Délos – ont également recours à un service de laverie d'un prestataire privé qui vient chercher le linge des patients et le rapporte. Ce service payant est à leur charge.

Le linge des patients dits chroniques est étiqueté et lavé par la blanchisserie du site Jacques Monod.

Les unités possèdent un vestiaire pour les patients dépourvus d'effets personnels, constitué de dons de soignants ou d'anciens patients. Les patients chroniques possèdent une case à leur nom au sein du vestiaire afin d'y entreposer leurs affaires.

RECOMMANDATION 14

L'établissement doit mettre à disposition des patients un nombre suffisant de serviettes de toilette. Par ailleurs, des dispositions doivent être prises pour l'accès à un sèche-linge dans chaque pavillon.

5.2.3 L'hygiène corporelle

Un budget d'environ 1 750 euros par pavillon permet aux cadres de santé de commander des produits d'hygiène corporelle – gel douche, shampoing, protections périodiques, dentifrice, brosse à dents, rasoirs, etc. – pour les patients qui en sont dépourvus.

Au moment du contrôle, aucun coiffeur extérieur n'intervient sur l'établissement. Les patients peuvent se faire couper les cheveux par les soignants dans le cadre d'un atelier esthétique au sein des pavillons Délos et Caravelle. Si l'état du patient le permet, il se rend chez le coiffeur en ville. Il a néanmoins été indiqué aux contrôleurs qu'il pourrait si besoin être fait appel à un coiffeur sans difficulté.

5.3 LA PRATIQUE DU RETRAIT DES BIENS DES PATIENTS N'EST PAS HOMOGENE DANS LES UNITES ET EST PARTICULIEREMENT RESTRICTIVE DANS LES UNITES PROTEGEES

L'inventaire contradictoire des biens du patient n'est pas toujours réalisé.

A l'unité des entrants Caravelle et à Alizé, les patients sont dépossédés de leur téléphone et s'il leur est laissé, la puce est bien souvent retirée (cf. § 6.3.1).

Au sein des UP, les patients se voient retirer l'intégralité de leurs biens (chaussures, téléphone, tabac, voire les vêtements pour certaines UP). Les contrôleurs ont ainsi observé à l'unité Délos des patients démunis de chaussures, dont un patient pieds nus depuis cinq semaines.

RECOMMANDATION 15

Toute mesure de retrait des effets personnels doit être individualisée en fonction de l'état clinique du patient, nécessaire et proportionnée.

Les patients disposent d'un placard en chambre qu'ils peuvent généralement fermer avec un cadenas dont ils conservent la clé (USR Délos, USR et unités des entrants Caravelle par exemple). Les cadres de santé disposent d'un stock de cadenas pour ceux qui n'en ont pas. Néanmoins, certains placards ne permettent pas l'apposition d'un cadenas, ils sont donc fermés par les soignants qui conservent la clé (UV Délos, Boréal). A l'UP, les placards sont systématiquement fermés à clé par les soignants sans accès libre par les patients. A Alizé, les effets personnels des patients peuvent également être placés dans des casiers métalliques au sein du bureau infirmier et leurs documents administratifs dans des boîtes en plastique.

A l'UAC, les patients disposent de coffres à code au sein de leur placard afin de conserver leurs objets de valeurs.



*Placard dans une chambre
triple à Caravelle*



Coffre à code à l'UAC

RECOMMANDATION 16

Les patients doivent disposer d'un placard et en gérer eux-mêmes la fermeture, lorsque leur état clinique le permet.

Les patients sont autorisés à conserver de petites sommes en espèces (environ 20 euros) mais il leur est fortement conseillé de placer celles plus conséquentes ou leurs objets de valeurs (bijoux, chéquiers, cartes bancaires, etc.) au coffre de l'accueil administratif situé au rez-de-chaussée du bâtiment Lhuissier.

Les agents de l'accueil se rendent tous les matins à l'UAC chercher les objets que les patients souhaitent déposer au coffre. Ces objets sont conservés dans une enveloppe fermée et nominative. Une fiche de dépôt et retrait des valeurs déposées au coffre est établie pour chaque patient.

En cas d'entrée directe en pavillon, le patient accompagné d'un soignant se rend au bâtiment Lhuissier pour procéder au dépôt.

Les patients nécessitant la mise en place d'une mesure de protection à leur admission sont repérés par les assistantes sociales présentes sur les unités ou par les soignants et les médecins à l'écoute de leurs besoins. Les assistantes sociales font régulièrement le point sur la situation du patient (sécurité sociale, mutuelle, allocation adulte handicapée, situation patrimoniale et juridique, etc.) et travaillent en binôme avec un infirmier coordinateur dans certains pavillons tels Délos, Caravelle et Boréal (en congé maternité au moment de la visite) qui par ailleurs suivent plus particulièrement des relations avec l'extrahospitalier.

Il n'existe pas de service de protection des majeurs au sein de l'établissement. Les patients sont suivis par des institutions tels que le centre Maurice Begouën Demaux qui tient une permanence quotidienne, l'association tutélaire des majeurs protégés (ATMP), et par des mandataires privés, dont les familles. Le délai pour la mise en place d'une telle mesure est relativement long, environ six mois. Dans ces conditions, il est souvent fait appel à la mise en place d'un mandat spécial, généralement octroyé dans un délai d'un mois et demi.

Lors de la visite, à Alizé, 25 patients sur 42 bénéficiaient d'une mesure de protection juridique (11 sous curatelle dont 10 sous curatelle renforcée, 14 sous tutelle), 27 patients sur 42 à Boréal (dont 12 sous curatelle renforcée, 1 sous curatelle et 14 sous tutelle), 25 patients sur 47 à Caravelle (3 sous curatelle et 22 sous tutelle) et 27 patients sur 43 à Délos.

Les mandataires interviennent pour la remise d'argent au patient, la délivrance de carte de retrait, le financement des sorties ou des cigarettes et l'achat des vêtements. Pour le tabac, des bons peuvent être remis aux buralistes qui se font payer par le tuteur.

Les mandataires sont conviés aux réunions relatives à la préparation des projets de sorties et convoqués aux audiences du juge des libertés et de la détention mais ils s'y rendent très peu.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la réactivité des mandataires et leur implication dans le suivi des patients dont ils ont la charge était variable selon les tuteurs et les curateurs.

5.4 LES REPAS SONT PEU VARIÉS ET SERVIS EN QUANTITÉS INSUFFISANTES

Les repas sont préparés par la cuisine centrale du GHH puis acheminés en liaison froide deux fois par jour sur l'hôpital Pierre Janet.

Les repas sont servis aux horaires suivants : entre 8h30 et 9h15 pour le petit déjeuner – entre 12h00 et 13h00 pour le déjeuner – entre 18h30 et 19h30 pour le dîner.

Les patients se voient proposer une collation vers 16h00 composée d'un biscuit, d'un fruit ou d'un yaourt, d'une boisson chaude ou d'un sirop. Il leur est également distribué une tisane vers 22 heures.

Les menus se composent d'une entrée, d'un plat principal, d'un fromage ou d'un laitage et d'un dessert ou d'un fruit.

Le cycle des menus proposés s'échelonne sur quatre semaines, les plats proposés sont répétitifs et manquent de diversité. Les menus ne sont pas systématiquement affichés dans les unités, à l'exception du pavillon Caravelle et Equinoxe. L'établissement peut occasionnellement servir des repas à thèmes.

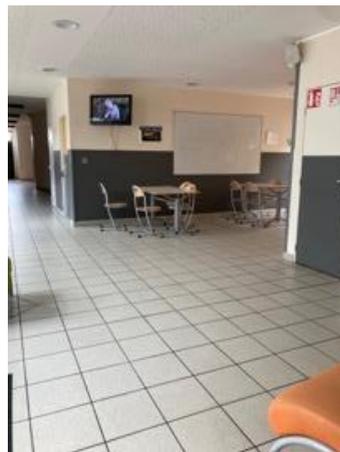
Seule l'unité entrants du pavillon Caravelle propose des repas thérapeutiques deux fois par mois.

Les patients sont autorisés à détenir des denrées alimentaires non périssables en chambre ou au sein de l'office de leur unité, sauf avis médical contraire – à l'exception des patients des unités protégées. Le règlement intérieur entré en vigueur au moment de la visite l'interdit dorénavant : « Pour des raisons de sécurité sanitaire, l'apport extérieur de nourriture est proscrit au sein de l'unité sauf autorisation de votre médecin », alors pourtant qu'il n'a pas été mentionné de difficultés aux contrôleurs sur ce point.

Les patients prennent leur repas dans la salle commune de leur unité ou, sur prescription médicale, au self de l'établissement. Dans les deux hypothèses, les patients s'installent librement. Les patients des unités protégées n'ont pas accès au self.



Salle commune de l'USR Délos



Salle commune de l'UV Délos

Les repas pris au sein des pavillons sont réchauffés dans des barquettes plastiques thermoscellées mais servis à l'assiette à l'exception des patients de Boréal qui mangent dans des barquettes. Les soignants sont présents afin de prévenir les fausses routes et d'assister les patients en difficulté.

Les patients bénéficient de couverts ordinaires, sauf ceux des unités protégées et ceux placés à l'isolement qui mangent avec des couverts en plastique souple réutilisables.

Avant chaque repas les patients installent des nappes sur les tables et débarrassent leur assiette à l'issue.

Il a été indiqué aux contrôleurs que certains pavillons (Délos et Caravelle) pouvaient manquer de vaisselle, notamment de verres, conduisant les patients à boire de l'eau dans des bols.

Le self, situé dans le bâtiment administratif, est en travaux au moment du contrôle. Il a réouvert le 12 juillet, dernier jour de la visite, permettant ainsi aux contrôleurs d'en observer le fonctionnement. Il accueille, sur prescription médicale, les patients hospitalisés en capacité de quitter leur unité (nombre généralement limité à 15 patients par pavillon) et ceux bénéficiant d'une hospitalisation de jour ou d'un suivi par l'extrahospitalier. Les patients peuvent ainsi y déjeuner entre 12h00 et 13h15 et y dîner entre 18h30 et 19h10.

A l'issue du déjeuner, les patients peuvent prendre un café distribué gratuitement par l'équipe du CAA à la cafétéria.



Self du CAA

Le patient qui prend son repas au self a le choix entre plusieurs entrées, plats et desserts, ce qui n'est pas le cas au sein des pavillons. Un infirmier est présent à l'entrée du self afin de contrôler l'adéquation des plats choisis avec la prescription médicale.

Le 12 juillet 2023, le self a accueilli pour le déjeuner 22 patients des pavillons du secteur ouest (7 pour Boréal et 15 pour Délos) et 22 patients de ceux du secteur Est (17 pour Alizé et 5 pour Caravelle) pour le déjeuner mais également 13 patients de l'extrahospitalier et 48 patients de l'hôpital de jour. Il est regrettable que les patients des UP soient privés d'office de cette possibilité.

BONNE PRATIQUE 1

La possibilité offerte aux patients de prendre leurs repas au self permet de favoriser le lien social et l'autonomie.

Une diététicienne se déplace sur l'hôpital Pierre Janet le mercredi après-midi pour des consultations, sur demande du médecin ou du patient.

Il est tenu compte des interdits alimentaires, allergies ou aversions des patients. Les infirmiers renseignent dans le logiciel *Winrest* leurs spécificités alimentaires, que ce soit par rapport aux interdits alimentaires ou la consistance des repas (texture lisse, tendre ou normale).

S'il est possible de bénéficier d'un repas végétarien ou d'une alimentation en lien avec une pratique religieuse, les alternatives proposées sont peu diversifiées (poisson poché au beurre ou omelette pour les régimes sans porc et pâtes ou quiches pour les végétariens).

Tant les personnels que les patients de certains pavillons rencontrés par les contrôleurs ont pu déplorer la répétition des menus mais également les quantités insuffisantes de certaines portions, notamment pour les dîners.

RECOMMANDATION 17

L'établissement doit améliorer la variété des repas, s'assurer que les quantités servies sont suffisantes et fournir une vaisselle adaptée.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 CERTAINES UNITES RESTREIGNENT ARBITRAIREMENT LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR

6.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

Le site du CHPJ est entouré de grilles. L'accès des piétons s'effectue librement. Une grille et des barrières automatiques permettent un accès restreint des véhicules pour les professionnels.

Le protocole de gestion des accès aux unités de soins et aux pavillons d'hospitalisation en sa version 3 du 27 mars 2023 précise que les pavillons d'hospitalisation sont ouverts entre 8h00 et 21h00 à l'exception de l'unité pour patients mineurs, de l'UAC, des unités protégées et de l'unité de vie du pavillon Délos. Les unités ouvertes peuvent être exceptionnellement fermées pour une durée limitée¹⁷.

Pour l'ensemble des unités fermées, des sorties sont fréquemment autorisées, qu'il s'agisse de sorties accompagnées pour effectuer des démarches administratives ou des soins, de sorties avec des proches ou de loisirs. Des patients se rendent également aux activités sur le site (cafétéria, centre d'activité ou hôpital de jour).

En revanche, pour les patients ne disposant d'aucune sortie, l'accès à un espace extérieur et aux salles d'activités n'est pas systématiquement garanti au sein de chaque unité. Pour exemple, l'unité des patients mineurs ne dispose pas d'un jardin garantissant un accès journalier à l'air libre. La cour de l'UP du pavillon Caravelle s'apparente à une cour de quartier pénitentiaire disciplinaire, entièrement grillagée, bétonnée et sans vue sur le ciel. De même, les salles d'activités du pavillon Caravelle, situées en rez-de-jardin, ne sont pas librement accessibles et ne sont, faute de personnel suffisant, que très rarement utilisées.

RECOMMANDATION 18

Toute personne subissant une restriction de sa liberté d'aller et venir doit avoir un accès quotidien à l'air libre et à des salles d'activités afin de s'aérer, de se détendre ou de pratiquer une activité physique.

6.1.2 La fermeture des chambres

Certaines unités pratiquent des enfermements en chambre la nuit et en journée dits « *temps calmes* » sur « *prescription médicale* » en dehors tout cadre puisqu'aucune de ces mesures n'est enregistrée au titre de l'isolement et ne correspond pas aux conditions légales de dernier recours.

Toutes les chambres de l'UP du pavillon Caravelle sont systématiquement fermées la nuit de 23h00 à 7h00 sans autre possibilité d'appeler à l'aide que de taper dans les portes puisque tous les boutons d'appel sont hors service. Il en est de même lors du contrôle de l'UP du pavillon Délos alors que la consigne aurait été donnée de mettre fin à cette pratique. L'UP du pavillon Alizé prévoit également des fermetures de nuit décidées par un médecin sans être tracées au titre d'un isolement. L'UP du pavillon Caravelle impose en outre des fermetures de deux heures le

¹⁷ En 2022 sont dénombrées six fermetures pour risque de fugue, trois pour cas de covid-19, une afin de sécuriser des transferts, une en lien avec l'ouverture de la barrière à l'entrée de l'institution ainsi qu'une fermeture de sept jours du pavillon Caravelle au motif de « *consommation de toxiques et alcool par plusieurs patients-produits venant de l'extérieur* ».

matin et deux heures l'après-midi dites « *temps calme* » sur prescription médicale. Au moment du contrôle, trois patients sur les sept de l'UP sont concernés dont une personne venant de voir son isolement levé par le JLD et qui demeure ainsi irrégulièrement enfermée en dépit de la décision judiciaire.

RECOMMANDATION 19

Les enfermements en chambre, de nuit comme de jour, hors des procédures de placement en chambre d'isolement, strictement encadrées et contrôlées par le juge, s'apparentent à des séquestrations et doivent cesser immédiatement.

6.1.3 La gestion de la sécurité

Au sein des unités, les incidents sont gérés par les équipes soignantes. Chaque professionnel est doté d'un PTI¹⁸ qui précise le pavillon où survient l'agression et les renforts d'autres unités se déplacent en cas de besoin.

Sur le site du CHPJ, une équipe de dix agents se relayant par quart assure la présence permanente de deux agents. Lors de congés ou d'arrêts maladie, il est fait appel à une société privée. L'équipe est formée aux premiers secours en équipe de niveau 1 et dispose d'un véhicule et d'un sac d'intervention avec défibrillateur.

Le placement sous vidéo-surveillance est annoncé par affichage sur la grille d'entrée du CHPJ. Les images des trente-trois caméras surveillant les extérieurs sont visibles au bureau de la sécurité situé à l'étage du pavillon Equinoxe ainsi qu'au poste de sécurité de l'hôpital Monod. Les images peuvent être conservées un mois et ont fait l'objet à une reprise d'une réquisition d'extraction par les forces de police afin d'identifier l'auteur d'un vol. Deux caméras sont positionnées au sein de l'UAC afin d'observer la zone d'attente et le patio. Les images sont reportées au poste de soins. Une caméra déconnectée est présente dans la salle commune du pavillon Boréal et doit être démontée afin d'éviter toute ambiguïté quant à la présence d'une surveillance.

Les équipes soignantes suivent des formations à la sécurité incendie et au maniement des extincteurs. L'établissement dispose des avis favorables de la commission de sécurité¹⁹. Les alarmes incendie sont gérées par le SSIAP²⁰ du CH Monod qui répercute les besoins d'intervention aux agents présents au CHPJ. A l'exception d'un incendie en chambre au pavillon Délos il y a deux ans environ et ponctuellement d'un feu de poubelle dans le parc, les déclenchements d'alarme sont rarement liés à la réalité d'un départ de feu²¹.

Aucun dispositif de traçage en temps réel des personnes placées en isolement et sous contention n'est prévu. Les services de sécurité ne sont pas non plus avisés des personnes enfermées en chambre hôtelière de nuit ou de jour « *en temps calme* ». Le personnel soignant, intervenant en première intention, est supposé procéder en urgence à la mise en sécurité des patients ou informer oralement les pompiers de la situation des personnes enfermées ou contenues. Les contrôleurs ont observé la pratique consistant à recouvrir d'un gant chirurgical le détecteur de

¹⁸ PTI : dispositif portatif d'alarme pour la protection des travailleurs isolés.

¹⁹ Avis favorable à la poursuite d'exploitation par la commission communale de sécurité du Havre le 26 sept 22 ; avis favorable à l'ouverture au public de l'UAC le 11 avril 23.

²⁰ Service de sécurité incendie et d'assistance aux personnes.

²¹ Notamment en cas de douche chaude, travaux, cigarette en chambre.

fumée des sas des chambres d'isolement afin de permettre aux patients de fumer lors des repas sans déclencher l'alarme. Cette pratique présente le danger d'un oubli de retrait et donc d'un défaut d'alarme en cas d'incendie.

RECOMMANDATION 20

Les services de la sécurité incendie doivent être informés en temps réel du nombre et de la localisation des personnes enfermées ou attachées. Les détecteurs de fumée ne doivent pas être empêchés de fonctionner.

6.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE NE SONT PAS INDIVIDUALISEES

Le patient, quels que soient son unité et son statut d'hospitalisation, fait l'objet de restrictions dans sa vie quotidienne qui sont formalisées dans ce que le CHPJ appelle un « *contrat de soins* ». Un véritable contrat de soins personnalisé lie le soignant et le patient, définit les modalités de la prise en charge du patient et porte la signature et l'engagement des deux parties. Le « *contrat de soins* » utilisé par le CHPJ n'est qu'un document unilatéralement rempli par le médecin, listant informatiquement toutes les restrictions applicables, sans explication ou motivation. Selon les témoignages recueillis, il n'est pas régulièrement actualisé en fonction de l'évolution du patient.

6.2.1 L'accès au tabac

Les patients des UP, à l'exception de ceux de Délos, subissent une restriction systématique de l'accès au tabac, alors même qu'ils ont pu gérer leur consommation lors de leur séjour à l'UAC. Dans les UP de Boréal, Alizé et Caravelle, les patients se voient ainsi confisquer leurs cigarettes sans individualisation en fonction de l'état clinique ou des ressources financières. Un affichage indique une distribution à heure fixe.



Horaires de distribution des cigarettes, unité protégée Caravelle

Les patients des CI ne sont pas conduits pour fumer dans un espace extérieur. Ils sont généralement autorisés à fumer deux cigarettes lors des repas, dans le sas de la CI, détecteur d'incendie recouvert d'un gant chirurgical (cf. § 6.1.3).

RECOMMANDATION 21

Les patients doivent avoir librement accès à leur tabac sauf exception décidée par le psychiatre et motivée dans le dossier médical.

6.2.2 Le port du pyjama

Les patients sont généralement autorisés à conserver leurs vêtements. Toutefois, la prescription du port du pyjama est systématique en chambre d'isolement et fréquemment décidée dans les UP. Les contrôleurs ont observé que les patients disposent au mieux de leur T-shirt et portent des bas de pyjama. Les chaussures ne sont pas systématiquement laissées à disposition et les patients sont majoritairement en chaussettes.

L'unité ouverte de réinsertion du pavillon Caravelle impose également le port du pyjama pour des motifs inadaptés liés au risque de fugue ou de participation à un trafic de produits illicites.

RECOMMANDATION 22

Le port du pyjama ne doit pas être imposé afin de restreindre la liberté d'aller et venir de la personne ni durant le placement en chambre d'isolement ou en unité protégée mais être décidé, au cas par cas, sur des considérations cliniques exposées dans le dossier du patient.

6.3 LA CONFIDENTIALITE DES COMMUNICATIONS TELEPHONIQUES N'EST PAS GARANTIE ET L'ACCUEIL DES VISITEURS N'EST PAS ORGANISE

6.3.1 Le téléphone

Au sein des pavillons d'hébergement, les patients sont en principe autorisés à conserver leur téléphone portable, sauf prescription médicale contraire, comme au sein des unités de réinsertion et de vie. En revanche, les téléphones portables sont systématiquement retirés dans les unités protégées. Dans certains pavillons, les contrôleurs ont constaté que le téléphone est laissé aux patients mais la puce est retirée, c'est le cas à l'unité des entrants de Caravelle ainsi qu'à Alizé. La puce peut leur être restituée une heure dans la journée pour leur permettre d'avoir accès à Internet et de télécharger un film par exemple.

Si la quasi-totalité des patients sont autorisés à conserver leur téléphone et recevoir des appels, seulement 25 patients sur 42 à Alizé bénéficiaient de cette autorisation, dont deux sans la puce.

RECOMMANDATION 23

Toute règle systématique de privation du téléphone est à proscrire. Au sein des unités protégées, et en l'absence de prescription médicale justifiée par l'état clinique, les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable. Par ailleurs, le retrait dans certains pavillons des puces des téléphones laissés aux patients doit cesser.

Lorsque les patients ne sont pas en possession d'un téléphone, ils utilisent, selon les unités, le téléphone dans le bureau des soignants – bien souvent en haut-parleur et en présence d'un infirmier – ou le téléphone mural situé soit dans un couloir ou dans la salle commune faisant office d'espace de vie. Ces pratiques ne permettent de garantir ni la confidentialité ni la sérénité des échanges.

RECOMMANDATION 24

Les conditions d'utilisation du téléphone mural des unités ou du téléphone du bureau des soignants doivent préserver la confidentialité des conversations.

6.3.2 Le courrier

Les patients ont accès à du papier et un stylo sur demande aux soignants, bien que la famille soit privilégiée pour leur en fournir, à l'exception d'Alizé où il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucune aide matérielle ne leur était apportée. Les timbres sont normalement à la charge du patient mais les courriers peuvent être affranchis par l'hôpital en cas de besoin. Les soignants mettent le courrier des patients avec celui de l'établissement afin qu'il soit posté. Lors de la visite des contrôleurs, peu de patients envoyaient du courrier.

6.3.3 Les visites

Les visites sont permises, sans prise de rendez-vous préalable, du lundi au dimanche de 13h30 à 19h00 (Caravelle) ou 14h00 à 18h30 (Délos) selon les pavillons mais les soignants font preuve de souplesse. Les conditions d'accueil des visiteurs ne sont pas adaptées et cela d'autant plus que les visites en chambre ne sont pas autorisées – sauf au sein de l'UAC – même si certaines exceptions peuvent être faites pour des patients admis depuis longtemps. En effet, aucun des pavillons ne dispose d'un lieu d'accueil spécifique pour les visites, sauf le pavillon Délos qui est équipé de deux salons pour les visites. Ainsi, à Caravelle, les patients reçoivent leurs proches dans un sas, à l'entrée du pavillon, qui ne garantit aucune intimité à leurs échanges, tandis qu'à Boréal, les visites se font dans un bureau médical. A Alizé, en l'absence de salon dédié, les patients reçoivent leurs proches dans la véranda.

Les visites sont également permises dans le parc de l'hôpital ou la cafétéria pour les patients qui sont autorisés à sortir de leur unité.

RECOMMANDATION 25

Un lieu d'accueil pour les visiteurs garantissant la confidentialité et l'intimité doit être mis en place dans chaque pavillon.

Les visites ne sont pas limitées dans le temps et le nombre de visiteurs n'est officiellement pas restreint mais en pratique il n'est pas admis plus de trois personnes simultanément.

S'agissant des patients pris en charge au sein des unités protégées, les visites sont, dans un premier temps, systématiquement médiatisées et ne peuvent pas avoir lieu dans le parc sauf cas particulier (*cf.* recommandation n°25 ci-dessus).

Les visites des mineurs de moins de 15 ans ne sont pas admises au sein des pavillons. En pareille hypothèse, les patients peuvent recevoir leur enfant dans une salle d'Equinoxe après avoir pris rendez-vous au préalable.

Tous les patients des pavillons Boréal, Délos et Caravelle sont autorisés à recevoir des visites tandis que seulement 27 patients sur 42 le peuvent à Alizé.



Salon de visite du pavillon Délos



Sas d'entrée du pavillon Caravelle utilisé pour les visites

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

Les chambres ne sont pas équipées de téléviseurs. Comme précédemment indiqué, les pavillons disposent selon les unités d'un salon télévision ou d'un espace de vie commune avec un téléviseur. Le salon télévision de l'unité de réinsertion de Délos est peu investi par les patients car il n'est pas accueillant et les fauteuils sont tous déchirés. Le salon télévision de l'unité de réinsertion de Caravelle est occupé quotidiennement par un patient souffrant d'autisme et inutilisable par les autres patients de l'unité et ce depuis 2014. Pour pallier cette difficulté, une télévision a été installée dans le réfectoire.

La télécommande n'est pas toujours laissée aux patients selon les unités ou est défectueuse, les contraignant à changer de chaîne sur le côté de la télévision. Les patients ont accès à la télévision jusqu'à 23h00 environ.

L'établissement n'est abonné à aucun quotidien ou aucune revue. Les patients ne bénéficient que des journaux apportés par le personnel ou les visiteurs.

L'établissement n'est pas doté d'un réseau wifi. Les tablettes et ordinateurs personnels sont autorisés dans les chambres mais peu de patients en possèdent.

RECOMMANDATION 26

L'établissement doit mettre à disposition des patients un accès à un support informatique et à un réseau wifi.

6.3.5 La confidentialité de l'hospitalisation

Il existe une procédure permettant d'être admis de manière anonyme : lors de sa prise en charge, le patient indique son souhait d'être admis anonymement, la cellule d'identitovigilance l'enregistre sur le logiciel CPAGE et un logo apparaît sur Sillage. Toutefois, cette procédure semble peu connue des soignants et donc des patients et ainsi très rarement mise en œuvre.

RECOMMANDATION 27

Les équipes doivent connaître l'existence de la possibilité d'être hospitalisé de façon anonyme et en informer le patient.

6.4 LE DROIT A L'EXERCICE D'UN CULTE EST PEU USITE ET LES INFORMATIONS AFFERENTES SONT INSUFFISANTES

Il n'y a plus de lieu de culte dans l'enceinte du CHPJ. Aucun affichage dans les services, à l'instar du règlement intérieur, n'informe les patients des modalités d'accès au culte de leur choix. Certains patients peuvent demander une permission de sortie pour se rendre à une célébration. Les soignants ont confirmé aux contrôleurs que l'accès au culte est possible mais sans pouvoir toujours fournir les contacts des aumôniers pour en bénéficier.

RECOMMANDATION 28

L'établissement doit mettre à la disposition des patients une liste des représentants des cultes susceptibles d'intervenir.

6.5 LA QUESTION DE LA LIBERTE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS ABORDEE INSTITUTIONNELLEMENT

De manière générale, la question de la vie sexuelle des patients n'a fait l'objet d'aucune discussion institutionnelle et les approches sont très hétérogènes selon les services.

Aucune mention de la sexualité n'apparaît dans le règlement intérieur.

Des préservatifs sont disponibles à la cafétéria et dans certaines unités.

A Délos les patientes peuvent se voir prescrire un contraceptif mais pour autant la sexualité n'est pas directement abordée institutionnellement. A Caravelle, les soignants indiquent que les couples surpris en chambre ne sont pas interrompus mais que tout est fait pour éviter que cela se produise, par exemple en hospitalisant l'un des deux patients dans un autre pavillon. Certains soignants considèrent que la sexualité est interdite pendant l'hospitalisation.

Dans l'ensemble, il ressort des constats des contrôleurs que la question de la vie sexuelle des patients n'est pas toujours abordée et discutée dans les unités. Si les soignants sont généralement vigilants sur la question du consentement, la question de la contraception et de la liberté sexuelle n'est pas débattue.

RECOMMANDATION 29

Il convient de mettre en place une réflexion institutionnelle concernant la liberté sexuelle des patients. Le CGLPL rappelle que la liberté sexuelle est une liberté fondamentale et qu'un établissement sanitaire ne peut interdire les relations sexuelles de manière générale²².

²² CGLPL, *L'intimité dans les lieux de privation de liberté*, Rapport thématique, juillet 2022 (reco. 25 not.).

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

L'isolement et la contention des mineurs est décrit et analysé *infra* au chapitre 10.1.10.

7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE RESPECTENT PAS LES NORMES REGLEMENTAIRES

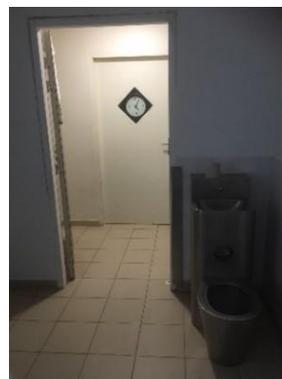
L'établissement dispose d'une chambre d'isolement (CI) dans chacun des pavillons et services ; la CI des services Alizée, Boréal, Caravelle, Délos se situe au sein de l'unité protégée, celle de l'UAC est au sein même du service.

Ces cinq CI sont sensiblement différentes, selon qu'elles sont récentes (UAC) ou anciennes (Alizé et Caravelle), plus marquées par la vétusté et les dégradations.

Toutes sont équipées d'un lit en mousse haut pouvant être placé par le patient à l'endroit où il le souhaite, d'une horloge, d'un sas équipé d'une table sur laquelle le patient peut manger assis et d'une douche (sauf pour la CI d'Alizée qui en est dépourvue). Les oculi qui permettent de voir le patient dans la chambre sont occultables.



CI UAC



CI Boréal

Toutefois, aucune ne dispose d'un bouton d'appel pour appeler les soignants y compris lors des phases de contention, aucune installation ne permet au patient d'aérer sa chambre et d'allumer ou d'éteindre la lumière de manière autonome. Aucune chambre ne dispose d'une pendule portant mention du jour et de la date. Certaines comportent des bloc WC-point d'eau en inox habituellement retrouvés dans les quartiers disciplinaires de prison, d'autres des WC céramiques mais aucun WC ne dispose d'un abattant.

Au sein des CI des unités Délos et Alizé, le WC est visible depuis l'oculus du sas.

La CI des urgences est trop petite et le WC n'est pas réellement séparé du lit par une cloison suffisante; il n'y a pas d'accès libre à un point d'eau celui-ci se trouvant dans le sas avec la douche. Aucun des interrupteurs ne fonctionne au moment du contrôle.

Aucun pouf en mousse ne meuble la CI afin de permettre aux soignants de s'asseoir lors des examens et entretiens.



CI de l'unité Délos

Les CI ne bénéficient pas d'un espace extérieur spécifique, les patients pouvant théoriquement sortir dans les patios accompagnés des soignants plusieurs fois par jour. En pratique, la sortie pour fumer se résume parfois au seul sas sans pouvoir aller à l'extérieur.

RECOMMANDATION 30

Les chambres d'isolement doivent disposer d'une pendule portant mention de la date et du jour, d'un bouton et système d'appel y compris durant les phases de contention, d'un accès à l'eau et aux WC permanent, de la possibilité pour le patient d'allumer, d'éteindre la lumière et d'aérer la chambre.

L'établissement n'a mis en place aucun espace d'apaisement tel que prévu par l'article D 6124-265 du code de la santé publique.

7.2 CERTAINES PRATIQUES D'ISOLEMENT NE SONT PAS RESPECTUEUSES DES DROITS DES PATIENTS

7.2.1 La politique menée en matière d'isolement et de contention

L'établissement n'aborde pas la problématique du recours à l'isolement et à la contention dans son projet d'établissement ni même dans le projet médico-soignant de pôle de 2018.

Un rapport annuel relatif aux pratiques d'isolement et de contention de 2022 a été présenté devant la commission médicale d'établissement (CME) et le conseil de surveillance. Ce rapport n'évoque que la perspective d'un espace d'apaisement à l'unité Boréal.

Il n'existe aucun espace d'apaisement dans les unités.

Une procédure de juin 2023 est à disposition des soignants et s'intitule « *installation en chambre d'isolement thérapeutique en psychiatrie adulte* » alors même que la science n'a jamais démontré le rôle « *thérapeutique* » de l'enfermement.

RECOMMANDATION 31

Comme le prévoit l'article D. 6124-265 du code de la santé publique, des espaces d'apaisement doivent être mis en place permettant d'envisager une désescalade afin d'éviter le recours à l'isolement.

7.2.2 Les pratiques en matière d'isolement et de contention

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins valident l'onglet « *isolement contention* » du logiciel Sillage au sein duquel sont horodatées les différentes décisions. Toutes les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées, que ce soit le mode légal d'hospitalisation, les heures de décisions, l'indication de l'isolement, la surveillance ou le nom du médecin. Les mesures doivent être clôturées par les médecins car il n'y a pas d'arrêt automatique à la fin de chaque renouvellement. De fait, de nombreux renouvellements d'une mesure d'isolement ne sont pas tracés dans le logiciel.

De même, la surveillance infirmière est dite réalisée toutes les deux heures, souvent par simple contrôle visuel à la lucarne, mais elle est très peu tracée dans les dossiers informatisés du patient.

RECOMMANDATION 32

Les renouvellements des mesures d'isolement et de contention doivent systématiquement être tracés dans le logiciel Sillage, de même que la surveillance infirmière.

Dans la pratique constatée, les alternatives à l'isolement sont, chez les adultes, peu recherchées et non tracées dans le dossier médical.

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sous un mode séquentiel (repas, sortie extérieure, tabac) avant la sortie définitive. Ces sorties séquentielles sont cependant, pour certains patients et dans certains services, qui en bénéficiaient au moment du contrôle, prolongées sur plusieurs jours, ce qui les maintient en isolements non motivés.

Les patients sont examinés théoriquement deux fois par 24 heures mais souvent par les internes ou médecins associés et il a été rapporté parfois un seul examen réalisé par jour.

Par ailleurs, les internes ou les médecins associés qui renouvellent les mesures ne font pas valider formellement leurs décisions par le médecin titulaire, y compris durant l'astreinte.

RECOMMANDATION 33

Les mesures d'isolement et de contention prises par les internes ou les médecins associés doivent être validées dans l'heure par le médecin psychiatre titulaire.

7.2.3 Les conditions de prise en charge

Les patients placés en CI ne conservent que rarement leurs chambres d'hospitalisation pendant la phase d'isolement et des admissions de patients sont opérées directement en CI alors qu'aucune chambre hospitalière n'est disponible (cf. § 4.2).

Dans toutes les CI, le pyjama est obligatoire, sans individualisation de la mesure ni motivation puisqu'il ne s'agit pas des vêtements indéchirables anti-suicide (cf. § 4).

Le repas est pris dans une pièce attenante à la chambre sur une table avec une chaise, en présence des soignants. Le patient n'a pas accès à des livres ou à une radio.

Le médecin somaticien vient examiner les personnes en isolement sur demande du médecin psychiatre et de manière systématique une fois par semaine. Il prescrit le cas échéant les traitements anticoagulants.

Le matériel de contention comprend des sangles cinq points avec attache ventrale, aux deux bras et aux deux chevilles, par le système à aimant. Les services disposent de jeux de différentes tailles nettoyés à chaque changement de patient.

7.3 LE REGISTRE OBJECTIVE UNE PRATIQUE TRES MESUREE DE LA CONTENTION MAIS ON RELEVE DE NOMBREUX ISOLEMENTS DE MINEURS

Un bilan 2022 des « pratiques d'isolement et de contention dans le cadre de la prise en charge des patients en psychiatrie » a été réalisé et présenté aux instances. Ce rapport indique 151 patients isolés (162 en 2021) et 13 contentonnés (30 en 2021). Bien documenté sur les motifs et les durées des isolements, il a été réalisé manuellement par les agents du bureau des soins sans consentement avec pertinence, cependant, il ne permet pas encore de comparer les pratiques d'isolement des différents services relativement à leur file active d'admission. Sur les 151 patients isolés, 137 l'étaient en espace dédié sans qu'il soit possible de savoir si cette donnée est comprise de la même façon par tous les médecins.

Ce rapport évoque le fait que seule la moitié des renouvellements de mesures sont tracées dans Sillage. En effet, les mesures n'étant pas clôturées automatiquement, la durée de chaque mesure est calculée sur la mesure initiale et la clôture faite par le médecin. Pour résoudre ces difficultés, l'établissement indique vouloir acquérir fin 2023 le logiciel « Sillage Psy » afin de générer automatiquement les documents nécessaires pour le JLD à partir d'un remplissage exhaustif médico-soignant.

Enfin, les durées moyennes d'isolement et de contention y sont indiquées à respectivement 108 et 14 heures.

Les contrôleurs ont sollicité la réalisation d'une analyse du registre d'isolement et de contention sur l'année 2023 (1^{er} janvier au 31 mai) et ont obtenu les données suivantes :

	File active tout patient/SSC	Nb de patients placés en isolement	% de la file active isolés	Nb de mesures	Nb de mesures prises sur patient initialement en soins libres	Durée moyenne des mesures (en h)	Nb de mesures d'iso. supérieure à 72heures	Nb de patients ayant au moins une mesure de contention associée	% des patients isolés contenus	% de la file active contenue	Nb de mesures de contention	Durée moyenne des contentions (en heures)
Alizé	187/39	6	3,2	10	0	165	6	1	12,5	0,5	1	20
Boreali	220/40	7	3,2	19	0	29,5	1	4	44,5	1,8	10	5,6
Caravelles	152/34	16	10,5	32	0	137	17	2	10	1,3	5	13,4
Délos	252/41	9	3,6	10	0	115	6	0	0	0	0	**
Equinoxe	60/1	10	16,7	20	9	39	3	1	7,1	1,7	1	9
UAC	403/NC	47	11,7	52	4 mineurs	37,6	8	4	8,5	1	5	14,6
CH (les 6)	735	95 (max)	12,9	NC	NC	87 h	42	12	12,6	1,6	NC	12,5/10,4

La différence entre le total des files actives par service et la file active totale s'explique par les nombreux mouvements de patients entre unités, après l'admission.

L'analyse du registre faite par les contrôleurs montre ainsi des pratiques sensiblement différentes selon les unités, avec un pourcentage de patients isolés par rapport à la file active allant de 3,2 % à 10,5 % pour les adultes, et un taux de contention allant de 0 à 1,8 %. A l'échelle de l'établissement, 12,9 % des patients admis au sein de l'établissement ont ainsi eu au moins une phase d'isolement, ce qui est moindre que la moyenne des établissements contrôlés (22,7 %), mais reste élevé, les contrôleurs ayant par ailleurs rencontré de nombreux patients en CI qui n'étaient ni en situation de crise, ni en phase de violence. Ce taux est du reste surévalué car des patients isolés ont pu être comptés sur plusieurs unités différentes. La durée moyenne d'isolement s'établit à 87 heures, avec 42 mesures amenant une obligation de saisir le JLD, sur les seuls placements en isolement continu, en cinq mois.

On note la faible utilisation de la contention puisque 1,6 % des patients admis dans les services contrôlés ont eu une phase de contention (5 % dans les établissements contrôlés par le CGLPL), d'une durée moyenne de 12 heures.

Aucun patient n'apparaît isolé ou contenu en soins libres dans le registre ; or des pratiques d'enfermement en chambre de patients a été rapportée, au sein des unités protégées de Caravelle, Alizé et Délos, de jour comme de nuit, ce qui est illégal (cf. recommandation n°19).

La pratique de l'isolement n'a pas fait l'objet de suffisamment de formations sur les spécificités du cadre légal de l'isolement ; il est dommage que le registre ne soit pas diffusé et débattu, au sein de chaque service, de manière pluridisciplinaire.

RECOMMANDATION 34

Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire régulier au sein de chaque service.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) EFFECTUE UN CONTROLE MINIMAL ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT PEU SOLLICITES

8.1.1 La CDSP

La CDSP, composée conformément à la loi, est présidée par un médecin psychiatre exerçant en libéral. Elle se déplace chaque année dans les établissements du ressort. Sa visite est annoncée et les unités procèdent à un affichage (à l'exception d'une unité lors de la visite du mois de juin 2023) à destination des patients qui peuvent demander à être rencontrés.

Le rapport annuel de la CDSP pour l'année 2021 ainsi que les compte-rendu de la réunion plénière du 13 janvier 2023 et de la visite du 16 juin 2023 ont été transmis aux contrôleurs. Il est notamment noté que les locaux doivent être refaits, que des lits supplémentaires sont présents dans les services. La question des oculi est abordée, précisant que la tendance est à leur suppression plutôt qu'à leur remplacement. S'agissant des mesures d'isolement, il est noté s'agissant de l'information des familles et des patients : « *pas de traçabilité, il y a des progrès à faire* ».

La CDSP procède au contrôle du registre de la loi et n'effectue aucune préconisation alors que des éléments manquent (cf. § 8.2).

8.1.2 La place des usagers au sein de la Commission des usagers (CDU)

Au sein des unités, des affichages exposent le rôle des représentants des usagers et précisent les coordonnées téléphoniques et messageries Internet des quatre personnes pouvant être contactées. Les appels reçus concernent habituellement d'autres services du groupe hospitalier et les rares demandes concernant des patients hospitalisés dans les unités de psychiatrie émanent de membres des familles.

Le rapport annuel de la commission des usagers (CDU) pour l'année 2022 n'évoque pas les questions liées à la psychiatrie. Il est fait état de la diffusion d'une vidéo pédagogique sur la personne de confiance afin « *de sensibiliser un public plus large sur la personne de confiance qui est souvent confondue avec la personne à prévenir en cas d'urgence* ». Cette vidéo n'est pas diffusée dans les unités de psychiatrie ou à l'UAC (cf. § 4.3.3).

8.1.3 Le soutien aux proches

Une convention liant le GHH et l'association UNAFAM signée le 9 mars 2023 prévoit la tenue d'une permanence une fois par mois au sein du CHPJ. Un affichage dans les unités indique les lieu, dates et heures de la permanence. Au jour de la visite, les bénévoles n'ont pas encore reçu de demande.

8.1.4 Le questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction est remis au moment de la sortie. Selon les documents transmis aux contrôleurs pour l'année 2022, seuls 46 patients ont répondu. Pour le premier semestre 2023, 118 questionnaires ont été remplis. Les principales insatisfactions concernent la quantité et la qualité des repas, le manque d'information sur le règlement intérieur et la désignation de la personne de confiance. Pour l'unité Caravelle, les patients se plaignent de la limitation de la

liberté d'aller et venir et d'un manque de prise en compte de leur état de santé. Au sein des unités pour adultes, les questionnaires ne font pas l'objet d'une analyse particulière.

L'unité des mineurs propose un questionnaire de satisfaction pour les enfants et un pour chaque représentant légal. Pour le premier semestre 2023, 24 adolescents et 17 représentants légaux ont répondu. Le cadre de santé dresse un tableau des insatisfactions comme des éléments positivement relevés. Comme pour les majeurs, la quantité et la qualité des repas obtiennent les plus mauvais scores.

8.2 LE REGISTRE DE LA LOI NE COMPREND PAS TOUTES LES MENTIONS OBLIGATOIRES ET LES DATES DE NOTIFICATION SONT INCERTAINES

Le bureau des SSC composé de deux agents est particulièrement vigilant afin que les certificats médicaux et les décisions soient intégrés au dossier du patient, et renseigne le registre de la loi composé de deux grands cahiers, un pour les SDRE, l'autre pour les SDDE.

Les informations requises par l'article L 3212-11 du code de la santé publique ne sont ni transcrites ou reproduites comme l'exige la loi mais leur chronologie est indiquée, à l'exception de la date de notification des droits. Sont ainsi manuscrites, outre l'identité complète du patient, celle du tiers, les dates des avis, les certificats médicaux et décisions ainsi que les autorisations de sortie de courte durée (12 ou 48 heures).

La date de la notification ou de « *délivrance des informations* » (L 3212-11 4 du code de la santé publique) n'est pas indiquée alors qu'elle est obligatoire puisque point de départ pour faire valoir des droits.

L'absence de transcription ou reproduction des documents dans le registre ne permet pas d'effectuer un contrôle de la situation du patient et oblige pour ce faire à consulter le dossier.

L'examen des dossiers montre que :

- des arrêtés comme des décisions du directeur sont rendus au seul visa du ou des certificats médicaux avec les mentions « *dont je m'approprie les termes* », sans que les certificats médicaux soient joints à la décision ;
- les notifications au patient de l'admission en SSC sont faites avec un retard de plusieurs jours concernant les SDRE réalisés les week-ends, les documents transmis par l'ARS ne comprenant pas alors le document de notification qui n'est transmis qu'à partir du lundi suivant ;
- les notifications au patient des décisions du directeur sont faites sans date certaine puisque le document de notification adressé dans les unités comporte souvent la date pré-remplie de son envoi sans mention manuscrite par le patient de la date à laquelle il signe effectivement la notification ;
- lors des admissions du week-end, les décisions du directeur ne sont signées que le lundi suivant et sont antidatées au jour de l'admission effective du patient.

RECOMMANDATION 35

Conformément aux dispositions l'article L 3212-11 du code de la santé publique, doivent être transcrits ou reproduits dans le registre de la loi, outre les décisions de mise sous tutelle ou

curatelle, les certificats médicaux, les avis, ainsi que toutes les décisions concernant la mesure et les dates effectives de notification des décisions comprenant les droits et voies de recours.

Les décisions d'admissions du directeur comme les arrêtés du préfet doivent être prises et notifiées sans délai.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, le procureur de la République indique : « *Concernant la recommandation 35 sur la tenue des registres des lois, je serai particulièrement attentive lors de mes prochaines visites et veillerai à ce qu'ils soient complétés avec l'ensemble des éléments manquants visés dans votre rapport* ».

Sur le registre de la loi figure le visa des autorités judiciaires et administratives venues consulter le registre au moins une fois par an, à l'exception du préfet.

RECOMMANDATION 36

Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, le préfet de la Seine-Maritime ou son représentant doit visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi son visa et ses éventuelles observations.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, le préfet de Seine-Maritime indique : « *Chaque année, nous veillons à organiser une visite des établissements psychiatriques du département avec les autorités judiciaires et l'Agence Régionale de Santé. Cette visite conjointe permet à chacune des autorités présentes d'apporter les précisions et/ou observations qu'elle juge utile. Toutefois, force est de constater que l'année 2023 n'a pas permis, en raison des divers aléas liés à l'actualité, aux crises et événements locaux, de trouver date commune pour effectuer une visite de l'hôpital Pierre Janet. Cependant, une visite de cet établissement par l'autorité préfectorale, accompagnée de l'ARS, est prévue dès le mois de janvier 2024* ».

8.3 LE JLD EST PARTICULIEREMENT IMPLIQUE MAIS LES DOCUMENTS TRANSMIS NE PERMETTENT PAS UN CONTROLE COMPLET DES ISOLEMENTS ET DES CONTENTIONS

8.3.1 L'organisation de l'audience contradictoire

La coopération entre le CHPJ et le service du JLD est réelle. Le JLD habituellement en charge du contentieux des SSC est décrit comme particulièrement disponible et à l'écoute. Il accompagne la réflexion du CHPJ dans la mise en œuvre des réformes législatives et aide à la conception de formulaires. Le bureau des SSC et le greffe du JLD partagent des jours de formation au sein de chacun des services afin de mieux appréhender le travail de l'autre. La communication est dès lors facilitée.

BONNE PRATIQUE 2

Le juge des libertés et de la détention et le greffe se rendent disponibles et accompagnent le centre hospitalier dans son appréhension des exigences légales tendant au respect des droits des patients.

Le processus de saisine du juge ainsi que la liste des pièces à transmettre ont été élaborés en accord avec le JLD. Les personnes en charge de la protection des majeurs sont avisées par le greffe du JLD mais sont rarement présentes le jour de l'audience.

Les avocats sont très majoritairement désignés au titre de la commission d'office. Ils sont volontaires pour participer à ce contentieux et ont auparavant suivi une formation spécifique.

Les avocats du barreau du Havre et le JLD avaient prévu un déplacement à l'établissement notamment afin de contrôler les chambres d'isolement, visite annulée du fait de l'arrivée le jour même de l'équipe du CGLPL.

Les audiences sont organisées le jeudi après-midi. Les contrôleurs ont assisté à celle du 6 juillet 2023. La salle d'audience²³, située dans le bâtiment administratif, est spacieuse et lumineuse. Les avocats disposent d'une salle d'entretien préservant la confidentialité des échanges. Le magistrat et sa greffière sont en tenue civile. Les patients ne sont jamais présentés en pyjama.

Le magistrat présente les protagonistes, expose le cadre légal de son intervention et le déroulement de l'audience. Des patients indiquent avoir obtenu pour la première fois devant le JLD des explications quant aux motifs de leur hospitalisation, notamment à la lecture des certificats et avis médicaux (cf. § 4.3.2 recommandation n°7). Les décisions sont le plus souvent rendues à l'issue de l'audience, le greffe disposant d'un accès informatique et d'une imprimante. Une copie est remise au patient. Lorsque la décision est mise en délibéré, elle est transmise au bureau des SSC qui l'achemine vers l'unité concernée pour une notification réalisée par un soignant ou le CS. La date de notification est indiquée manuscritement par le patient et une copie lui est proposée. S'il la refuse, le processus n'est pas clairement connu des professionnels et il n'est pas systématique que la décision soit placée dans une enveloppe dans le dossier patient afin d'être remise à la sortie d'hospitalisation.

8.3.2 Les décisions prises à l'issue de l'audience contradictoire

Selon les données statistiques fournies par le CHPJ, en 2022 et pour les six premiers mois de l'année 2023, 548 patients ont été convoqués devant le JLD et 438 étaient présents. Les 110 personnes absentes correspondent aux mesures levées avant le douzième jour, aux personnes dont l'état n'était pas compatible avec leur comparution en audience, aux personnes en fugue et aux personnes ayant refusé de rencontrer le juge. Vingt-quatre décisions ont ordonné la levée de l'hospitalisation en SSC. Les principaux motifs de mainlevée tiennent de l'amélioration de l'état du patient, plus rarement, de la tardiveté des certificats médicaux ou de leur insuffisance de motivation.

8.3.3 Le contrôle des isolements et contentions

Des réunions entre le CHPJ et le JLD ont permis de clarifier le circuit de communication des mesures d'isolement excédant 48h et de celles de contention excédant 24h. Le bureau des SSC vérifie chaque isolement et, ce qui est plus compliqué, opère un contrôle sur une période glissante de 15 jours. Les documents types utilisés ont été élaborés avec le JLD.

Les avocats disposent d'un accès à un réseau organisé avec le JLD leur permettant de consulter les dossiers numérisés. Ils peuvent se connecter depuis leur domicile, notamment lors des permanences de week-end et faire des observations. Il arrive qu'ils demandent à s'entretenir par téléphone avec leur client.

Les saisines pour les mesures d'isolement excédant 72h sont au nombre de 167 pour l'année 2022. Elles ont donné lieu à 135 décisions autorisant la poursuite de l'isolement, sept non-lieux

²³ La convention relative à la tenue des audiences du JLD au sein du GHH date du 22 juillet 2014.

à statuer et vingt-cinq mainlevées à raison notamment de l'absence au dossier d'une décision médicale autorisant la prolongation de l'isolement.

Les mesures de contention excédant 48h n'ont donné lieu à aucune saisine du JLD en 2022 et à une saisine en 2023 alors que le registre des contentions tenu par le CHPJ mentionne une seconde mesure de contention de 2 jours et 43 minutes sans saisine du JLD.

Le JLD reçoit du CHPJ un dossier comprenant notamment un document intitulé « *Décision médicale motivée aux fins d'information du JLD / du Parquet... Mise en isolement* » avec mention cycle 1 ou 2 selon qu'il s'agit de la décision initiale ou d'une décision de prolongation faisant suite à une première décision de maintien du JLD. Ce document n'indique pas si la personne est isolée en chambre d'isolement ou en chambre hôtelière et, le cas, échéant, quelles mesures de protection ont été prises afin de sécuriser la chambre. Le registre du CHPJ indique d'ailleurs que toutes les mesures sont prises en chambre d'isolement ce qui n'est pas réel au regard des témoignages recueillis et des constats réalisés par les contrôleurs. Le document propose différentes cases dites « *décision médicale* » remplies manuscritement avec le nom et la signature du médecin. L'examen de plusieurs de ces documents montre qu'ils sont très majoritairement renseignés par des internes ou des faisant fonction d'interne qu'il s'agisse de la décision initiale de mise en isolement ou de son renouvellement. Aucune mention ne permet au JLD ou à l'avocat de connaître la qualité du rédacteur et signataire, ni de vérifier si celui-ci a demandé une validation à un praticien hospitalier. Aucun élément ne permet non plus de vérifier si le patient a bien fait l'objet d'une évaluation médicale à deux reprises dans les 24 heures.

RECOMMANDATION 37

Afin de permettre au juge des libertés et de la détention d'effectuer le contrôle des mesures d'isolement et de contention, le centre hospitalier Pierre Janet doit lui adresser les deux évaluations médicales effectivement réalisées par un médecin, toutes les 24 heures pour les isolements et 12 heures pour les contentions, et mentionner la qualité du signataire des décisions médicales ainsi que le lieu de mise en isolement, chambre d'isolement ou chambre hôtelière.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, le procureur de la République indique : « *Concernant votre recommandation 37, la juge des libertés et de la détention du Havre et moi-même sommes pleinement mobilisés pour assurer le strict respect des procédures. Des réunions sont déjà programmées pour améliorer la qualité des informations transmises au JLD en matière d'isolement. Nous continuerons ainsi la bonne coopération et le soutien juridique apportés aux équipes de Pierre Janet* ».

9. LES SOINS

9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES MAIS LES ACTIVITES SONT DIVERSEMENT INTEGREES AUX PROJETS DE SOINS

9.1.1 Les pratiques cliniques

A l'échelle du pôle, aucun projet médico-soignant ne détermine les modalités concrètes de réalisation des prises en charges psychiatriques et soignantes des patients. Seul un document intitulé « *mission d'accompagnement à la mise en œuvre du projet médico soignant du pôle psychiatrie et santé mentale* » de 2018, évoque un diagnostic du territoire avec le poids des hospitalisations longues, une pénurie de médecins, un manque de cohésion des équipes, un engorgement de l'UAC et des locaux inégaux en termes de qualité hôtelière. La reconstruction et le déménagement de l'UAC y ont été annoncés et réalisés de même que la création d'une unité protégée à l'unité Caravelle. La procédure de comité de retour d'expérience (CREX) a été renforcée et les équipes mobiles développées. Le projet évoquait également une réflexion à mener sur la transformation de la filière vers une intersectorialité plus forte, pour des places de gérontopsychiatrie et d'autres pour les psychoses émergentes.

Au sein des pavillons, un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission dans les unités et les patients bénéficient dans tous les services d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre. Les consultations s'effectuent théoriquement en présence d'un infirmier, dans la limite de leur disponibilité. En effet les médecins sont présents à plusieurs le matin, ce qui limite la présence des IDE aux entretiens s'ils sont plusieurs à consulter en même temps ; en revanche, il n'y a aucun médecin l'après-midi dans les services alors même que le planning indique parfois plus de soignants l'après-midi que le matin.

RECOMMANDATION 38

L'organisation de la permanence des soins psychiatriques doit permettre la présence a minima d'un médecin en journée dans les services intra hospitaliers.

Des réunions cliniques ont lieu régulièrement dans les unités ; elles associent l'ensemble des acteurs des projets de soins : psychiatres, assistantes sociales, aides-soignants, infirmiers, psychologues (lorsque les postes sont tous pourvus).

L'accès à la sismothérapie souffre d'un délai d'attente de trois mois ; les médecins du pôle ont indiqué débiter prochainement un accès à la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS).

Le pharmacien ne participe pas aux réunions cliniques mais les médecins généralistes y sont présents dans la majorité des services. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient par ailleurs d'un temps dédié suffisant. Les projets de soins individualisés sont ainsi discutés lors de réunions pluridisciplinaires mais ne sont pas formalisés dans le dossier des patients ni contractualisés avec eux. Les soignants nomment « contrat de soin », non pas un engagement contractualisé et expliqué au patient sur la prise en charge médico-soignante dont il va faire l'objet, mais une liste de restrictions de liberté décidées par le médecin.

Des réunions de synthèse permettant la préparation à la sortie, en présence de soignants des services extra hospitaliers se tiennent, dans plusieurs services, une fois par mois. Les familles et

proches de la personne hospitalisée sont associés aux soins. Des présentations cliniques sont également organisées tous les quinze jours conjointement pour les services Boréal et Délos. Les réunions soignants-soignés ne se tiennent plus depuis parfois plus d'un an.

RECOMMANDATION 39

Les patients doivent bénéficier dans toutes les unités de réunions soignant-soigné qui favorisent l'expression collective concernant chaque modalité de la vie hospitalière.

A l'échelle du pôle, des bureaux de pôle permettent, tous les quinze jours, d'évoquer les difficultés de prise en charge ou d'échanger autour de certaines pratiques. Un collège médical se réunit lui aussi tous les quinze jours pour évoquer des cas cliniques. La lecture des compte rendus montre cependant que peu de médecins participent à ces réunions. Par ailleurs, les cadres de santé du pôle tiennent une réunion tous les mardis.

La permanence des soins est assurée par un interne de garde sur place au CHPJ et un senior d'astreinte.

9.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont très diversement inscrites dans les projets de soins entre les deux secteurs Est et Ouest. Quotidiennes et variées à l'Ouest, elles sont insuffisantes à l'Est. Il semblerait que le plateau technique de thérapie du centre d'activités et d'animation (CAA), la cafétéria et l'hôpital de jour « Le repère », qui représentent un atout indéniable, ne sont pas suffisamment utilisés par les patients de l'intra hospitalier.

En dehors de la salle de télévision, peu d'activités sont proposées pour les patients quel que soit leur statut (soins libres ou sans consentement) dans les unités Alizé et Caravelle ; seuls quelques jeux de société sont parfois disponibles. Les patients sont invités à se rendre à l'espace rassemblant le CAA, la cafétéria et l'hôpital de jour Repères. Les unités Boréal et Délos adressent moins les patients vers l'espace intersectoriel, indiquant des refus par manque de places et proposent davantage d'activités thérapeutiques au sein même du service : peinture, esthétique, marche, pâtisserie, découverte à l'extérieur, médiation animale à la société protectrice des animaux.

De plus, peu d'unités bénéficient de la présence d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'éducateurs ou de soignants spécifiquement affectés aux activités. Certains services n'ont qu'une salle destinée aux activités, d'autres pièces se trouvant au sous-sol mais ne semblant que rarement utilisées et investies.

L'effectivité de l'accès aux activités est ainsi sensiblement différente d'un service à l'autre et les possibilités d'animation par les professionnels sont difficiles en raison du personnel en nombre aléatoire ; les patients sont souvent insuffisamment incités voire accompagnés à s'y rendre. Le programme des activités n'est pas affiché dans les unités, ce qui limite les demandes d'y participer. Ces médiations sont insuffisamment intégrées dans les projets de soins individuels.

Dans de nombreux services, les patients se plaignent ainsi d'ennui alors même qu'un plateau technique permet l'exercice de multiples activités (CAA et cafétéria évoqués *supra*).

*Salle des fêtes du CAA**Bibliothèque et salle d'activités
du CAA**Salle de création artistique du
CAA*

En effet, l'espace rassemblant le self, une cafétéria, différentes salles d'activités thérapeutiques du CAA, un terrain de sport et un hôpital de jour, propose de nombreuses activités thérapeutiques, tant aux patients de l'intra qu'à ceux de l'extra hospitalier.

Le CAA propose de multiples activités mais aucune publicité n'est faite dans les pavillons : art et texture, couture et tricot, danse, esthétique, sport (gym musculation, pétanque, foot, ping-pong, marche, basket), web radio, musicothérapie, bois, créa-déco, informatique, cerf-volant, collage, chant, ciné-club. En 2022, 80 patients fréquentant le CAA (sur 227 au total) étaient admis en hospitalisation complète.

Le CAA dispose pour l'animation de ces activités de 9,5 ETP et la cafétéria de quatre AS et quatre IDE. La cafétéria est ouverte de 14h30 à 17h00 et permet, outre de recevoir gratuitement une boisson, d'y jouer aux échecs ou aux cartes et de participer à des activités ludiques régulièrement organisées. A l'hôpital de jour Repère, 17 patients hospitalisés à temps complet sont venus en 2022. Les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients.

RECOMMANDATION 40

Les activités thérapeutiques doivent être rapidement intégrées dans les projets de soins et proposées aux patients.

*Atelier bois**Création papier maché**Musico thérapie*

Aucun programme d'éducation thérapeutique n'est proposé aux patients.

9.1.3 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du GHH. Neuf pharmaciens et vingt-sept préparateurs en pharmacie gèrent l'ensemble de l'établissement, aidés au moment du contrôle par deux internes. Une astreinte de

pharmacie est tenue la nuit pour tout le CH du Havre, appuyant un automate d'urgence sur le site du CH Pierre Monod et une armoire automatisée de médicament au CHPJ.

Les traitements sont livrés dans les services par une dispensation globale et un réassort automatique grâce au logiciel de prescription. Les piluliers sont confectionnés par les infirmiers du service avant chaque prise. L'armoire à médicaments ne ferme plus dans deux services.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions. Toutes les interventions sont prises en compte et suivies par les prescripteurs.

Les pharmaciens participent à certains collèges médicaux sur demande des psychiatres mais pas aux réunions cliniques ni au développement de l'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie.

La conciliation médicamenteuse est mise en place pour les patients aux urgences, en cardiologie, en dermatologie et en médecine interne mais pas en psychiatrie. Deux préparatrices y sont déjà formées.

Des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se tiennent régulièrement (trois fois par an) avec la présence de médecins de chaque pôle. Des comptes rendus sont établis et diffusés.

9.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES MAIS PAS CEUX D'ADDICTOLOGIE

9.2.1 L'accès aux soins somatiques

Les soins somatiques sont dispensés, au sein des unités d'hospitalisation complète, par quatre médecins généralistes (3,6 ETP) secondés par deux IDE. Les professionnels ne sont pas réunis sur un plateau technique. Outre le médecin chef, praticien hospitalier, les trois autres médecins ont un statut de médecin associé, dont un est stagiaire post épreuves classantes nationales (ECN).

Les modalités de l'accès aux soins somatiques sont précisées dans une procédure « *prise en charge somatique des patients admis en hospitalisation complète sur le pôle 9* ».

Les médecins se répartissent les pavillons dans lesquels ils viennent examiner les patients deux demi-journées par semaine. Ils assistent, sauf à Equinoxe, à au moins une réunion clinique par semaine et sont disponibles pour avis les autres jours jusqu'à 18h00. Le relais est pris ensuite par l'interne de garde et le centre 15. Un médecin passe chaque jour le matin à l'UAC du lundi au vendredi.

Dans les services, les médecins examinent toutes les admissions ainsi que les patients signalés par les soignants et psychiatres. Le généraliste vient examiner également les patients admis en chambre d'isolement une fois par semaine et davantage sur demande du psychiatre ; il gère alors la prescription éventuelle de traitement anticoagulant.

Le somaticien s'assure de l'existence ou non d'une contraception et le cas échéant, propose sa mise en place via un rendez-vous auprès d'un gynécologue. Le médecin chef de service participe également aux consultations données dans le cadre du programme Handiconsult.

Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés, dispensés au sein du GHH sur le site du CH Pierre Monod. Lors des hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), un infirmier (voire deux) de psychiatrie doit rester présent avec le patient hospitalisé, y compris la nuit, souvent sans individualisation de la mesure.

Tous les patients hospitalisés au long cours sont répertoriés par le service somatique et bénéficient d'une consultation de prévention au-delà de six mois de présence, avec vérification

de l'état des vaccinations, des différentes préventions du cancer et du suivi des maladies chroniques.

Les médecins généralistes n'animent pas de réunion d'éducation à la santé ni d'éducation thérapeutique du patient ; cette action est dite envisagée après l'embauche d'un cinquième praticien programmée fin 2023, le médecin chef et une IDE étant déjà formés.

RECOMMANDATION 41

Des réunions d'éducation à la santé et des programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être mis en place.

Les médecins généralistes assurent une seconde lecture des ECG, le cardiologue pouvant intervenir en expertise le cas échéant.

La lettre de liaison standardisée ne comporte pas une partie somatique spécifique, la synthèse des soins étant rédigée par le psychiatre ; de nombreuses sorties d'hospitalisation se font néanmoins sans aucune lettre de liaison adressée aux médecins référents.

9.2.2 L'accès aux soins d'addictologie

L'établissement dispose d'un service d'addictologie qui comprend une équipe de liaison en addictologie mais qui ne se déplace pas dans les pavillons ; l'accès aux soins d'addictologie est de fait inexistant dans la mesure où il est exigé par ailleurs que le patient fasse lui-même une demande.

RECOMMANDATION 42

L'accès aux soins d'addictologie doit être organisé et accompagné pour les patients de psychiatrie.

9.3 LE CONSENTEMENT DU PATIENT AUX SOINS N'EST PAS SUFFISAMMENT RECHERCHE

Le contenu des certificats médicaux n'est pas explicité par tous les médecins, qui ne recueillent que rarement les observations des patients en les mentionnant sur les certificats. Les patients apprennent ainsi souvent les mots du médecin par le JLD.

Lors de l'admission, la désignation de la personne de confiance n'est proposée que dans quelques services, dans lesquels celle-ci n'est de toute façon pas contactée pour signer son acceptation. Cette personne de confiance n'est pas associée en tant que telle à la compréhension des soins proposés et à la recherche du consentement aux soins, même si les tutelles et familles sont quant à elles régulièrement sollicitées.

L'établissement n'a pas encore mis en place les directives anticipées en psychiatrie en cas de crise (ou plan de prévention des crises). Ces directives sont d'autant plus importantes à recueillir que l'information des tiers lors des phases d'isolement est conditionnée à la volonté du patient, qui doit être recueillie avant la phase de crise et reformulée lors de celles-ci.

Enfin, l'établissement ne dispose pas encore de médiateurs pairs.

RECOMMANDATION 43

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie (ou plan de prévention des crises) et sur la mobilisation des personnes de confiance. Le contenu des certificats médicaux doit leur être expliqué et leurs observations recueillies.

Concernant le consentement aux traitements, de très nombreux patients bénéficiaient, au moment du contrôle, de prescriptions actives de « *traitements injectables en si besoin* », principalement motivées par l'indication « *si agitation ou/et refus de traitement per os* ». Ces patients se trouvaient dans toutes les unités.

Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ».

Au sein des services, la distribution des médicaments s'effectue de manière groupée devant la salle de soins ou à table, avec une absence de confidentialité et en ne permettant pas le développement d'une éducation thérapeutique du patient.

RECOMMANDATION 44

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée. La distribution des médicaments doit respecter la confidentialité et permettre le développement d'une éducation thérapeutique du patient.

9.4 LA PREPARATION A LA SORTIE EST DIVERSEMENT INVESTIE PAR LES SERVICES

La préparation à la sortie est travaillée en équipe pluridisciplinaire en lien avec l'extra hospitalier. Elle apparaît cependant différemment investie dans certains services où de nombreux patients sont en attente d'une solution sociale ou médico-sociale et restent hospitalisés par défaut.

9.4.1 Les sorties de courte durée

Concernant les patients en SSC à la demande d'un tiers, des sorties accompagnées de moins de 12h et non accompagnées jusqu'à 48h sont fréquemment demandées pour maintenir les liens familiaux et faire des démarches extérieures à caractère médico-social ; elles sont toujours accordées par le directeur. Les tiers (famille, tiers demandeur de l'hospitalisation, tuteur éventuel) ne sont pas systématiquement avisés des sorties.

Les sorties accompagnées sont toutefois dépendantes de la disponibilité des soignants et certaines peuvent être annulées au dernier moment.

Concernant la demande d'autorisation de sortie des patients hospitalisés en SDRE, elle doit être transmise à l'ARS dans un délai supérieur à 48h. Comme pour la demande de levée d'hospitalisation, le deuxième avis n'est pas systématiquement sollicité par la préfecture qui ne s'oppose pas non plus en général au contenu des programmes de soins.

9.4.2 Les programmes de soins et le collège des professionnels de santé

Ces programmes de soins (PDS) ne sont pas toujours menés en ambulatoire et ne correspondent pas à une réelle sortie d'hospitalisation. Par exemple, deux patients hospitalisés dans une unité en secteur fermé sont en PDS alors même qu'ils sont en hospitalisation complète depuis plusieurs années, avec liberté d'aller et venir en journée. Un des patients est ainsi en programme de soins depuis un arrêté préfectoral du 23 janvier 2017 transformant l'hospitalisation complète en « séjour à temps partiel au pavillon XX, avec permissions quotidiennes à l'extérieur de 9h30 à 18h00 en semaine ainsi que les WE en famille ».

RECOMMANDATION 45

Les programmes de soins doivent correspondre à une véritable sortie de l'hospitalisation complète.

Le collège des professionnels de santé est réuni par le bureau des soins sans consentement grâce à une fiche de suivi intitulé « évaluation par un collège de trois membres à l'issue d'une durée de soins excédant une période continue d'un an ». Cette fiche rappelle la réglementation et comprend la motivation du collège, l'avis du patient et la date du recueil de cet avis et la signature des trois membres.

Le bureau des soins sans consentement veille au respect des dates butoirs et à la convocation de ses membres. Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre psychiatre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation ou du service assurant le suivi ambulatoire, ce collège est très peu connu des soignants.

9.4.3 Les situations d'inadéquation avec les capacités de prise en charge

Le projet territorial de santé mentale aborde la question des patients hospitalisés de manière inadéquate ou au long cours et précise le besoin de structures d'aval en maisons d'accueil spécialisé (MAS), foyers d'accueil médicalisé (FAM), foyers.

Au moment du contrôle, 50 patients sont hospitalisés depuis plus de 292 jours, certains étant présents depuis plus de 15 ans²⁴. Sur ces 50 patients, 12 sont en attente d'une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – souvent refusée par le patient lui-même ou sa famille – 7 d'une place en MAS, 6 en appartement thérapeutique, 9 en foyer ou logement social, 2 en accueil familial et thérapeutique adultes (AFTA), 1 en unité pour malade difficile (UMD) ; 36 patients étaient ainsi en attente d'une place à l'extérieur de l'hôpital, en structures principalement sociales et médico-sociales.

Il n'existe aucune réunion territoriale rassemblant les structures sanitaires et médico-sociales, les mandataires sociaux institutionnels et les tutelles sanitaires pour solutionner les situations d'inadéquation de l'hospitalisation avec les besoins de ces patients. Quelques patients sont en telle inadéquation avec la structure qu'ils souffrent d'un enfermement fréquent bien qu'en soins libres, sans qu'un temps d'éducateur spécifiquement affecté par la tutelle hospitalière ne leur permette de sortir au moins en journée.

²⁴ 12 patients sont recensés à Délos et à Boréal, 5 à Alizé et 21 à Caravelle.

RECOMMANDATION 46

Des réunions de régulation entre tous les partenaires impliqués doivent permettre aux patients hospitalisés par défaut, de bénéficier d'une prise en charge dans une structure adaptée.

Pour autant, l'établissement a mis en place, en intersectoriel, une équipe mobile de réinsertion et réhabilitation par le logement et un service ambulatoire de réhabilitation psychosociale. Des chambres individuelles en logement collectif sont ainsi proposées avec des soins psychiatriques ambulatoires quotidiens, pour des patients nécessitant une phase transitoire de réhabilitation, en moyenne de deux ans.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LES PATIENTS MINEURS SONT PRIS EN CHARGE DANS UNE UNITE ADAPTEE MAIS SUBISSENT DE NOMBREUX ISOLEMENTS

10.1.1 Présentation générale de l'unité

L'unité Equinoxe (UE) reçoit des jeunes de 12 à 17 ans révolus et comprend huit chambres individuelles et une chambre d'isolement.

Le projet médical rédigé en 2006 demeure d'actualité. L'unité est conçue comme un lieu d'observation, un lieu de reconstruction et de respiration pour faire un bilan et retisser des liens, et un lieu de soins. L'hospitalisation ne doit pas dépasser trois mois et au-delà du projet de soins, le projet social est défini avec les représentants légaux, l'ASS, les éducateurs et le professeur de l'Education nationale.

En 2022, pour 155 entrées concernant 110 enfants, la durée moyenne de séjour est de 17 jours. Les entrées sont programmées à 42 % et s'effectuent à 41 % en urgence avec un passage à l'UAC. Les autres entrées correspondent à un transfert depuis le service de pédiatrie du CH Monod. Les indications les plus fréquentes sont les épisodes dépressifs puis les syndromes et signes relatifs à l'humeur, les troubles des conduites, les troubles du fonctionnement social et de l'entourage ou les réactions à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation.

L'unité subit la pression de situations aggravées depuis la crise sanitaire de Covid-19 et des épisodes de suroccupation ont été signalés, conduisant l'unité à accueillir jusqu'à dix jeunes²⁵. La recommandation faite pour majeurs de respecter la capacité d'accueil s'applique à l'UE (cf. § 4.2). Au premier jour du contrôle, sept enfants sont accueillis, ils sont cinq le dernier jour.

10.1.2 Les locaux collectifs

Le bâtiment livré en 2007 est en très bon état, propre et décoré. L'UE est accessible en passant par le parc du CHPJ ou directement depuis la rue de Tourneville.

L'unité est fermée bien qu'accueillant essentiellement des patients considérés en soins libres.

Le rez-de-chaussée comprend un espace d'accueil avec secrétariat ainsi que des bureaux servant notamment aux consultations, un salon de visite et une salle de réunion utilisée également pour la visite des familles et comme bibliothèque. La salle de restauration²⁶ donne sur une terrasse. Accessibles depuis la terrasse, des petits jardins servent en activité thérapeutique avec accompagnant. Une zone dite CATTTP²⁷ comprend des salles d'activités dont une salle de sport, une cuisine, la salle de classe et le bureau des éducateurs.

²⁵ Le rapport d'activités pour l'année 2022 indique que l'unité a accueilli 26 fois un jeune en 9^{ème} lit. Une fiche d'événement indésirable note la présence de 10 patients le 31 octobre (un utilise la CI, un autre est en sortie autorisée). Les fiches événements indésirables pour l'année 2023 mentionnent 9 patients les 9, 10 et 18 mars, le 16 avril, les 6, 7, 27, 28 et 29 mai ; 10 patients le 8 mai : un en CI, un est en fugue.

²⁶ Le déjeuner est servi à 12h30, le dîner à 19h30 et le petit-déjeuner se prend à l'étage à proximité des chambres.

²⁷ L'UE comprend une activité CMP-CATTTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) réservant quatre places à des jeunes suivis en post-hospitalisation.



Salle de réunion, famille et bibliothèque



Salon de visite



Salle de restauration



Salle de sport



Salle d'activité cuisine



Terrasse



Jardin, activité thérapeutique

A l'étage, une fois passée une porte fermée à clé, un couloir donne accès au poste infirmier, au bureau du médecin somaticien équipé d'une table d'examen, aux chambres et espaces collectifs librement accessibles.

Près du poste de soins, une pièce comprend des poufs et un piano électrique. Elle peut servir d'espace d'apaisement (un placard comprend du matériel pour tamiser la lumière et une couverture lestée peut être proposée). Elle est habituellement utilisée par les jeunes dans l'attente d'une consultation ou de la mise en place d'activités.

Une vaste pièce dite « patio » sert lors du petit-déjeuner et pour des activités. Elle comprend des jeux, une table de ping-pong et un baby-foot. Dans son prolongement se trouve un salon utilisé pour regarder la télévision.



*Salle pouvant servir de lieu
d'apaisement*

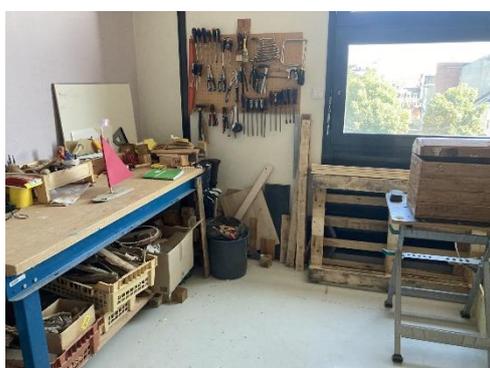


*Salle commune dite
« patio »*

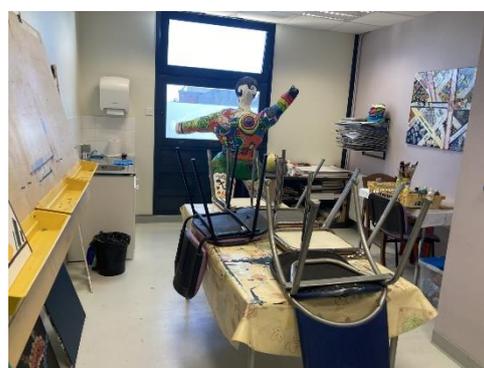


Salon télévision

Un espace uniquement accessible avec accompagnant donne sur quatre salles d'activités (danse, atelier créatif, atelier terre et menuiserie).



Atelier menuiserie



Atelier créativité

10.1.3 Les chambres

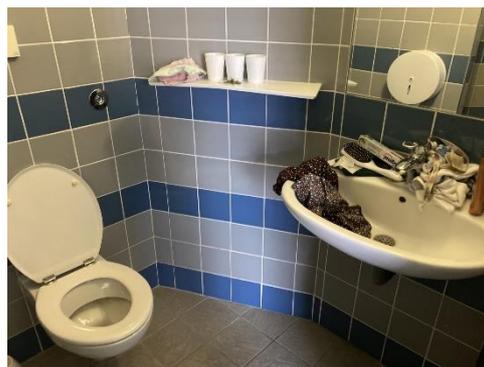
Les huit chambres individuelles sont vastes, lumineuses et bien équipées. Elles disposent d'un bouton d'appel en état de marche²⁸. Une fois la porte de la chambre claquée, personne ne peut entrer dans la pièce sinon un soignant avec un passe. Cette possibilité de préserver une intimité est toutefois limitée par la présence sur la porte d'un hublot recouvert d'un bout de moquette rendant la personne aisément visible depuis le couloir. Ces ouvertures, comme pour les majeurs, doivent être supprimées (cf. § 5.1).

Chaque chambre dispose d'un placard et d'un espace sanitaire avec lavabo, WC et douche. Les jeunes peuvent emmener leur propre linge de toilette, oreiller ou taie d'oreiller. Pour les plus démunis, un vestiaire de secours est à disposition.

²⁸ Il actionne un voyant lumineux dans le couloir et un voyant sonore avec indication du numéro de chambre dans la salle de soins.



Chambre



Espace sanitaire

10.1.4 Les professionnels

Le médecin chef de service se rend dans l'unité une demi-journée chaque semaine. Deux pédopsychiatres (0,9 ETP) sont présentes en semaine en matinée et après 18h00 si nécessaire. Elles consultent l'après-midi à la maison des adolescents, à l'unité de thérapie familiale ou encore au CMP Odysée. Un médecin se déplace le samedi matin. Des internes interviennent pour un ETP de 1,4. Tout entrant est vu par un somaticien qui consulte le mardi et le vendredi matin. Deux psychologues (0,8 ETP), une CS, un professeur de l'Education nationale, une ASS, une secrétaire à mi-temps, neuf IDE (8,6 ETP), quatre AS, deux éducateurs spécialisés et trois ASH complètent l'effectif de journée. L'équipe de nuit comprend deux IDE et deux AS. L'effectif de sécurité de jour comme de nuit est composé d'un IDE et un AS.

Les formations continues ont trait à la crise clastique chez l'adolescent, la crise suicidaire, les troubles de l'attachement, le soutien à la parentalité ou la réhabilitation psychosociale.

Une analyse des pratiques professionnelles est animée chaque semaine par un professionnel extérieur à la structure.

10.1.5 L'admission

Les enfants sont presque exclusivement hospitalisés à la demande des représentants légaux. Trois ont été hospitalisés en SDRE en 2022 (dont deux en transfert de quelques jours seulement) et un pour le premier semestre 2023.

L'UE prête une attention particulière à la place des représentants légaux qui, si l'autorité parentale est conjointe, signent chacun un formulaire de demande d'hospitalisation. Un document spécifique leur est remis présentant les locaux, le fonctionnement du service et la composition de l'équipe. Les sorties au domicile familial sont fréquentes les fins de semaine.

Les mineurs sont également consultés et peuvent donner leur avis. La phase d'admission comprend une visite de la structure avec les représentants légaux, la remise du règlement intérieur (RI) qui détaille les objectifs de l'hospitalisation, les étapes de l'hospitalisation dans le projet de soins individualisé et présente une journée type de semaine, du lever à 8h00 à la veillée puis l'accompagnement au coucher à 22h30. La sortie y est aussi décrite, comme une étape du parcours de soins.

10.1.6 Les restrictions de liberté

Les mineurs conservent leurs effets personnels. Toutefois, le RI précise que « *tous les outils (téléphone portable, tablette, ordinateur, appareil photo...)* donnant accès à Internet ou

permettant la prise de photos et vidéos sont interdits ». Il est arrivé qu'un adolescent dispose de son ordinateur. Les appareils de musique de type MP3 sont autorisés et un radio-réveil est proposé par le service pour être conservé en chambre. Les professionnels indiquent que décider une coupure avec les réseaux sociaux permet à l'adolescent de se concentrer sur lui-même et participe à l'élaboration et la résolution des difficultés qu'il rencontre. Il demeure qu'une restriction de liberté ne peut pas être systématiquement appliquée.

RECOMMANDATION 47

La privation du téléphone portable doit résulter d'une décision individualisée répondant à une nécessité thérapeutique précisée pour chaque patient mineur.

L'interdiction de fumer dans les locaux est respectée et associée à la délivrance de substituts avec proposition de mise en œuvre d'une éducation à la santé.

Le RI indique que « *tout flirt et/ou toute relation physique ne peuvent être acceptés pendant l'hospitalisation* ». La question de la sexualité n'est toutefois pas éludée. Elle peut être discutée avec le somaticien, de même que la contraception. Des flyers sur la première relation sexuelle et l'éveil à la sexualité peuvent être remis. Un atelier abordant la sexualité des adolescents est animé par deux professionnels de l'unité.

Si aucun espace extérieur n'est accessible librement (cf. § 6.1.1), des sorties sont régulièrement organisées, en journée pour des activités ou les fins de semaine afin de renouer les liens familiaux et sociaux.

10.1.7 Les soins

Les enfants ainsi que leurs parents sont régulièrement rencontrés par le médecin afin d'élaborer un contrat de soin, déterminer un traitement voire signer un protocole de soins, évaluer l'évolution de l'enfant et mettre en place un projet de sortie. Si besoin, l'avis et l'appui d'autres services spécialisés est demandé²⁹. Pour les enfants placés, le lien est fait avec l'aide sociale à l'enfance et l'éducateur référent rend visite au mineur. La psychologue reçoit les jeunes individuellement et anime des ateliers thérapeutiques.

Chaque matin du lundi au vendredi, un staff réunit tous les membres de l'équipe. Les contrôleurs ont pu y assister. Chaque situation fait l'objet d'une attention et d'un partage d'information permettant d'appréhender le jeune dans son parcours et son environnement de vie. Chaque professionnel peut prendre la parole et l'accompagnement du jeune est collectivement décidé.

Les activités sont proposées en fonction des besoins de chaque enfant et de la dynamique du groupe. L'UE dispose d'un large éventail de possibilités. Au sein de l'unité, les différentes salles d'activité et le petit jardin permettent un accompagnement individuel ou en petit groupe. Différents ateliers thérapeutiques favorisent le bien-être, la mise en confiance, l'appréhension du corps et le développement d'habilités psycho-sociales. Les jeunes peuvent également être accompagnés vers l'extérieur : médiation animale, sortie en forêt, activité sportive le mercredi

²⁹ Bilan génétique, sismothérapie, balnéothérapie, etc.

en salle de sport au Havre, etc. Un véhicule de neuf places est à disposition. L'association *Eclipse*³⁰ finance des activités et l'achat de matériel dont des jeux.

Les mineurs sont associés au fonctionnement de l'unité et une réunion soignant-soigné est organisée chaque mardi de 11h00 à midi.

La structuration du temps dans une journée type résultant du document remis aux mineurs dès leur arrivée permet de poser un cadre contenant et sécurisant, favorise une écoute bienveillante et autorise les enfants à décharger leurs émotions.

10.1.8 Le droit à l'instruction

L'enseignante a accueilli 89 jeunes en classe au long de l'année scolaire 2022-2023, en individuel ou groupe de quatre personnes maximum. Elle élabore pour chacun une fiche de suivi reprenant des informations sur la scolarité, le rapport aux autres, les besoins et actions mises en place. Elle est partie prenante de l'équipe et participe au staff du matin. Elle utilise les 72 heures supplémentaires effectives allouées chaque année par le rectorat pour proposer l'intervention d'enseignants extérieurs³¹. Etant centre d'examen, l'UE a organisé cinq épreuves du baccalauréat 2022-2023³². A noter qu'avant leur hospitalisation, les jeunes sont à 38 % en collège, 38 % en lycée, 1 % dans l'enseignement supérieur, 6 % en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), 6 % en institut médico-éducatif (IME) et 11 % sont déscolarisés. Lorsqu'un enfant est rescolarisé, l'accompagnement par un soignant sur le trajet jusqu'à l'établissement peut être organisé, au moins les premiers jours.

En salle de classe, deux ordinateurs (fixe et portable) et des tablettes avec accès Internet permettent de suivre la scolarité en lien avec le logiciel de l'Education nationale Pronote.



Salle de classe

L'enseignante a noué différents partenariats : échanges intergénérationnels avec l'EHPAD³³ *Les Colibris* au Havre, ateliers de créations sonores avec concert de restitution, participation au projet départemental des arts visuels avec exposition à l'hôtel de ville du Havre et visite,

³⁰ L'association reçoit une subvention de 4500 euros de la part du CHH, propose une vente de chocolat qui lui rapporte 300 euros et perçoit 1580 euros d'un financement participatif via le site internet Ulule.

³¹ Pour l'année scolaire 2022-2023 : 37h d'anglais, 17h de sciences de la vie et de la terre, 8h d'éducation aux médias et à l'information, 6h d'éducation physique et 4h d'économie.

³² Deux épreuves de spécialité, une épreuve de philosophe, une épreuve de français écrit et un oral de français.

³³ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

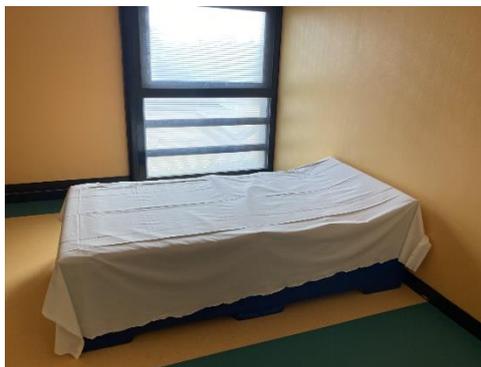
sensibilisation au développement durable avec atelier jardinage et plantation de légumes, participation à la réhabilitation d'une mare, rallyes cuisine animés par un chef cuisinier.

10.1.9 La gestion des incidents

Les incidents sont déclarés au titre des événements indésirables et quatre sont répertoriés en 2022³⁴. Chaque passage à l'acte violent fait l'objet d'un débriefing immédiat puis d'un autre lors du staff suivant. Lorsqu'une dégradation est commise, une action de réparation est proposée.

10.1.10 L'isolement et la contention

La chambre d'isolement ressemble à celle des majeurs à ceci près que le bouton d'appel est en état de fonctionnement. A défaut de lavabo dans l'espace sanitaire comprenant une douche et un WC, une bouteille d'eau est laissée à disposition.



CI Equinoxe

Le bilan du CHPJ concernant l'isolement et la contention pour l'année 2022 indique que 80 mineurs en SL et 3 en SDRE ont subi des mesures d'isolement, plaçant l'UE en seconde position après l'UAC quant au nombre total de mesures d'isolement décidées par unité. Ces données ne font l'objet ni d'une analyse ni d'une recommandation du CHPJ.

Du premier janvier au 3 juillet 2023, 29 mesures d'isolement ont concerné 14 mineurs de l'UE, essentiellement en SL et majoritairement âgés entre 12 et 14 ans, pour 64 mineurs entrés dans l'unité, soit 19,4 % de mineurs ayant eu au moins une mesure d'isolement pendant leur séjour. La durée moyenne est de 39h ce qui est très élevé sachant que le CGLPL recommande l'abstention de tout isolement et contention chez les mineurs. Lorsque l'isolement dure, comme ce fut le cas pour un mineur en SDRE en 2022, la visite des représentants légaux peut être autorisée en CI. Les représentants légaux sont avisés lors de la mise en isolement et une trace est laissée au dossier comprenant leurs observations ainsi que celles du mineur.

Du 1^{er} janvier au 3 juillet 2023, deux mineurs relevant du CHPJ ont été attachés³⁵.

L'UE a travaillé la question de l'isolement et a rédigé en juin 2022 un « *protocole d'installation en chambre de soins intensifs* ». Si l'intitulé du protocole crée une confusion en laissant penser que l'isolement peut constituer un soin, le document rappelle toutefois qu'il s'agit de la décision d'un psychiatre, prise en dernier recours pour faire face à une violence immédiate d'un patient avec

³⁴ Découverte de stupéfiants le 19 janvier ; agression sexuelle le 31 mars ; dégradation le 21 août ; violence sur agent le 2 octobre.

³⁵ Un au sein de l'UAC en février 2023 sur une durée d'un jour, deux heures et trois minutes ; un autre en mai 2023 sur une durée de neuf heures le temps de son transport au CHH afin de pratiquer des examens.

un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui et alors que les mesures alternatives ont été inefficaces. Le document ne précise toutefois pas que seul un mineur en SDRE peut être légalement isolé.

La mise en œuvre de la désescalade a été protocolisée dans le document « *gestion de l'agressivité et prévention de l'escalade de la violence des adolescents au sein du service* » d'octobre 2022. Cependant, l'UE ne compte aucune chambre d'apaisement clairement identifiée puisque la salle susceptible d'être transformée en espace d'apaisement est utilisée collectivement par les jeunes comme une salle de repos et de discussion (cf. § 10.2.2). Il n'est pourtant pas rare, selon les témoignages recueillis, que des enfants expriment le besoin de se retrancher dans un espace contenant.

Lorsqu'un isolement est pratiqué, la mise en pyjama institutionnel est généralement décidée bien que le mineur puisse parfois conserver un T-shirt. Sauf contre-indication clinique, les enfants gardent leur « doudou » ainsi qu'un appareil permettant une écoute musicale.

Les repas sont pris dans le sas de la chambre en compagnie de soignants ou à l'étage lorsque des sorties séquentielles sont organisées.

La mise en isolement ou son renouvellement ne sont pas toujours décidés par un médecin mais parfois par un interne sans qu'une validation ne soit systématiquement demandée au praticien hospitalier.

RECOMMANDATION 48

L'isolement et la contention d'un enfant ou d'un adolescent sont dépourvus de fondement législatif sauf si celui-ci est placé sous le régime des soins sur décision du représentant de l'Etat. Même en ce cas, ils doivent être évités par tout moyen. Comme le prévoit la réglementation, un espace d'apaisement clairement identifié doit être organisé et mis en œuvre.

10.2 LES DETENUS SONT PLACES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT LE TEMPS DE LEUR TRANSFERT VERS UN ETABLISSEMENT ADAPTE

Le GHH assure la prise en charge somatique et psychiatrique des détenus du centre pénitentiaire (CP) du Havre. Une convention a été signée le 20 juin 2019 entre le CP, le CH du Rouvray et le GHH.

Cette convention mentionne qu'un patient détenu devant être hospitalisé en urgence l'est prioritairement à l'unité Badinter du CH du Rouvray ; s'il n'y a pas de place, le médecin du CP soit garde le patient au maximum 24h en cellule de protection (CproU), soit l'adresse aux urgences psychiatriques du GHH. Il est toutefois mentionné que l'hospitalisation « *ne peut avoir lieu qu'en chambre d'isolement de l'UAC. Si celle-ci est occupée par un patient, celui-ci sera transféré dans une autre chambre d'isolement des pavillons d'hospitalisation* ». « *Si la CI de l'UAC est impraticable (ex. travaux), l'admission du patient détenu se fera dans la CI d'un autre service directement à partir du CP* ». Cette pratique ne respecte pas la législation en vigueur sur l'enfermement en CI qui ne peut être décidée par un psychiatre que sur des considérations cliniques et rester de derniers recours. Il conviendra donc de reprendre les termes de cette convention afin qu'ils soient respectueux des droits fondamentaux des personnes. D'autant que le déplacement d'un patient en CI dans la CI d'un autre pavillon porte atteinte à la qualité et la continuité des soins prodigués.

La convention indique enfin que le patient doit, dès que possible, être redirigé vers l'unité Badinter du CH du Rouvray ou l'UHSA de Lille.

En l'absence de médecin à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) du CP du Havre (nuit et week-end), un avis psychiatrique peut être demandé à l'interne de garde et aux médecins d'astreinte du GHH, en amenant le détenu en consultation à l'UAC. Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, il peut être admis dans les conditions de la convention.

Alors qu'une cinquantaine de détenus transitaient auparavant par les urgences, le nombre de détenus admis au Havre est désormais plus faible, 11 en 2022 (18 en 2021), avec une durée de séjours qui serait désormais plus courte. 14 détenus ont été admis depuis janvier 2023 sur les six premiers mois de l'année. Ces détenus sont toujours systématiquement placés en CI quelle que soit la clinique et ne disposent d'aucun de leurs droits respectés en CP.

RECOMMANDATION 49

Les détenus hospitalisés en soins sans consentement au GH du Havre doivent conserver les droits dont ils disposent en détention et n'être en chambre d'isolement que sur des considérations cliniques, motivées et individualisées.

11. ANNEXES

Paragraphes	Recommandations	Remarques de l'établissement	Pièces documentaires	Fournies lors de la visite
		Documents d'ordre général que l'établissement souhaite porter à la connaissance des contrôleurs :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diaporama des réunions suite à la visite 2. Plan d'actions qualité 3. A) Lettre de démission de la chefferie de service du Dr Devarrieux 3. B) Note d'information nommant son successeur 	
3.1.1		Pour être totalement exhaustifs sur l'offre en lits du pôle de psychiatrie du Groupe Hospitalier du Havre, aux 177 lits de l'hôpital Pierre Janet, objet de la visite, il faut ajouter 35 lits pour patients anxio-dépressifs (service Guy de Maupassant) et 20 lits d'addictologie.		
3.1.2		Il convient de parler de « hôpital Pierre Janet » et non de « groupe hospitalier Pierre Janet » puisque cet hôpital fait partie du Groupe Hospitalier du Havre		

		Il n'y a pas 1 service d'urgences psychiatriques et 1 unité d'accueil et de crise mais une seule Unité d'Accueil et de Crise dans laquelle se trouvent 1 CMP pour des consultations d'urgence et 1 unité d'hospitalisation dotée de 6 chambres individuelles et 1 chambre d'isolement.		
3.1.3		Le secteur 76G10 fait partie des 6 secteurs adultes du pôle. La formulation pourrait laisser penser qu'il y en 6+1.		
		Un projet médico-soignant a été élaboré fin 2018, validé par les instances du pôle. Il a donné lieu à une mise en œuvre et des suivis réguliers. Certes, il ne décrit pas les chemins cliniques mais a défini les grandes orientations du pôle et des services de soins jusqu'en 2023, notamment en termes de développement des partenariats et réseaux et d'évolution architecturale.		
	R1 : Un PMS de pôle doit être établi afin de permettre une rénovation des pavillons adaptée aux besoins de patients.	Le projet de pôle 2019-2023 arrivant à terme, il est prévu que le suivant 2024-2028 soit travaillé à compter de février 2024 en équipe pluridisciplinaire.	Diaporama du prestataire Antarès intitulé « présentation des orientations stratégiques » daté du 17/12/2018	X
3.2	R2 : Les dotations destinées à l'exercice de la psychiatrie doivent intégralement servir aux besoins de santé des patients.	Le GHH est en désaccord avec l'appréciation du contrôleur général des lieux de privation et de liberté sur le fait que « les dotations budgétaires affectées à la psychiatrie ne sont pas intégralement utilisées pour les besoins des patients ». En effet, si le CREA de psychiatrie est excédentaire en 2022 (à hauteur d'environ 1.5M€), il doit être doublement nuancé : D'une part, cet excédent s'explique par des éléments conjoncturels qui ne présagent pas de l'équilibre économique structurel et à venir de la	CREA du pôle de psychiatrie 2022.	X

		<p>psychiatrie. Les éléments conjoncturels sont de deux ordres : d'une part, le GHH a obtenu pour la psychiatrie certains crédits à une date telle qu'il n'a pas eu matériellement le temps de les dépenser. Ainsi des crédits pour le second volet du contrat territorial de santé mentale (« CTSM tranche 2022 » à hauteur de 640K€), notifiés en novembre 2022 (3^{ème} notification), pour couvrir des dépenses en année pleine qui, de fait, n'ont pu intervenir qu'en 2023 (au gré des recrutements sur les postes financés du CTSM). D'autre part, comme le rappelle le CGLPL, le nombre de postes vacants du personnel non médical et médical explique que temporairement le pôle puisse présenter un excédent. Celui-ci aura vocation à se résorber au gré des recrutements sur ces postes.</p> <p>Mais surtout, il convient d'interpréter un excédent du CREA avec prudence, notamment à la lumière de la façon dont fonctionne financièrement un hôpital, à l'inverse d'autres établissements publics ou collectivités territoriales. En effet, lorsque l'établissement de santé perçoit ses dotations, celles-ci ont vocation à financer à la fois les dépenses de fonctionnement mais également les dépenses d'investissement de l'établissement. Ainsi, un CREA, qui retrace les recettes et les dépenses de fonctionnement, s'il est excédentaire, signifie que le pôle parvient à dégager ou conserver sur son fonctionnement courant des ressources pour participer au financement de l'investissement de l'établissement. Cet excédent pourrait, certes, être utilisé pour financer le déficit de fonctionnement d'autres services de l'hôpital, mais en l'occurrence ce n'est pas le cas du GHH car au global, l'établissement présente un excédent supérieur à celui du pôle (l'excédent du GHH en 2021 était de 8.6M€ et en 2022 de 5.8M€). Ainsi, l'excédent de l'établissement (et de la même façon du pôle de psychiatrie) permet à l'établissement d'avoir une capacité</p>		
--	--	--	--	--

		<p>d'autofinancement net positive, c'est-à-dire qu'il augmente sa capacité d'investissement et donc in fine, le montant d'investissement.</p> <p>Ainsi, pour apprécier l'utilisation des dotations de psychiatrie, il convient de prendre en compte à la fois les dépenses de fonctionnement de la psychiatrie mais également les dépenses d'investissements réalisées par l'établissement au profit de la psychiatrie. Or, lorsqu'on regarde les dépenses d'investissement pour la psychiatrie en 2022 et 2023, l'établissement a investi à hauteur de 24.8M€ pour le bâtiment Phare et Liberté (pédopsychiatrie, service des anxio-dépressifs et addictologie) et 2.4M€ pour l'UAC. Si l'établissement a bénéficié du soutien de l'ARS et de la région pour ces deux projets (crédits Ségur à hauteur de 5M€, soit 20%), c'est d'abord par l'emprunt et l'autofinancement que l'établissement a financé cet investissement (c'est-à-dire par l'excédent du CREA de psychiatrie). Si on ajoute la rénovation des pavillons d'hospitalisation (13.5M€) et le déménagement de la Maison des ados (1.5M€) prévus dans le Plan pluriannuel d'investissement, le montant d'investissement pour les seules « opérations majeures » de la psychiatrie atteint 42M€. Il serait donc plus juste, selon nous, de dire que les « dotations budgétaires affectées à la psychiatrie ne sont pas intégralement utilisées pour les besoins courants des patients, mais qu'elles sont utilisées également pour financer des opérations majeures d'investissement dans le secteur de la psychiatrie ». Car, inversement, si nous utilisons l'excédent du CREA de psychiatrie pour augmenter les dépenses de fonctionnement de la psychiatrie, l'établissement ne serait pas en mesure de financer les opérations d'investissement majeures que le CGLPL, au même titre que la direction, appelle de ses vœux.</p>		
--	--	---	--	--

		<p>Par ailleurs, nous souhaitons apporter les corrections suivantes dans les éléments financiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le budget de l'établissement est à l'équilibre depuis 2018 grâce aux aides exceptionnelles ». Cette appréciation nécessite d'être nuancée et précisée. Il est certain que sans les aides exceptionnelles versées pendant la pandémie du Covid (garantie de financement, financement des surcoûts du COVID, des tests PCR et de la vaccination) l'établissement aurait présenté un résultat déficitaire ; toutefois, de nombreux établissements de santé en France ont été déficitaires malgré ces aides exceptionnelles, ce qui traduit le fait que le GHH doit son excédent à d'autres éléments, parmi lesquels des spécialités médicales attractives et dynamiques et des fonctions supports efficaces. - Concernant les « emprunts toxiques » dont fait état le rapport, ces emprunts sont maîtrisés par l'établissement. Les emprunts les plus risqués ont tous été sécurisés ; les derniers emprunts dits risqués ont un niveau de risque limité et l'analyse rétrospective témoigne que le GHH n'a pas eu de préjudice financier par rapport à des taux fixes aux conditions connues lors de leur contractualisation. - Le schéma directeur immobilier n'est pas approuvé et contractualisé avec l'ARS au sein du PGFP ; ce sont deux documents dissociés. Le PGFP ne fait que présenter les conditions de financement d'opérations d'investissement qui s'inscrivent dans le cadre du schéma directeur. <p>1)</p>		
--	--	--	--	--

		La différence entre 133.000 € de financements donnés aux associations du pôle et les (22.278+21.466) a été consacrée à la pédopsychiatrie et aux activités des HDJ et équipes extrahospitalières.		
3.3.1. a)	R3 : L'organisation des soins dans chaque secteur doit définir les besoins de prise en charge en intra et extrahospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins.	<p>Le nombre de lits à Alizé est de 40, ainsi que celui de Caravelle (et non 42 et 44).</p> <p>Lors de la visite, le pôle avait 31,75 de postes vacants. Les 66 indiqués dans le rapport correspondent aux postes vacants sur l'ensemble du Groupe Hospitalier du Havre.</p> <p>De plus, concernant la gestion de l'absentéisme, il faut noter que le pôle consacre 7,6 ETP aides-soignants (6,8 de nuit et 0,8 de jour) et 18 ETP IDE (6 de nuit et 12 de jour) aux remplacements internes. Ce sont des agents polyvalents. Ces agents permettent de limiter les remplacements entre unités, même s'ils ne les évitent pas complètement.</p> <p>L'équipe de nuit est spécifique dans le sens où ses agents n'effectuent que des nuits. En revanche, chaque pavillon a sa propre équipe de nuit.</p> <p>Les effectifs de nuit, comme de jour, bénéficient d'effectifs-cibles définis dans les maquettes organisationnelles, validées par la DRH, et pas uniquement des effectifs de sécurité en cas de grève.</p> <p>L'équipe de nuit ne travaille pas sous l'autorité du cadre de nuit situé à l'hôpital Monod mais sous celle du cadre d'astreinte du pôle de psychiatrie.</p>	<p>4 - Maquettes organisationnelles</p> <p>5 - Echange de mails entre Directrice des soins et DRH sur les postes vacants</p>	

		<p>« Il n’y a pas d’effectif de fonctionnement « cible » mais uniquement un effectif de sécurité en cas de grève de six soignants par demi-journée, dont quatre IDE et deux AS ». Cette affirmation est matériellement inexacte. Il existe en effet des maquettes organisationnelles, qui fixent le nombre de postes attendus par jour pour la construction des plannings et déterminent les effectifs cibles affectés aux différents services.</p> <p>Un travail de fond doit cependant être engagé par la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins et la Direction de site :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour revoir, le cas échéant, si l’organisation du travail prévue dans les maquettes est conforme à l’organisation de l’activité médicale et l’organisation des soins ; • Pour établir des trames de planning adaptées aux besoins du service, et donc à ces maquettes, plutôt qu’aux contraintes individuelles des professionnels, afin de s’assurer que le nombre de postes présents par jour est conforme à l’attendu ; • Pour acculturer l’ensemble des équipes médicales, paramédicales et d’encadrement à cette logique de maquettes organisationnelles, plutôt qu’à une référence traditionnelle à des « effectifs de sécurité », qui correspondent en réalité aux effectifs minimum en cas de grève. 		
3.3.1. b)		<p>Au 22 novembre 2023, les ETP de Psychiatrie sont de 81, pour la Psychiatrie Adulte et la Pédopsychiatrie, dont : 27.5 ETP de Praticiens Hospitaliers titulaires;</p>	6 - Présentation des postes ouverts aux internes	

		<p>1 Docteur Junior 10.7 Praticiens Contractuels 15.4 Praticiens Associés 3 Assistants 1 PU-PH 1 CCA 8 internes du CHU de Rouen 14 Faisant Fonction d'Interne et Stagiaires Associés</p> <p><i>Une pérennisation des postes médicaux :</i></p> <p><i>Un accompagnement des praticiens en formation :</i></p> <p>Afin de conférer davantage de visibilité aux stages proposés aux internes, un guide des services du Groupe Hospitalier du Havre est envoyé chaque semestre aux internes de psychiatrie en amont des choix de stages. Ce guide est réalisé avec les chefs de service pour mettre en lumière les opportunités de formation que représente chacun des terrains de stage. La réalisation de ce guide, ainsi que le travail coordonné avec les PU-PH du CHU De Rouen, a permis de renforcer l'attractivité du Groupe Hospitalier du Havre et de multiplier par 2 ou 3 (selon les semestres) le nombre d'internes accueillis au GHH.</p> <p>De plus, afin de faciliter l'intégration des praticiens encore en formation (internes du CHU de Rouen, Faisant Fonction d'internes, Stagiaires associés), le Groupe Hospitalier du Havre propose des cours</p>	<p>7 - Planning des cours aux internes</p>	
--	--	---	--	--

		<p>réalisés sur place pour consolider les connaissances des jeunes médecins. Ainsi, un planning des enseignements est remis aux jeunes médecins dès leur arrivée. Ils sont invités à participer en réalisant des revues de bibliographie sur des thèmes diversifiés. Les cours sont donnés par les Praticiens Hospitaliers du Pôle : cette répartition est délibérée car elle permet aux médecins en formation d'être accompagnés par leurs aînés sur un modèle de compagnonnage essentiels aux études de médecin. De plus, ce tutorat permet de sensibiliser les médecins en formation aux spécificités de l'établissement (organisation des services, relations inter-services, ...). Le programme du semestre actuel est ici en pièce-jointe.</p> <p><i>Un accompagnement des Praticiens à Diplôme Hors Unions Européenne :</i></p> <p>Le Groupe Hospitalier du Havre a l'objectif de renforcer les équipes médicales par des praticiens qui ont commencé leur cursus hors de France, souvent hors de l'Union européenne.</p> <p>Une fiche de poste spécifique est diffusée sur internet (site du GHH, FHF) pour faire découvrir les spécificités du GHH et les atouts de la région normande (Un exemple se trouve en pièce jointe).</p> <p>Beaucoup de ces praticiens obtiennent une équivalence de leur diplôme en passant les Epreuves de Vérification des Connaissances (EVC) puis en réalisant un Parcours de Consolidation des Connaissances (PCC) d'au moins deux ans. A l'issue de ce parcours, ils obtiennent une pleine équivalence de leur diplôme et peuvent être inscrits au Conseil de l'Ordre - et ainsi devenir psychiatres signataires des certificats d'hospitalisation sans consentement.</p>		
--	--	---	--	--

		<p>En 2022-2023, 4 praticiens ont ainsi obtenu leur pleine équivalence et ont pu être nommés sur des contrats de Praticiens Contractuels, avant de s'inscrire au concours de Praticiens Hospitaliers.</p> <p><i>Une titularisation des praticiens :</i></p> <p>Le Groupe Hospitalier du Havre propose très tôt un poste pérenne aux praticiens qu'il accueille, qu'ils soient en formation (CHU de Rouen, ...) ou recrutés sur des contrats CDD. Cette politique de titularisation contribue à l'attractivité du GHH.</p> <p>Ainsi, preuve du succès de cette politique de recrutement et de pérennisation, on observe que, au 1er juillet 2023, 5 praticiens Hospitaliers ont été nommés : 4 en Psychiatrie Adultes et 1 en Pédopsychiatrie.</p> <p>Au 1er novembre 2023, les deux Chefs de Cliniques Assistants recrutés respectivement en novembre 2020 et en novembre 2021 ont pris un poste de Praticien Contractuel et se sont engagés (Engagement dans la Carrière Hospitalière) à devenir Praticien Hospitalier au cours de l'année universitaire 2023-2024. Un nouveau Chef de Clinique Assistant a été recrutée en novembre 2023 pour poursuivre la dynamique universitaire.</p> <p>Au total, 9 conventions d'Engagement dans la Carrière Hospitalière ont ainsi été signées en 2023, dont 5 en Psychiatrie Adultes et 5 en Pédopsychiatrie. Les signataires sont à la fois des praticiens formés au CHU de Rouen et des praticiens à diplôme hors Union Européenne ayant obtenu leur équivalence en France. Ces praticiens s'engagent à passer le concours de Praticien Hospitalier puis à prendre un poste de</p>		
--	--	---	--	--

		<p>Praticien Hospitalier au Groupe Hospitalier du Havre. Co-signataire de ces conventions, le Groupe Hospitalier du Havre prend l'engagement réciproque de proposer un poste de Praticien Hospitalier au praticien dès que celui-ci sera lauréat et candidatera sur un poste.</p> <p><i>Postes vacants :</i></p> <p>Le fichier des postes de Praticiens Hospitaliers qui figure au Centre Nationale de Gestion (CNG) correspond à la version transmise en 2008 au moment où le Groupe Hospitalier du Havre est passé à la Tarification à l'Activité (et non plus à la Dotation Globale). Ce recensement des postes n'a pas été actualisé par le CNG depuis. Or ce document comporte aujourd'hui 28 postes vacants (5 postes ont été pourvus en juillet 2023). 11 et 3 Assistants Praticiens Contractuels (soit 13.7 ETP) sont aujourd'hui sur ces postes en attendant leur passage du concours de Praticiens Hospitaliers - et ces postes ne peuvent donc être dits "vacants" même s'ils ne sont pas occupés par des Praticiens Hospitaliers.</p> <p>De même, les Praticiens Associés actuellement en exercice occupent des postes identifiés comme vacants en attendant la régularisation de leur diplôme et l'inscription à l'Ordre.</p> <p>L'exercice d'identification des "postes vacants" doit donc dépasser la question des postes qui figurent au fichier du CNG et pose la question des besoins de praticiens identifiés par les enquêtes populationnelles encore en cours. La question est suivie avec attention au cours des échanges avec DGOS et ARS sur les réformes du financement de la Psychiatrie.</p>		
--	--	---	--	--

		<p>Dimension universitaire du Pôle de Psychiatrie :</p> <p>Le Pôle de Psychiatrie est également engagé dans une démarche universitaire particulièrement dynamique. La Cheffe de service du service universitaire de Pédopsychiatrie, le Professeur Gisèle APTER, est ainsi PU-PH nommée sur le Groupe Hospitalier du Havre depuis septembre 2017. Deux Chefs de Cliniques Assistants ont déjà réalisé un parcours de, respectivement, deux et trois ans au cours desquels ils ont pu réaliser une activité couplée d'enseignement, de recherche, et de prise en charge clinique. Cette dynamique est entretenue par la praticienne recrutée comme CCA en novembre 2023. Une Praticienne Hospitalière est également inscrite en thèse de sciences.</p> <p>Aujourd'hui, le Groupe Hospitalier du Havre est promoteur sur une étude de Recherche Clinique en Psychiatrie, mais aussi investigateur et co-investigateur sur plusieurs projets (études sur l'unité PANDA, étude sur la péri-natalité et la paternité, étude sur les interactions triadiques...).</p> <p>Cette dynamique de Recherche est soutenue et assure aux services de Psychiatrie une vraie "vitrine" qui se révèle attractive pour les jeunes générations.</p> <p>Initiée en Pédopsychiatrie, elle atteint aujourd'hui progressivement la Psychiatrie Adulte ; cela se traduit par des investissements en équipement innovants (stimulation magnétique transcrânienne) mais également par l'obtention d'une bourse de 180 000€ attribués par l'Inca pour étudier la lutte contre le tabac et les politiques de dépistage en Psychiatrie.</p>		
--	--	---	--	--

		<p>9.2.1. Médecine somatique</p> <p>En novembre 2023, les effectifs de médecine somatique sont de 4.8 ETP, dont 1 Praticien Hospitalier, 1 Praticien Contractuel qui a obtenu son autorisation d'exercice depuis la venue du CGLPL et trois médecins stagiaires associés ; parmi ces derniers, deux sont en attente des résultats des EVC (14 décembre 2023).</p> <p>1 praticien a été recruté depuis la venue des CGLPL fin de compléter l'équipe médicale. Ce renforcement de l'équipe médicale va permettre de développer l'éducation thérapeutique et les dispositifs de prévention à partir de début 2024.</p> <p>Cependant, malgré les efforts pour améliorer les effectifs médicaux, constatés dans le rapport, seuls 8 ETP titulaires étaient en poste au moment de la visite dans les services de psychiatrie adulte, pour assurer notamment la signature des différents certificats médico-légaux, ce qui est insuffisant, et ne correspond pas aux 50% indiqués dans le rapport. Cela représente 17% des nécessités des services adultes.</p>		
--	--	---	--	--

3.3.2		La formation de 3 jours n'est pas axée exclusivement sur les soins sans consentement mais sur un accompagnement à la prise de poste en psychiatrie.	8 – Formation des nouveaux arrivants	
3.3.3		Des psychologues extérieurs au pôle de psychiatrie interviennent à la demande, soit en individuel, soit en collectif sur des thématiques parfois ciblées telles que la sensibilisation à la gestion de la crise suicidaire, analyses de pratiques avec les cadres. Des groupes de paroles sont parfois initiés. Des séances d'hypnose peuvent se dérouler. En 2022, elles sont intervenues 158h en individuel et 40h en collectif. En cas de situation de crise ayant provoqué des psycho-trauma, l'unité mobile de psycho-trauma intervient pour dans un premier temps évaluer l'action nécessaire et ensuite la mettre en œuvre de manière collective et/ou individuelle.	9 – Données d'activité de la supervision par les psychologues de la DRH et du service de santé au travail 10 - PCD UMPT 11 – Bilan CUMP 76B 2022 intégrant l'activité de l'UMP-T	
3.4	R4 : Tous les événements indésirables doivent faire l'objet d'une déclaration et d'un suivi.	Les événements indésirables font l'objet de déclarations par les professionnels de terrain via le logiciel Ennov et à l'ARS par la Direction lorsqu'il s'agit d'un événement grave associé aux soins. Certains événements sont aussi déclarés au Procureur de la République lorsqu'ils ont trait à une infraction ou une suspicion d'infraction.		
3.5	R5 : Le comité d'éthique doit se saisir du sujet des restrictions des droits et libertés des patients hospitalisés, du respect de leur	Le comité d'éthique a été invité à se saisir des questions de psychiatrie. Une invitation en bureau de pôle a été lancée pour débiter cette implication.	12 - Mail du chef de pôle du 27/11/23 « Comité d'éthique et psychiatrie »	

	intimité, de la question du recours aux mesures d'isolement et accompagner une réflexion institutionnelle.			
4.1.1	R6 : Un protocole de travail conjoint doit être établi afin de clarifier le rôle des médecins et des soignants des urgences et de psychiatrie, dans la prise en charge des urgences psychiatriques notamment vis-à-vis des mesures d'isolement et de contention.	<p>Les possibilités d'admission, telles que décrites dans le second paragraphe, ont certes été écrites en mai 2023 mais ont toujours été possibles.</p> <p>Aucun protocole de travail conjoint entre urgentistes de Monod Fécamp et Lillebonne n'est formalisé ; toutefois cette collaboration et les liens fonctionnels existent et fonctionnent au quotidien. Une convention avec le CHI Lillebonne apporte des précisions quant aux modalités de fonctionnement de la psychiatrie de liaison au sein de ses services, dont le service des urgences.</p> <p>Il est précisé que l'EMIC peut intervenir aussi en amont de l'UAC ou sans avoir recours à cette dernière, notamment pour des interventions à domicile ou dans un lieu de vie, afin de désamorcer la crise.</p>	13 – Convention psychiatrie de liaison avec CHI Caux Vallée de Seine	
4.1.2		<p>A la suite de l'emménagement en mai 2023 dans la nouvelle UAC, la demande d'accès aux sanitaires pour les patients de la salle d'attente réservée aux soins sans consentement a été réalisée. Les travaux sont intervenus depuis la visite des contrôleurs.</p> <p>Le week-end, l'examen somatique est réalisé par l'interne de garde qui a recours au Centre 15 si nécessaire.</p>	14 – Photos de l'accès aux sanitaires des patients de la salle d'attente SSC de l'UAC	

		<p>Kit anti-suicide : l'établissement dispose de pyjamas et de draps anti suicide qui sont utilisés dans les unités protégées. Il dispose aussi de 3 couvertures de sécurité ignifugées.</p> <p>La procédure d'accès aux urgences pour les patients de psychiatrie entre 12 et 18 ans vient d'être établie en concertation entre les pédopsychiatres, les pédiatres et urgentistes pédiatriques. Elle est en cours de rédaction.</p>		
4.1.1		Une PCD existe permettant de « sectoriser » artificiellement des patients « hors secteurs » ou dont l'identité n'est pas certaine.	15 - PCD 1973	
4.2	<p>R7 : L'établissement doit offrir aux patients des conditions d'hospitalisation, et notamment un nombre de lits, qui garantissent le respect de leurs droits fondamentaux et de leur dignité. Les chambres d'isolement ne peuvent être utilisées comme lieu d'hospitalisation</p>	<p>Le chef de service de l'Est a initié une réunion avec les médecins du service Ouest afin de se mettre d'accord sur une façon de procéder qui aboutira à un processus patient lorsque des patients de l'Ouest sont hospitalisés dans des unités du service Est, et inversement.</p> <p>Une réunion institutionnelle le jeudi matin a été introduite dans les organisations des médecins et de l'encadrement afin d'avoir un prévisionnel partagé des capacités d'hospitalisation sur le week-end pour éviter les situations de saturation.</p> <p>Par ailleurs, la commission des partenariats se transforme en commission des patients hospitalisés au long cours avec des réunions prévues à compter du 12 décembre 2023. Il y en a une/service adulte.</p>	16 – Diaporama sur le lancement des commissions des patients hospitalisés au long cours	

	normale et les patients admis en chambre d'isolement doivent conserver leur chambre.			
4.3.1	R8 : L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son hospitalisation. Cette information doit être communiquée sur un support pouvant être conservé et le cas échéant remis au moment de la sortie d'hospitalisation.	Une procédure sera travaillée au 1 ^{er} trimestre 2024 par le bureau des soins sans consentement, en lien avec les services de soins et les médecins, afin de s'assurer que les patients reçoivent au fil de l'eau l'ensemble des documents afférents à leur mode de soins et qu'ils sortent avec l'intégralité de ces documents s'ils les ont refusés au fur et à mesure.		
	R9 : le médecin doit recueillir formellement les observations du	Un rappel sur cette nécessité sera réalisé en bureau de pôle et en collège médical avant la fin de l'année 2023.		

	<p>patient, lors de la décision d'admission en soins sans consentement, comme lors de toute modification concernant sa prise en charge et en faire mention dans les certificats médicaux.</p>			
	<p>R10 : les patients doivent bénéficier de la désignation puis de l'association de leur personne de confiance à leur projet de soins individualisé.</p>			
4.3.3	<p>R11 : 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</p>	<p>Le livret d'accueil du GHH fait actuellement l'objet d'une mise à jour intégrant les particularités de l'hospitalisation en psychiatrie. Un document complémentaire propre aux droits des patients en psychiatrie est en cours de formalisation.</p> <p>Un livret d'accueil propre à la psychiatrie sera établi posément, avec la réunion d'un groupe de travail <i>ad hoc</i>, au 1^{er} semestre 2024. Préalablement, le règlement de fonctionnement des unités d'hospitalisation sera ajusté pour tenir compte des remarques.</p>	<p>17 - Document d'accueil complémentaire pour les patients hospitalisés à HPJ</p>	

	de l'unité qui l'accueille.			
5.1.	<p>R12 : Des dispositions doivent être prises rapidement, sans attendre les travaux prévus dans les pavillons, pour remédier aux dysfonctionnements matériels et au manque d'équipements des chambres et des espaces collectifs pour permettre une prise en charge respectueuse des droits et de la dignité des patients.</p>	<p>Un plan de réfection des chambres était prévu au moment de la visite et a pu se déployer à compter de la fin du mois d'août 2023. 3 lits sont ainsi bloqués en même temps dans les unités du service Ouest et 1 à 2 lits dans le pavillon Délos.</p> <p>Plusieurs chambres ont déjà été réceptionnées, d'autres le seront prochainement. Les travaux déborderont sur 2024.</p> <p>A cette occasion, le troisième lit ajouté dans des chambres doubles à Caravelle sont retirés au fur et à mesure de l'avancée des travaux, ce qui est le cas pour les chambres de l'étage à la date du 29/11/23.</p> <p>Un recensement de l'équipement présent dans les chambres ainsi que de son état de fonctionnement a été dressé par la directrice des soins et la directrice du pôle courant octobre 2023. Des commandes complémentaires ou des rééquipements ont été réalisés ou sont en cours (ex : abattants des WC, dérouleurs de papier toilette, verrous, mobilier, etc.).</p> <p>La visite ayant eu lieu juste après l'emménagement de Boréal dans ses locaux provisoires, la TV était en attente de raccordement. Le nécessaire a été fait rapidement.</p> <p>Le parc est accessible à tous les patients sauf ceux hospitalisés en unité fermée.</p> <p>La terrasse de l'unité de vie de Délos est accessible l'été mais doit être protégée du soleil pour être exploitable sur des horaires plus longs.</p>	<p>18 - Cf. CR du copil qualité restreint du 15 mai 2023</p> <p>19 – Plans, calendrier et quelques photos de la réfection des chambres</p> <p>20 A – Document accusant réception des travaux des chambres de Caravelle</p> <p>20 B - Document accusant réception des travaux des chambres de Délos</p> <p>21 - Photo de la TV fonctionnelle à Boréal</p> <p>22 – Demande de chiffrage des stores extérieurs.</p>	

		<p>Une demande dans ce sens a été effectuée afin que des stores extérieurs soient inclus dans le plan d'investissement 2024.</p> <p>Le nombre de paravents a, pour le moment, toujours été suffisant pour répondre à la demande des patients. Cependant, la dotation de paravents mobiles a été augmentée de 10.</p> <p>Hublots : L'ensemble des besoins en occultant des hublots a été répertorié et les commandes sont en cours</p> <p>Le dispositif de limitation d'ouverture des fenêtres est un moyen de protection des patients.</p> <p>Les volets défectueux font l'objet de bons de réparation (11 depuis la visite de juillet 2023).</p> <p>Les appels-malades ont été remis en fonction et une commande a été passée pour le système du pavillon Alizé.</p> <p>Les verrous de confort ont été ajoutés à toutes les chambres qui n'en possédaient pas.</p>	<p>23 – Mail de commande des hublots</p> <p>24 – Mail du DTP</p>	
5.2.1	R13 : Des dispositions doivent être prises dans les sanitaires afin de rétablir un niveau	<p>Un plan de détartrage des douches et WC est en cours.</p> <p>Les abattants des WC sont en cours d'installation dans toutes les chambres qui en étaient dépourvues.</p>	25 – Mail de la directrice des soins sur plan de détartrage des WC et douches	

	d'hygiène conforme aux normes en vigueur.		26 - Liste des équipements à détailler	
5.2.2	R14 : L'établissement doit mettre à disposition des patients un nombre suffisant de serviettes de toilette. Par ailleurs, des dispositions doivent être prises pour l'accès à un sèche-linge dans chaque pavillon.	<p>Les dotations des services de soins en serviettes de toilette ont été ajustées. Le déficit au moment de la visite ne concernait qu'un seul des 4 pavillons d'hospitalisation (Alizé).</p> <p>Il est rappelé que les services utilisateurs peuvent moduler le volume de linge commandé auprès de la blanchisserie en fonction de leur activité, via le logiciel de commandes de linge qui est à leur disposition.</p> <p>Des sèche-linges complémentaires seront acquis dans le cadre des investissements 2024.</p>	27 – Evolution des dotations de linge d'Alizé.	
5.3	R15 : toute mesure de retrait des effets personnels doit être individualisée en fonction de l'état clinique du patient, nécessaire et proportionnée.	<p>Les Projets Personnalisés de Soins ont été inclus dans le DPI en septembre 2023. Présentation en a été faite aux médecins, aux cadres qui les ont eux-mêmes présentés à leurs équipes.</p> <p>Un groupe de travail sur la pertinence des mesures de restriction de liberté a été lancé. Il est piloté par le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (direction de la qualité). Il s'est réuni le 15/09/23 et le 21/11/23 pour le moment. L'objectif est de réévaluer les pratiques médico-soignantes et proposer une procédure retraçant les recommandations générales.</p>	<p>28 A - CR Bureau de pôle du 11/09/23</p> <p>28 B – Diaporama sur plan d'actions projeté au BP du 11/09/23</p> <p>28 C – Diaporama sur PPS projeté au BP du 11/09/23</p> <p>29 – CR de la réunion d'encadrement du 05/09/23</p> <p>30 – CR de la réunion du 15/09/23 du groupe</p>	

			de travail sur la pertinence des mesures de restriction de liberté	
	<p>R16 : les patients doivent pouvoir disposer d'un placard dont ils doivent pouvoir gérer eux-mêmes la fermeture, lorsque leur état clinique le permet.</p>	<p>Cette recommandation est travaillée dans le cadre du groupe de travail sur la pertinence des mesures de restriction de liberté (cf R15).</p> <p>Un service de MJPM existe au GHH. Il est physiquement installé sur le site de l'hôpital Flaubert. Il est composé d'une préposée MJPM (Laëtitia MARTIN GRANDPIERRE) et d'une assistante tutélaire. Le service est désigné dans une quarantaine de mesures. La plupart concerne des majeurs âgés accueillis en EHPAD ou USLD mais certaines concernent aussi des patients de l'hôpital Pierre Janet.</p> <p>Un travail institutionnel et pilote est en cours avec l'ensemble des mandataires du territoire de santé, sous l'égide de l'ARS qui a délégué l'ORS/CREAI. Un travail sur les besoins réciproques a donné lieu à un document établissant les besoins et les relations de l'hôpital psychiatrique et des mandataires. Une convention en cours de finalisation.</p> <p>Par ailleurs, des représentants des mandataires (associations, libéraux et préposé du GHH) sont venus rencontrer l'ensemble de l'encadrement d'HPJ à l'occasion d'une réunion début septembre afin de parfaire les circuits d'information et de travail.</p>	<p>La liste des mandataires d'établissement est accessible sur : https://tutelle-normandie.fr/les-preposes-detablissement-en-seine-maritime/</p> <p>31 - Doc Relations étés de santé_MJPM</p> <p>32 - Mail de ORS CREAM sur la préparation de la convention HPJ-MJPM du territoire</p> <p>29 – CR de la réunion d'encadrement du 05/09/23</p>	

<p>5.4</p>	<p>R17 : L'établissement doit améliorer la variété des repas, s'assurer que les quantités servies sont suffisantes et fournir une vaisselle adaptée.</p>	<p>Il est tenu compte des aversions du patient et il est possible de moduler les portions selon les besoins du patient dans le logiciel de commande Winrest.</p> <p>Un groupe de travail sous l'égide du Comité de liaison alimentation nutrition, de l'unité transversale de nutrition, associant le service restauration et des professionnels des différents pôles, se réunira en 2024 pour retravailler la politique alimentation et nutrition sur l'ensemble du groupe hospitalier du Havre.</p> <p>Des représentants du pôle de psychiatrie seront appelés à faire partie de ce groupe. Il sera ainsi tenu compte des besoins spécifiques des patients hospitalisés en psychiatrie.</p> <p>Par ailleurs, la commission restauration qui existait avant le Covid a été réactivée à la rentrée de septembre 2023. Il y en aura 4/an, dont les dates sont déjà arrêtées.</p> <p>Les dotations en vaisselle des 2 pavillons visés dans le rapport provisoire ont été revues à la hausse.</p>	<p>33 - CR commission restauration 28/09/23</p>	
	<p>R18 : Toute personne subissant une restriction de sa liberté d'aller et venir doit avoir un accès quotidien à l'air libre et à des salles d'activité afin de s'aérer, se</p>	<p>Les mesures de restriction de liberté ont pour but d'aider les patients à contenir leur vécu émotionnel, et parfois ce cadre est indispensable et doit être maintenu. Dès que la phase aiguë le permet, un accès à l'air libre doit être envisagé. Celui à des salles d'activité suppose aussi un apaisement suffisant.</p> <p>L'intégration de ces pratiques doit être réfléchiée en équipes pluridisciplinaires et les locaux doivent les faciliter. Ces éléments seront pris en compte dans les réfections architecturales.</p>		

	détendre ou pratiquer une activité physique.			
6.1.2	R19 : Les enfermements en chambre, de nuit comme de jour, s'apparentent à une séquestration et doivent cesser immédiatement.	Les constatations d'isolements hors cadre légal ont cessé. Les « temps calmes » qui ont pu être constatés lors de la visite, prévus par les médecins sont, depuis, qualifiés d'isolements et entrent ainsi dans le processus de contrôle du JLD. Ils sont tracés comme tels dans le DPI et dans le registre Isolement. De plus, des verrous de confort ont été réinstallés là où il n'y en avait plus, permettant ainsi à chaque patient de pouvoir lui-même s'enfermer ou sortir à sa guise de sa chambre. La commande est en cours pour les verrous des chambres de l'UAC. Par ailleurs, un contrôle systématique du service des soins sans consentement est effectué afin de vérifier que tous les patients qui se trouvent dans des unités fermées sont en soins sans consentement. Si tel n'est pas le cas, une décision médicale est sollicitée et est prise dans la journée pour acter soit d'une sortie de cette unité, soit d'une mesure de SSC.		
	R20 : Les services de la sécurité incendie doivent être informés en temps réel du nombre et de la localisation des personnes enfermées ou attachées. Les détecteurs de	Des rappels sur la nécessité de maintenir opérationnels les dispositifs contribuant à la sécurité incendie sont réalisés en fonction des nécessités. De plus, une procédure doit être recherchée pour permettre aux services de soins de transmettre en temps réel l'information utile au PC sécurité.	34 – Mail de la direction du 13 février 2023 sur le rappel des règles de sécurité incendie	

	fumée ne doivent pas être empêchés de fonctionner.			
6.2	R21 : Les patients doivent avoir librement accès à leur tabac sauf exception décidée par le psychiatre et motivée dans le dossier médical.	Ces recommandations sont prises en compte dans le cadre du groupe de travail sur la pertinence des mesures de restriction de liberté. Pour information, une « cabine téléphonique » par unité est prévue dans l'architecture du futur Boréal.	30 – CR de la réunion du 15/09/23 du groupe de travail sur la pertinence des mesures de restriction de liberté 35 - Plans du futur Boréal	
6.3	R22 : Le port du pyjama ne doit pas être décidé afin de restreindre la liberté d'aller et venir de la personne ni être systématiquement imposé durant le placement en chambre d'isolement ou en unité protégée mais être décidé, au cas par cas, sur des considérations cliniques exposées dans le dossier du patient.			

6.3.1	<p>R23 : Toute règle systématique de privation de téléphone est à proscrire. Au sein des unités protégées, et en l'absence de prescription médicale justifiée par l'état clinique, les patients doivent pouvoir conserver leurs téléphones portables. Par ailleurs, le retrait dans certains pavillons des puces des téléphones laissés aux patients doit cesser.</p>			
6.3.1	<p>R24 : L'utilisation du téléphone mural des unités ou du téléphone du bureau des soignants doit préserver la</p>			

	confidentialité des conversations.			
6.3.3	R25 : Un lieu d'accueil pour les visiteurs garantissant la confidentialité et l'intimité doit être mis en place dans chaque pavillon.	<p>Le pavillon Délos bénéficie de 2 salles pour les visites.</p> <p>La nécessité d'une salle dédiée/pavillon est prise en compte dans les réhabilitations architecturales, telle qu'à Boréal.</p> <p>Une consigne orale de la direction des soins est passée afin que des visites puissent avoir lieu en chambre. La place des proches sera l'un des axes du prochain projet médico-soignant de pôle.</p> <p>La cafétéria est aussi à la disposition des patients et des proches, comme le parc.</p>	<p>36 – Plans de l'actuel Boréal (« ex-Délos »)</p> <p>35 - Plans du futur Boréal</p> <p>37 - Plans de Caravelle</p> <p>38 – Plans de Délos</p> <p>39 – Plans d'Equinoxe</p>	
	R26 : l'établissement doit mettre à disposition des patients un accès à un support informatique et à un réseau wifi.	La demande sera relayée à la Direction du Numérique en Santé.		
	R27 : Les équipes doivent connaître l'existence de la possibilité d'être hospitalisé de façon anonyme et en informer le patient.			
6.4	R28 : L'établissement doit mettre à la disposition des	La liste des représentants des cultes est affichée dans chaque pavillon d'hospitalisation depuis le 24 novembre 2023.	40 – Affiche sur les la liste des cultes mise dans les pavillons	

	patients une liste des représentants des cultes susceptibles d'intervenir.			
	R29 : Il convient de revoir les règles de vie des unités afférentes à la sexualité et de mettre en place une réflexion institutionnelle concernant la liberté sexuelle des patients. Le CGLPL rappelle que la liberté sexuelle est une liberté fondamentale et qu'un établissement sanitaire ne peut interdire les relations sexuelles de manière générale.	<p>Au-delà du règlement intérieur des pavillons d'hospitalisation, il s'agit de faire évoluer les esprits. Ce sujet sera intégré au prochain projet de pôle sous l'angle de la prise en charge globale et de la prévention et l'éducation à la santé.</p> <p>Pour information, des préservatifs sont disponibles à la cafétéria (ils l'étaient déjà lors de la visite des contrôleurs).</p>		
7.1	R30 : Les chambres d'isolement doivent disposer d'une	Les appels malades dans les chambres d'isolement ont tous été remis en fonction.		

	pendule portant mention de la date et du jour, de bouton et système d'appel y compris durant les phases de contention, d'un accès à l'eau et aux WC permanent, de la possibilité pour le patient d'allumer et éteindre la lumière et d'aérer la chambre.	Chaque service a commandé une pendule indiquant l'heure et surtout la date et le jour.	41 A – Commande des horloges pour les chambres d'isolement 41 B – Confirmation de la commande des horloges pour les chambres d'isolement	
7.2.1	R31 : Comme le prévoit l'article D6124-265, des espaces d'apaisement doivent être mis en place permettant d'envisager une désescalade afin d'éviter le recours à l'isolement.	Des espaces d'apaisement ont été identifiés pour Délos, Boréal et Caravelle. Pour les rendre opérationnels, des déménagements doivent avoir lieu et ces espaces doivent être aménagés. Ce sera fait au 1 ^{er} trimestre 2024.	36 - Plans de Boréal actuel 37 - Plans de Caravelle 38 - Plans Délos	
	R32 : Les renouvellements des mesures d'isolement et de	Le service des soins sans consentement intègre maintenant un travail de vigilance et de relance des médecins lorsque- les prescriptions de renouvellement ou de fin de mesure d'isolement ou de contention		

	<p>contention doivent systématiquement être tracées dans le logiciel Sillage, de même que la surveillance infirmière.</p>	<p>n'apparaissent pas sur le registre. Les médecins apportent alors les corrections nécessaires.</p>		
	<p>R33 : Les mesures d'isolement et de contention prises par les internes ou les médecins associés doivent être validées dans l'heure par le médecin psychiatre titulaire.</p>	<p>Les internes et les médecins associés travaillent sous la responsabilité des médecins psychiatres titulaires et leurs décisions d'isolement et de contention sont donc validées par le senior. Néanmoins, un rappel aux médecins sera réalisé afin que les décisions prises sur les temps d'astreinte fassent systématiquement l'objet d'un appel au senior dans l'heure.</p>		
	<p>R34 : Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire régulier au sein de chaque service.</p>	<p>Effectivement, au-delà de la discussion sur le bilan annuel, réalisé en bureau de pôle chaque année, une analyse plus régulière et partagée permettrait utilement de confronter les situations et d'animer une politique de réduction du recours à l'isolement et la contention. Cela sera proposé au corps médical à compter du 1^{er} trimestre 2024, le temps de créer les tableaux de bord et de s'assurer de la capacité du bureau des soins sans consentement à pouvoir les fournir régulièrement. Les premières discussions permettront notamment de déterminer conjointement à quelle fréquence et de quelle façon le registre Isolement & Contention doit être adressé aux médecins (par pavillon ? par service ? en comparant les unités ?) afin de susciter une réflexion pluriprofessionnelle sur les pratiques.</p>		

8.2	<p>R35 : Conformément aux dispositions de l'article L 3212-11 du code de la santé publique, doivent transcrits ou reproduits dans le registre de la loi outre les décisions de mise sous tutelle ou curatelle, les certificats médicaux, les avis ainsi que toutes les décisions concernant la mesure et les dates effectives de notification comprenant les droits et voies de recours. Les décisions d'admission du directeur comme les arrêtés du préfet doivent être prises</p>	<p>Depuis plusieurs années, les membres de la CDSP acceptent que seules les mentions des différents documents soient inscrites dans les livres de la loi, évitant ainsi d'avoir des livres d'une épaisseur colossale et de plusieurs kilos, difficilement manipulables. Ils ont accès à tous les dossiers individuels en parallèle, de façon à pouvoir exercer un réel contrôle.</p> <p>La date de notification des droits et des décisions et voies de recours est indiquée dans le registre de la loi depuis la visite des CGLPL. Les notifications ne sont plus « pré-datées » par le service des soins sans consentement. La date maintenant inscrite est celle à laquelle le patient a assurément reçu la décision.</p> <p>Un travail de réflexion a été amorcé début 2023 afin de permettre la production en temps réel de toutes les décisions du directeur. Cette réflexion n'a pas encore abouti à un projet présentable. La DG a fixé le premier trimestre 2024 pour la faire aboutir et les instances du mois de juin 2024 pour la présenter. Elle sera mise en œuvre ensuite, au second semestre 2024.</p>	<p>42 A – Droits et garanties patients SDRE</p> <p>42 B - Droits et garanties patients SDDE</p>	
-----	---	--	---	--

	et notifiées sans délai.			
8.2	R36 : Conformément aux dispositions de l'article L 3222-4 du code de la santé publique, le préfet de la Seine-Maritime ou son représentant doit visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi son visa et ses éventuelles observations.	Suite à cette recommandation, le cabinet du préfet envisage de visiter l'établissement le 15 décembre 2023 (en attente de confirmation).	43 – Echange de mails Visite contrôle préfecture	
8.3.3	R37 : Afin de permettre au juge des libertés et de la détention d'effectuer le contrôle des mesures d'isolement et de contention, le centre hospitalier Pierre Janet doit lui	Le bilan 2022 isolement et contention distingue les isolements réalisés en chambres d'isolement et ceux réalisés dans des « espaces non dédiés ». Il précise qu'il entend par là les chambres des patients. Cette distinction entre « espace dédié » ou « espace non dédié » à l'isolement est réalisée directement dans le registre, donc dans la prescription médicale dans le DPI. La nouvelle JLD, arrivée en septembre 2023, doit proposer à l'hôpital Pierre Janet un nouveau modèle de traçabilité des mesures d'isolement et de contention prenant en compte les 2 évaluations	Bilan 2022 p.13, 14 et 15. 44 - Mail d'invitation du JLD au collège médical du 18/12/23	X

	<p>adresser les deux évaluations médicales effectivement réalisées par un médecin, par 24 heures pour les isolements et par 12 heures pour les contentions, mentionner la qualité du signataire des décisions médicales ainsi que le lieu de mise en isolement, chambre d'isolement ou chambre hôtelière.</p>	<p>médiales/24h pour les isolements et /12 heures pour les contentions, et la qualité du signataire. Elle est attendue en collège médical le 18/12/23 pour notamment évoquer ce changement avec les médecins.</p>		
	<p>R38 : L'organisation de la permanence des soins psychiatriques doit permettre la présence a minima d'un médecin en journée dans les services intra hospitaliers.</p>	<p>Une réflexion est en cours dans les services concernés.</p>		

9.1.1	R39 : Les patients doivent bénéficier dans toutes les unités de réunions soignants-soignés qui favorisent l'expression collective concernant chaque modalité de la vie hospitalière.	Les réunions soignants-soignés sont en cours de réactivation dans chaque pavillon.		
9.1.2	R40 : Les activités thérapeutiques doivent être rapidement intégrées dans les projets de soins et proposées aux patients.	Une évaluation des Projets Personnalisés de Soins est réalisée pour évaluer la dynamique d'intégration des activités thérapeutiques au sein de ces PPS : 35PPS réalisés à la date du 29/11/23.		
9.2.1	R41 : Des réunions d'éducation à la santé et des programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être mis en place.	Des réunions d'éducation à la santé vont être remises en place par l'équipe soignante de la cafétéria à destination des patients qui la côtoient, en lien avec les partenaires du réseau (Centre dentaire, Cegidd, sage-femmes, etc.). Des programmes d'éducation thérapeutique vont être construits par l'équipe somatique (médecins, IDE) courant du 1 ^{er} semestre 2024.		

9.2.2	R42 : L'accès aux soins d'addictologie doit être organisé et accompagné pour les patients de psychiatrie.	L'actuel projet d'établissement 2023-2027 prévoit p.83 : filière « prévention et santé publique », action n°3 « développer un programme de prévention des addictions sur l'HPJ ».	Projet d'Etablissement	X
	R43 : La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie (ou plan de prévention des crises) et sur la mobilisation des personnes de confiance. Le contenu des certificats médicaux doit leur être expliqué et leurs observations recueillies.	La place de la personne de confiance, ses modalités de désignation, d'acceptation et son rôle seront intégrés au projet de pôle 2024-2029. Il en va de même pour le plan de prévention des crises.		
9.3	R44 : La mise en œuvre de prescription	Des rappels aux médecins et aux soignants sur l'interdiction des prescriptions « si besoin » ont déjà eu lieu.	45 - CR du bureau de pôle élargi à tous les	

	d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée. La distribution des médicaments doit respecter la confidentialité et permettre le développement d'une éducation thérapeutique du patient.		médecins et cadres du 25/09/23 29 - CR réunion d'encadrement du 05/09/23	
9.4.2	R45 : Les programmes de soins doivent correspondre à une véritable sortie de l'hospitalisation complète.			
9.4.3	R46 : Des réunions de régulation entre tous les partenaires impliqués doivent permettre aux patients hospitalisés par défaut, de	Une réunion institutionnelle le jeudi matin a été introduite dans les organisations des médecins et de l'encadrement afin d'avoir un prévisionnel partagé des capacités d'hospitalisation sur le week-end afin d'éviter les situations de saturation.	16 – Diaporama de présentation de la commission des patients hospitalisés au long cours	

	bénéficiaire d'une prise en charge dans une structure adaptée.	Par ailleurs, la commission des partenariats se transforme en commission des patients hospitalisés au long cours avec des réunions prévues à compter du 12 décembre 2023. Il y en a une/service adulte.		
10.1.6	R47 : La privation du téléphone portable doit résulter d'une décision individualisée répondant à une nécessité thérapeutique précisée pour chaque patient mineur.	Un groupe de travail interne au pavillon Equinoxe, pluridisciplinaire, réfléchit actuellement à un arbre décisionnel permettant d'aider à la décision de privation médicale du téléphone.	46 – Informations du cadre d'Equinoxe sur le retour de la visite du CGLPL 47 – Echange de mails médecin-cadre Equinoxe 48 – CR de la réunion de fonctionnement d'Equinoxe du 14/09/23 49 – CR des réunions du groupe de travail Equinoxe 39 - Plans d'Equinoxe	
10.1.10	R48 : L'isolement et la contention d'un enfant ou d'un adolescent sont dépourvus de fondement législatif sauf si celui-ci est placé sous le régime des soins sur décision du représentant de l'Etat. Même en ce cas, ils doivent être évités par tout	Le même groupe de travail réfléchit à la meilleure façon de sanctuariser la pièce d'apaisement afin qu'elle soit exclusive.		

	<p>moyen.- Comme le prévoit la réglementation, un espace d'apaisement clairement identifié doit être organisé et mis en œuvre.</p>			
10.2	<p>R49 : Les détenus hospitalisés en soins sans consentement au GH du havre doivent conserver les droits dont ils disposent en détention et n'être en chambre d'isolement que sur des considérations cliniques, motivées et individualisées.</p>	<p>Un nouveau travail collaboratif entre les services d'HPJ et l'USMP sera engagé en 2024, incluant les services pénitentiaires en ce qui les concerne (droits en cours en CP au moment de l'hospitalisation).</p>		

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