



Rapport de visite :

2 au 9 avril 2024, 2^{ème} visite

Groupe hospitalier universitaire de
Paris Psychiatrie et neurosciences
- Site Henri Ey

(Paris 13^{ème})



SYNTHESE

Sept contrôleurs et un stagiaire ont réalisé, du 2 au 9 avril 2024, le contrôle du site Henri Ey (Paris 13^{ème} arrondissement), rattaché au GHU Paris psychiatrie et neurosciences, établissement public de santé multisites créé le 1er janvier 2019 par fusion du centre hospitalier Sainte-Anne, de l'établissement public de santé Maison-Blanche et du groupe public de santé Perray-Vaucluse. L'établissement avait été contrôlé une première fois en avril 2010¹.

Le site Henri Ey accueille plus de 1 000 patients par an et constitue le deuxième site d'hébergement hospitalier à temps plein du GHU, après le site de Sainte-Anne. Il est organisé en sept unités d'hospitalisation à temps complet (six au moment du contrôle, le 3^{ème} étage étant en travaux), pour une capacité totale de 104 lits (100 au moment du contrôle, quatre lits étaient fermés à l'unité 5 au motif d'un manque de personnel). Les unités d'hospitalisation sont gérées par trois pôles du GHU, correspondant aux secteurs de la zone Paris Nord : le pôle 75G05-G06 pour les secteurs des 8^{ème} et 9^{ème} arrondissements, le pôle 75G19 pour celui du 17^{ème} arrondissement Ouest et le pôle 75G20-G21 pour celui du 17^{ème} arrondissement Est.

L'établissement comptait sept chambres d'isolement (CI) opérationnelles sur huit (une était fermée pour travaux au moment du contrôle). Trois unités fonctionnent avec les portes ouvertes (unités 1, 4, et 5) et trois unités, dites « protégées », ont leurs portes fermées (unités 2, 6 et 7).

Les locaux d'hébergement sont apparus globalement en bon état et bien entretenus, même s'il est apparu que les patients ont froid dans les étages et plus particulièrement dans les CI.

Le GHU est confronté à l'impératif de désencombrer les services d'accueil des urgences (SAU), saturés. Il est apparu des durées trop prolongées dans les structures d'amont (SAU, infirmerie de la préfecture de police de Paris, centre psychiatrique d'orientation et d'accueil du GHU), fragilisant l'adhésion aux soins et leur qualité, ainsi que le statut juridique des patients, les décisions n'étant prises qu'ensuite de l'admission à Henri Ey, ou au contraire les certificats médicaux n'étant établis qu'à leur arrivée sur le site. Les patients sont ainsi maintenus en soins sans consentement de façon arbitraire.

La suroccupation des lits impose leur gestion de façon très contrainte au sein du GHU, dégradant la cohérence du parcours de soins : les patients peuvent être hébergés hors de leur secteur, parfois dans un autre site. Les différentes cellules de régulation et services de gestion des lits ne peuvent répondre qu'imparfaitement à la situation. La suroccupation conduit à faire des CI une donnée de la gestion des lits, sans conservation d'une chambre hôtelière, avec parfois un maintien du patient en CI portes ouvertes, ou l'utilisation de chambres dites « sécurisées » en chambres hôtelières. Des lits d'appoints peuvent être utilisés.

Le site Henri Ey bénéficie d'un effectif médical et soignant dans l'ensemble suffisant et adapté, permettant la délivrance de soins pluridisciplinaires. Il est toutefois observé un recours croissant au recrutement d'infirmiers intérimaires, qui contribue à fragiliser le lien soigné-soignant, les transmissions, la formation des agents. L'offre de soins paramédicaux est développée, organisée même en cas de placement à l'isolement. Des séances diversifiées et pertinentes d'éducation thérapeutique sont proposées, notamment en sexologie ; toutefois les médecins généralistes n'y sont pas associés.

¹ CGLPL, Rapport de première visite, centre hospitalier Henry Ey Paris 13^{ème}, 26 au 30 avril 2010 (en ligne).

Une unité intersectorielle d'animation offre une gamme exceptionnelle d'activités. Toutefois, ces activités sont occupationnelles et le déploiement d'activités thérapeutiques reste insuffisant au sein des unités, alors même que des enveloppes budgétaires allouées aux pôles par le GHU y sont spécifiquement consacrées.

Toutes les unités accueillent des patients en soins sans consentement, l'orientation en unité fermée ou ouverte n'étant commandée que par la clinique. Les patients en soins sans consentement en unité ouverte circulent librement au sein de l'établissement mais des patients en soins libres sont soumis à autorisation pour sortir de l'établissement. Ils sont parfois recensés comme fugueurs, voire signalés aux forces de polices s'ils sortent sans « autorisation », parfois accueillis « sous contrat de soins » en unité fermée, où leur sont appliquées les mêmes restrictions qu'aux autres patients.

Ces dernières sont hétérogènes selon les unités. Dans les unités ouvertes, elles sont globalement proportionnées et individualisées, adaptées à la clinique. Dans les unités fermées, elles sont plus ou moins importantes (port du pyjama, soustraction du tabac, des chargeurs de téléphone, limitation des accès aux terrasses).

L'unité intersectorielle de soins intensifs (unité 6) est apparue particulièrement sécuritaire. On y compte quatre CI pour six chambres hôtelières. Les patients y sont systématiquement en pyjama, ne peuvent pas sortir de l'unité et n'ont pas accès à leur tabac. Aucun téléphone portable n'est autorisé. Or, les patients qui y sont accueillis ne répondent pas tous à un profil de « crise ». D'une part, la suroccupation induit que les patients y séjournent dans l'attente d'une chambre dans le secteur d'origine, parfois jusqu'à la sortie. D'autre part, les orientations se font depuis le pôle ou depuis le site, et la dimension intersectorielle n'est plus respectée.

Il n'est pas déployé de politique effective de réduction du recours et des durées des mesures d'isolement-contention. La recherche d'une CI au sein du GHU est entreprise avant celle des mesures alternatives à mettre en place. Des isolements échappent à la traçabilité et sont parfois réalisés dans un espace non dédié. Ainsi, les isolements en chambres « sécurisées » ne sont pas recensés comme tels. Ces dernières ne répondent ni aux exigences d'une CI ni à celles d'une chambre hôtelière. Les isolements séquentiels ne sont pas recensés comme tels dans le registre, qui ne fait l'objet d'aucune analyse statistique. Il a été constaté des durées particulièrement longues d'isolement et de contention. Des mineurs en soins libres sont isolés et parfois contenus.

Si le GHU déploie des espaces d'apaisement dans l'ensemble des unités, il est apparu que les deux espaces déjà aménagés au sein du site Henri Ey n'étaient pas utilisés comme des lieux alternatifs à l'isolement en cas de crise.

Les soignants ne sont pas formés aux droits des patients en soins sans consentement ni aux alternatives à l'isolement et à la contention. Les directives anticipées en psychiatrie sont déclinées selon des plans de prévention partagés en extra hospitaliser exclusivement ; leur mise en œuvre en cas d'hospitalisation n'est pas effective. La pair-aidance connaît un début de déploiement. L'ensemble de ces outils et leviers n'est toutefois pas articulé dans le cadre d'une politique globale.

Les patients sont insuffisamment informés de leurs droits et des règles de vie dans les unités. Les livrets d'accueil correspondent à l'ensemble du GHU et ne sont pas spécifiques du site ; ils ne sont pas systématiquement distribués, ni expliqués aux patients. Les décisions sont notifiées ainsi que les droits, mais sans un temps d'explication renouvelé. Les soignants sont peu formés aux procédures ; les patients connaissent mal le rôle des représentants des usagers, de la commission des usagers, du juge des libertés et de la détention (JLD).

Si les procédures sont correctement renseignées et le livre de la loi parfaitement tenu, les JLD, en sous-effectifs, ne sont pas en mesure d'exercer pleinement leur contrôle. Les audiences ne se tiennent que sur le site du CH Sainte-Anne et les contacts avec des patients isolés ou sous contention, par visio-conférence ou téléphone, inexistantes.

Une réunion de restitution a eu lieu le 9 avril 2024 à 11h.

Un rapport provisoire a été adressé au début du mois de juillet au directeur du GHU, à l'agence régionale de santé d'Île de France, au président du tribunal judiciaire de Paris ainsi qu'à la procureure de la République près ce tribunal et au préfet de Paris pour une période d'échange contradictoire d'un mois.

Seul le directeur du GHU Paris psychiatrie et neurosciences a formulé en retour des observations, par courrier du 27/08/2024, auxquelles était joint un tableau récapitulatif détaillé comportant remarques et plan d'actions afférents à chacune des recommandations, indiquant que certaines avaient d'ores et déjà été prises en compte par l'établissement. Le directeur soulignait par ailleurs que plusieurs des recommandations formulées et les actions mises en place ou proposées en réponse ne pouvaient être totalement décorrélées du contexte conjoncturel national extrêmement tendu en termes de capacitaires et de personnel, impactant inexorablement l'organisation hospitalière. Ses observations sont insérées dans le corps du rapport, en police spécifique.

SOMMAIRE

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.

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.

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| SOMMAIRE | 5 |
| RAPPORT | 13 |
| 1. CONDITIONS DE LA VISITE | 13 |
| 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT | 15 |
| 2.1. Le site Henri Ey constitue le plus important site d'hospitalisation du GHU de Paris après celui de Sainte-Anne | 15 |
| 2.2. La situation financière du GHU, favorable, permet des investissements mais le budget de certaines unités est insuffisant pour financer des activités | 18 |
| Recommandation 1 | 20 |
| Les dotations allouées à chaque unité pour organiser des activités thérapeutiques doivent être suffisantes. | |
| 2.3. Le site d'Henri Ey est globalement bien doté en effectif, notamment médical, mais ne peut se dispenser du recours à de l'intérim infirmier | 21 |
| Recommandation 2 | 23 |
| Le personnel soignant doit être formé aux droits des patients en soins sans consentement, à la prévention des situations de crise et aux alternatives aux mesures d'isolement et de contention. | |
| Recommandation 3 | 24 |
| Une information doit être relayée et renouvelée au sein des unités afin que les équipes bénéficient de supervisions, de retours sur leurs pratiques professionnelles, et puissent faire appel aux services déployés par le pôle santé prévention au travail. | |
| 2.4. Le traitement des événements indésirables est défaillant alors que les déclarations sont peu nombreuses et ne peuvent être anonymisées | 24 |
| Recommandation 4 | 26 |
| Les membres du personnel doivent pouvoir déclarer un événement indésirable de manière anonyme et être informés du suivi et des suites apportées. | |
| Le traitement des événements indésirables doit apporter une réponse systématique au déclarant. | |
| Des retours d'expérience et des revues de morbi-mortalité doivent être mis en place après la survenance des événements indésirables graves et notamment en cas de décès. | |
| Recommandation 5 | 27 |
| L'établissement ne doit pas transmettre de fiches signalétiques aux services de police pour les patients en soins libres dont l'absence est constatée, sans commission d'infraction ni de violation | |

d'obligations particulières, sauf danger grave et imminent pour le patient, appelant le cas échéant une transformation du régime juridique en soins sans consentement.

2.5. Le comité d'éthique n'est pas connu des soignants..... 29

Recommandation 629
Les missions et les modalités de saisine du comité d'éthique doivent être connues de tous les soignants.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT 30

3.1. Le manque de lits en services de psychiatrie conduit à l'embolie des services d'urgence
30

Recommandation 732
Le rôle des différentes instances de régulation des lits doit être clairement défini et les interventions de chaque acteur précisées dans une procédure coopérative efficace, tenant compte de l'organisation des unités de soins.

Recommandation 833
Un projet structurel du service public de santé doit répondre aux besoins de soins des patients, s'agissant des alternatives à l'hospitalisation, du parcours de soins les conduisant des services d'accueil des urgences vers l'hospitalisation à temps complet, puis vers une solution de sortie pertinente. Un accueil adapté et la dispensation de soins de qualité doivent constituer son objectif premier.

3.2. Une incoercible pression relative au manque de lits dégrade les conditions de prise en charge des patients..... 33

Recommandation 934
Le recours aux procédures dérogatoires (soins en cas de péril imminent et soins à la demande d'un tiers en urgence) doit être exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement sur décision du directeur.

Recommandation 1036
Le parcours des patients ne doit pas être émaillé de ruptures et d'instabilités, conjuguant changements de sites, de secteurs, d'unités, de chambres, au seul motif de la suroccupation continue des unités. Les patients non isolés doivent être accueillis en chambre hôtelière, sans recours à des solutions d'appoint, ni hébergement en chambres « sécurisées » ou d'isolement. Seules les chambres hôtelières doivent être comptées dans le capacitaire.

3.3. Les modalités formelles d'information des patients ne leur permettent pas de connaître effectivement leurs droits 36

Recommandation 1137
Chaque patient doit recevoir dès son arrivée un livret d'accueil comportant des informations actualisées concernant ses droits et son mode d'admission ainsi qu'un règlement de fonctionnement conforme aux modalités de sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.

Recommandation 1238
Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons de la mesure. Les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient qui, en outre, doit recevoir une explication des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique. Le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé. Enfin, les délais de recours doivent figurer dans la notification des droits.

4. LES CONDITIONS DE VIE..... 39

| | |
|--|-----------|
| 4.1. Les locaux sont neufs et fonctionnels mais la température n’y est pas toujours adaptée 39 | |
| Recommandation 13 | 40 |
| La température dans les unités d’hospitalisation et les locaux du personnel doit être réglée, été comme hiver, en fonction des normes en vigueur. Les chambres doivent comporter l’équipement en tables et chaises correspondant au nombre d’occupants. Les toilettes doivent être dotées d’abattants et lunettes. Les chambres hôtelières ne doivent pas être équipées de verrous permettant l’enfermement des patients depuis l’extérieur. | |
| 4.2. Une attention soutenue est prêtée à l’hygiène mais aucun vestiaire de dépannage n’est tenu à disposition des patients..... | 40 |
| Recommandation 14 | 41 |
| Le site Henri Ey doit disposer d’un vestiaire de dépannage afin d’éviter que des patients ne soient contraints au port du pyjama pendant tout leur séjour, soient présentés aux audiences ou sortent d’hospitalisation ainsi vêtus. | |
| 4.3. Le retrait des effets personnels est particulièrement restrictif dans deux unités fermées 41 | |
| Recommandation 15 | 42 |
| Le retrait des effets personnels doit être proportionné et individualisé en fonction de l’état clinique du patient. | |
| 4.4. La restauration donne satisfaction aux patients | 42 |
| 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES..... | 44 |
| 5.1. Des patients hospitalisés en soins libres se retrouvent derrière des portes fermées . | 44 |
| Recommandation 16 | 44 |
| Les interdictions de sortie hors des unités de soins, notamment de celle intersectorielle de soins intensifs, doivent être individualisées. | |
| Recommandation 17 | 45 |
| Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir de l’établissement à leur convenance, sans être soumis à autorisation. | |
| 5.2. Les restrictions dans la vie quotidienne, variables en fonction des unités, sont systématiques à l’unité intersectorielle de soins intensifs..... | 46 |
| Recommandation 18 | 46 |
| Les restrictions relatives à la consommation de tabac doivent répondre à des consignes médicales individualisées. | |
| Recommandation 19 | 47 |
| Le port du pyjama institutionnel doit respecter la dignité du patient et répondre à une consigne médicale individualisée. | |
| 5.3. L’accès au téléphone est contraint dans les unités fermées..... | 47 |
| Recommandation 20 | 48 |
| De manière générale, le principe doit être la libre disposition des moyens de communication. Les restrictions éventuelles comme les retraits des téléphones portables, ordinateurs, tablettes et de leur chargeurs doivent être individualisés et réévalués par un psychiatre, y compris dans l’unité intersectorielle de soins intensifs. | |
| 5.4. L’accès au vote est globalement bien organisé..... | 49 |
| 5.5. Les patients ont accès aux différents cultes..... | 50 |

| | |
|--|-----------|
| 5.6. Les soignants sont insuffisamment formés à la prise en compte de l'intimité et de la vie sexuelle des patients | 51 |
| Recommandation 21 | 51 |
| Tous les soignants doivent bénéficier d'une formation concernant la prise en compte de l'intimité et de la vie sexuelle de patients, afin d'être capables d'assurer une information adaptée s'agissant de la contraception, des infections sexuellement transmissibles et de leur prévention et de la notion de consentement à la sexualité. | |
| Bonne pratique 1 | 52 |
| Les patients bénéficient de séances diversifiées d'éducation thérapeutique, notamment de celles, peu observées ailleurs, de l'atelier « sexologie », qui permettent l'abord des thèmes du consentement à la sexualité, des infections sexuellement transmissibles, des effets secondaires sexuels des médicaments psychotropes, des pratiques sexuelles, de la notion de genre, de la notion de plaisir, de la contraception et du désir de procréer. | |
| 6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION | 53 |
| 6.1. La configuration des chambres d'isolement et des chambres sécurisées n'est pas respectueuse de l'intimité et de la sécurité des patients | 53 |
| Recommandation 22 | 54 |
| L'attention portée à la sécurité des patients ne peut justifier l'existence de dispositifs permettant de visualiser les sanitaires et WC, intrusifs et attentatoires à l'intimité et la dignité. Les volets des fenestrons donnant sur le couloir doivent être protégés de sorte à empêcher toute vue sur l'intérieur de la chambre par des patients. Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel à portée de main du patient, y compris pendant les phases de contention. | |
| Recommandation 23 | 54 |
| Un accès quotidien à l'air libre doit être ménagé pour les patients isolés, lequel ne doit pas être restreint aux seuls fumeurs. | |
| Bonne pratique 2 | 54 |
| L'intervention de professionnels paramédicaux durant la période d'isolement du patient permet une diversification des soins. | |
| Recommandation 24 | 55 |
| Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen médical somatique. | |
| Recommandation 25 | 55 |
| Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifique adapté, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure. Les chambres « sécurisées », qui ne présentent aucune garantie de sécurité ni pour les soignants ni pour le patient, ne doivent pas être utilisées comme des espaces d'isolement et doivent être réhabilitées en chambres hôtelières. | |
| 6.2. Les registres comportent des données faussées et ne sont pas analysés dans l'objectif d'une réduction des recours et de la durée des mesures | 56 |
| Recommandation 26 | 56 |
| Les données exactes concernant les mesures d'isolement et de contention ainsi que leurs durées doivent figurer dans le registre <i>ad hoc</i> . Un tel enfermement, régi par les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, constitue une mesure de dernier recours et ne peut se justifier sous couvert d'un contrat de soin verbal pris avec un patient en soin sans consentement, sur consigne médicale et à l'appréciation des soignants. | |

| | |
|--|-----------|
| Recommandation 27 | 58 |
| Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse et d'une discussion pluridisciplinaire régulière au sein de chaque secteur afin de favoriser la réduction de ces pratiques ainsi que leur durée. | |
| Recommandation 28 | 59 |
| Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement dont l'usage doit être pensé comme une alternative aux mesures d'isolement et de contention ; leur impact sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci doit être évalué. | |
| Les soignants doivent être formés aux alternatives à l'isolement et à la contention, qui doivent être recherchées avant tout placement à l'isolement, à la psychopathologie des patients et aux autres outils permettant un moindre recours à l'isolement qui doivent être explicités dans un protocole de mise en isolement. | |
| 6.3. La politique de réduction des mesures d'isolement et de contention est lapidaire au sein du GHU | 59 |
| Recommandation 29 | 59 |
| L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement l'objectif d'une réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention et décrire les moyens mis en œuvre pour y parvenir. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement doit comporter des indicateurs spécifiques des pratiques d'isolement et de contention. | |
| 7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS | 61 |
| 7.1. La commission départementale des soins psychiatriques ne remplit qu'imparfaitement ses missions | 61 |
| Recommandation 30 | 61 |
| La commission départementale des soins psychiatriques doit produire un rapport d'activité contenant des observations sur les données recueillies et des conclusions concernant les constatations qu'elle a opérées. | |
| 7.2. Le rôle de la commission des usagers est mal connu et les représentants ne sont pas suffisamment associés au fonctionnement de l'établissement | 61 |
| Recommandation 31 | 62 |
| La direction de l'établissement doit favoriser l'information dans les unités, à destination des professionnels et des usagers, sur le rôle de la commission des usagers et des représentants d'usagers, et une visite complète de l'établissement à destination des associations d'usagers doit être organisée. | |
| 7.3. Le registre de la loi, informatisé et très complet, n'est pas tenu dans les délais légaux | 62 |
| Recommandation 32 | 63 |
| Le registre de la loi doit être renseigné dans le délai légal. | |
| Recommandation 33 | 64 |
| Les patients ne peuvent être maintenus en situation de privation de liberté sans titre, c'est-à-dire de manière arbitraire. Les décisions de placement en soins sans consentement du directeur de l'établissement doivent être prises à bref délai après le certificat médical initial et notifiées au patient dès que son état clinique le permet. Les certificats médicaux ultérieurs doivent être établis dans les délais légaux. | |
| 7.4. Le contrôle du juge des libertés et de la détention n'est pas effectif | 64 |

| | |
|---|-----------|
| Recommandation 34 | 67 |
| L'effectif des juges de la liberté et de la détention doit être suffisant pour que les magistrats puissent exercer pleinement et sereinement le contrôle qui leur incombe. | |
| L'audition du patient placé à l'isolement ou sous contentions qui en fait la demande doit être réalisée par les moyens de communication audiovisuelle ou par communication téléphonique, sauf motif médical circonstancié et non systématique la contre-indiquant. | |
| 8. LES SOINS | 68 |
| 8.1. Les options thérapeutiques non médicamenteuses de l'unité intersectorielle de soins intensifs se limitent à des pratiques d'enfermement | 68 |
| Recommandation 35 | 68 |
| Les soignants doivent connaître les projets des pôles dans lesquels ils exercent et être informés des orientations du projet médical du groupe hospitalier universitaire qui les concernent. | |
| Recommandation 36 | 69 |
| Les patients hébergés dans un autre pôle que celui d'origine doivent bénéficier d'une qualité de prise en charge équivalente à ceux hospitalisés dans l'unité de référence. | |
| Recommandation 37 | 69 |
| Tous les patients volontaires doivent bénéficier de réunions soignants-soignés, qui favorisent leur libre expression concernant l'organisation de la vie institutionnelle au sein des unités. | |
| Bonne pratique 3 | 70 |
| Les réunions « familles » permettent leur information adaptée concernant les coordonnées et les objectifs des groupes psychoéducatifs et des associations qui leur sont destinés ainsi que sur les signes avant-coureurs de la décompensation des troubles psychiques. La remise d'une carte « urgences », qui présente les numéros de téléphone des sites à contacter en cas d'urgence somatique ou psychiatrique, se distingue par sa pertinence. | |
| Recommandation 38 | 70 |
| Les patients qui font l'objet d'une indication doivent bénéficier de prises en charge de réhabilitation psychosociale, animées par des soignants spécifiquement formés. | |
| Bonne pratique 4 | 71 |
| L'espace socioculturel « Animation et Bibliothèque » propose une diversité d'activités occupationnelles rarement observée, à tous les patients et tous les jours de l'année. | |
| Recommandation 39 | 72 |
| L'enfermement continu dans l'espace restreint d'une unité, voire d'une chambre d'isolement ou d'hébergement pour certains, ne sauraient constituer l'unique mode de prise en charge des patients de l'unité intersectorielle de soins intensifs. Des activités thérapeutiques doivent leur être proposées. | |
| Recommandation 40 | 73 |
| Les patients doivent, au-delà des activités occupationnelles qui leur sont proposées, bénéficier d'activités thérapeutiques, impliquant une participation sur indication médicale, une traçabilité du déroulement dans le dossier du patient et une restitution lors de l'abord des projets de soins pendant les staffs en équipe pluriprofessionnelle. | |
| Recommandation 41 | 74 |
| Les modalités de distribution des médicaments doivent systématiquement garantir le respect de l'identitovigilance et la confidentialité relative aux traitements. | |
| Bonne pratique 5 | 74 |
| La pharmacie édite un livret de recommandations médicamenteuses, utilisable par tous les soignants au quotidien sur divers supports, et, au bénéfice des patients, des carnets explicatifs pour les | |

médicaments dont les modalités de suivi sont complexes, favorisant la qualité de l'observance et de l'administration des traitements.

8.2. Les patients reçoivent des soins somatiques adaptés à leurs besoins mais les généralistes ne participent pas aux actions d'éducation thérapeutique..... 75

Recommandation 4276

Les infirmiers qui gèrent des situations cliniques d'urgence somatique, ou accueillent un patient dont l'état clinique somatique n'est pas stable, doivent pouvoir solliciter directement les médecins généralistes.

Recommandation 4376

L'organisation du plateau technique du site de Sainte-Anne doit permettre la réalisation d'une IRM cérébrale au profit des patients du site Henri Ey présentant un premier épisode de décompensation psychiatrique, dans un délai adapté.

Recommandation 4477

La procédure d'accompagnement des patients à l'extérieur pour des consultations spécialisées ou des examens complémentaires doit garantir, lors du retour, la qualité de la transmission des éléments médicaux à l'équipe de référence.

Recommandation 4577

Les médecins généralistes doivent être associés aux actions d'éducation thérapeutique proposées aux patients.

8.3. Les modalités relatives à l'exercice du consentement du patient sont insuffisamment mises en œuvre..... 77

Recommandation 4678

La personne de confiance doit être informée de sa désignation par le patient et invitée à matérialiser son engagement par écrit. Elle doit être sollicitée lors des différentes étapes du projet de soins.

Recommandation 4778

Les patients doivent se voir proposer la rédaction systématique de directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations, des soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention.

Recommandation 4878

L'administration injectable urgente d'un médicament doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué ; la prescription « si besoin » ne saurait perdurer.

Recommandation 4979

L'effectif de la pharmacie à usage intérieur doit lui permettre de réaliser la procédure de conciliation médicamenteuse avec tous les patients hospitalisés. La pharmacie doit notamment être informée dans ce cadre des dates de fin de prise en charge hospitalière, afin d'anticiper l'organisation de la procédure de conciliation de sortie.

8.4. La préparation à la sortie est mise en difficulté par le manque de structures d'aval et des difficultés administratives 79

Recommandation 5081

Il ne peut être admis que les temps d'hospitalisation en soins sans consentement soient prolongés non selon des critères cliniques mais du fait d'obstacles administratifs et de manque de places en structures d'aval. L'ensemble des acteurs concernés doit rechercher de façon concertée les moyens de favoriser la sortie des patients dans des conditions adaptées à leur état de santé.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES 82

9.1. Des mineurs sont hospitalisés dans les unités pour adultes et peuvent faire l'objet de mesures d'isolement et de contention 82

Recommandation 5182

Dans l'intérêt de l'enfant, toute admission à la demande des représentants légaux doit faire l'objet d'une demande spécifique, signée par les deux parents lorsque l'exercice de l'autorité parentale est conjoint. Lorsqu'un seul parent est titulaire de l'autorité parentale, l'autre parent doit être informé de la mesure sauf à avoir été privé de ce droit par un juge. De même, l'aide sociale à l'enfance ne peut se substituer à l'autorité parentale des parents, sauf jugement déléguant l'autorité parentale à ce service. À cette fin, les établissements doivent s'assurer de l'identité du ou des titulaires de l'autorité parentale.

Le positionnement de l'adolescent hospitalisé en soin libre doit être recherché et tracé dès son admission.

Recommandation 5283

Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formée spécifiquement à la pédopsychiatrie et dans des conditions garantissant leur protection contre toute forme de violence, physique ou morale.

Recommandation 5384

Les mesures d'isolement et de contention d'un mineur hospitalisé en soins libres sont dépourvues de base légale. Considérant en outre que de telles mesures sont contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant, elles doivent être proscrites, y compris pour les enfants placés en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.

9.2. L'établissement accueille ponctuellement des patients détenus 84

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Irène Boffy, cheffe de mission ;
- Clara Benhamou ;
- Anne-Sophie Bonnet ;
- Jean-François Carrillo ;
- Claire de Galembert ;
- Agnès Lafay ;
- Julien Starkman ;
- Romain Grapton, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs et un stagiaire ont contrôlé le site Henri Ey (Paris 13^{ème} arrondissement), rattaché au GHU Paris psychiatrie et neurosciences, établissement public de santé multisites créé le 1er janvier 2019 par fusion du centre hospitalier Sainte-Anne, de l'établissement public de santé Maison-Blanche et du groupe public de sante Perray-Vaucluse, du 2 au 9 avril 2024. Il s'agissait d'une deuxième visite, cinq contrôleurs ayant visité le site en avril 2010².

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 2 avril 2024 à 14h et l'ont quitté le 9 avril 2024 à 12h. La visite avait été annoncée le jeudi 28 mars à la direction et, le 2 avril 2024, à l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile de France, au président du tribunal judiciaire (TJ) de Paris, à la procureure de la République près ce tribunal et à la directrice de cabinet du préfet de police de Paris.

Une réunion de présentation a été organisée dès l'arrivée des contrôleurs, réunissant la directrice de la politique médicale (directrice référente du site), la directrice juridique, le directeur des soins, la directrice des usagers et de la qualité, la cadre administrative de site, la responsable du service des soins sans consentement (SSC), le médecin du département d'information médicale (DIM), la

² CGLPL, Rapport de première visite, centre hospitalier Henry Ey Paris 13^{ème}, 26 au 30 avril 2010 (en ligne).

cadre supérieure de santé et du pôle 75G19, le chef du pôle 75G19, le cadre supérieur et le chef du pôle 75G05-G06, la cadre de santé et un praticien hospitalier du pôle 75G20-G21. Les contrôleurs ont ensuite procédé à une visite des locaux.

Une salle de travail et un équipement en informatique (un ordinateur portable et une clé USB par contrôleur) regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient 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 Henri Ey et sur le site de l'hôpital Sainte-Anne. Les contrôleurs ont notamment rencontré le directeur des finances et son adjoint, le directeur adjoint des ressources humaines, la directrice de l'innovation organisationnelle et du partenariat patient. Des échanges par mail ont eu lieu avec le chef de cabinet du directeur des usagers et des polices administratives de la préfecture de Paris.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) sur le site de Sainte-Anne et ont rencontré la coordinatrice de ce service.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 9 avril 2024 à 11h, en présentiel et en visio-conférence, avec le directeur adjoint du GHU de Paris psychiatrie et neurosciences, les représentants des directions supports du GHU et des représentants de l'ensemble des pôles.

Le rapport provisoire de visite a fait l'objet d'observations circonstanciées du chef d'établissement, intégrées dans le corps du rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1. LE SITE HENRI EY CONSTITUE LE PLUS IMPORTANT SITE D'HOSPITALISATION DU GHU DE PARIS APRES CELUI DE SAINTE-ANNE

2.1.1. La politique intra et extra hospitalière

a) Le GHU de Paris

Le site Henri Ey fait partie du groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences, établissement public de santé multisites créé le 1er janvier 2019 par fusion du centre hospitalier Sainte-Anne, de l'établissement public de santé Maison-Blanche et du groupe public de santé Perray-Vaucluse. Le GHU prend en charge 61 000 patients par an (soit un Parisien sur 35)³. Il a vocation à traiter les troubles psychiques (filiales psychiatrie) et les maladies du système nerveux (filiales neurosciences). Il compte 5 600 agents, dont 607 médecins seniors (162 praticiens exerçant dans le pôle neurologique de Sainte-Anne, 445 psychiatres et pédopsychiatres) et plus de 300 psychologues.

Il compte 16 pôles de psychiatrie adultes, 3 pôles de psychiatrie infanto-juvénile et 170 structures de soins. La filière de psychiatrie adulte concerne 21 secteurs, 6 sites d'hospitalisation⁴ pour 969 lits.

Le projet d'établissement du GHU (2021-2025) compte quatre axes : développer le partenariat patient, attirer et fidéliser les professionnels au sein du GHU, devenir un hôpital durable, impulser et soutenir les innovations.

Aucun n'est spécifiquement tourné vers la réduction des mesures de soins sans consentement ni des mesures d'isolement-contention, ni la formation des soignants aux droits fondamentaux des patients hospitalisés en SSC. Cependant, il comprend le déploiement d'espaces d'apaisement ou de répit psychique et de « *nouvelles pratiques de soins permettant de contenir la crise* ». Ces espaces d'apaisement sont conçus par un laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité (Lab-Ah), laboratoire « *d'innovation par le design* ». Sur le site Henri Ey, deux espaces de ce type étaient déjà utilisés, trois étaient en cours d'installation, une unité en était encore dépourvue. Si ces lieux paraissent bien conçus et bien équipés, ils ne s'intègrent pas dans une politique de soins préventive de l'isolement et de la contention (cf. § 6.2 et 6.3, recommandation n°29).

Le GHU a par ailleurs le projet de développer le recrutement et l'intégration dans les équipes de médiateurs de santé pairs (axe partenariat patient), avec l'objectif, à cinq ans, de disposer d'un pair-aidant par pôle ou coordination de territoire. Il est prévu de « *généraliser le suivi de formations pour favoriser, au-delà des rencontres soignants-soignés, l'intégration effective des patients dans les réflexions d'équipe* ». Au moment du contrôle, ce dispositif, développé seulement en extrahospitalier, était encore embryonnaire. Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) connaissent également un début de déploiement au travers des plans de prévention partagés (PPP), et n'interviennent qu'en extrahospitalier (cf. § 8.3 recommandation n°47).

³ L'INSEE recensait 2 145 906 habitants au 1^{er} janvier 2020.

⁴ Sainte-Anne, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements, Henri Ey 8^{ème}, 9^{ème} et 17^{ème} arrondissements, Hauteville 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements, Bichat 18^{ème} arrondissement, Lasalle 19^{ème} arrondissement, Avron 20^{ème} arrondissement.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM 75) de Paris pour la période 2021-2025 prévoit d'« interpellier » chaque structure actrice du parcours de soin, quant aux réponses apportées aux situations de crise et d'urgence : les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil et de crise et les centres d'accueil permanent ; les équipes mobiles de crise ; « les interventions préhospitalières en visant le déploiement de moyens adaptés et concertés pour des soins appropriés, quel que soit le lieu de survenue de la situation de crise » ; les services d'accueil des urgences (SAU), et enfin les services d'hospitalisation « pour réduire la part de soins sans consentement, les mesures de contention et d'isolement et assurer une transition avec les soins ambulatoires à la sortie du séjour ». Il n'est pas apparu que cet axe ait abouti à une organisation territoriale préventive de la crise ni contribuant au recul de ces mesures (cf. § 3.1, § 3.2, § 6.3).

b) Les pôles du site Henri Ey

Le site Henri Ey intéresse trois pôles du GHU, correspondant aux secteurs de la zone Paris Nord.

Le pôle 75G05-G06 correspond au secteur des 8^{ème} et 9^{ème} arrondissements ; ce pôle compte une unité à l'hôpital d'Hauteville dans le 10^{ème} arrondissement (pour une partie des patients du 75G06) qui n'a pas été contrôlée lors de la présente visite, et qui a vocation à être transférée à Henri Ey à compter d'octobre 2024 (ensuite de la rénovation du 3^{ème} étage).

Le 75G19 correspond au 17^{ème} arrondissement Ouest et le 75G20-G21 au 17^{ème} arrondissement Est. Des réunions de site ont lieu régulièrement entre les trois pôles, trois à quatre fois par an, pour évoquer diverses problématiques du quotidien⁵. Les pôles sont organisés en coordination de territoire. Des réunions de pôles rassemblent les responsables de toutes les unités. Un calendrier de coordination entre l'intra et l'extra hospitalier est défini par secteur.

En outre, les deux pôles du 17^{ème} arrondissement sont organisés autour d'une même coordination selon une logique de territoire partagé. Ainsi certaines structures sont intersectorielles : le « foyer Lemercier », structure de soins qui se situe entre l'hospitalisation complète et le retour à domicile, pour des patients nécessitant une réhabilitation au long cours (admission sur dépôt de candidatures et passage en commission). De même, une équipe mobile d'accompagnement (EMA) intervient sur tous les secteurs de la coordination du 17^{ème} arrondissement. Chaque secteur compte un CMP : le CMP Etoile pour le 75G20-G21 et le CMP Rochefort pour le 75G19. Le 75G20-G21 (file active de 1 862 patients en 2023, 526 patients reçus à Henri Ey) compte en outre un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un centre de consultations et d'évaluations spécialisées (CCES⁶) et deux structures intersectorielles d'accueil en hôpital de jour (HJ). Il existe également sur le pôle une consultation de prévention et de suivi des violences à caractère sexuel (CPSVS). Le secteur 75G19 a eu une file active de 2 193 patients en 2023, dont 407 en hospitalisation à Henri Ey. Le centre de réhabilitation psycho-social en hôpital de jour (CREHAPS) dans le 9^{ème} arrondissement et le CATTP dans le 10^{ème} sont à recrutement intersectoriel pour le Nord de Paris.

Une même coordination anime le territoire des 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements. Le 75G05-G06 (file active de 1 845 patients en 2023, 521 en hospitalisation à Henri Ey et Hauteville) compte le CMP

⁵ Les travaux, la gestion des parkings, des accès, etc.

⁶ Le CCES propose des évaluations spécialisées, de la thérapie familiale, de l'éducation thérapeutique, de l'EMDR (Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires), des thérapies comportementales et cognitives (TCC), du psychodrame analytique, des thérapies interpersonnelles (TIP), de la luminothérapie, des thérapies de schémas, de la yogathérapie, de la thérapie cognitive basée sur la méditation pleine conscience (MBCT), de la transition psychotique, du Somatic experiencing.

Amsterdam (8^{ème} arrondissement) et une unité de consultation d'évaluation et d'orientation pour soins pénalement ordonnés et troubles paraphiliques (9^{ème} arrondissement). Le centre d'accueil permanent de Hauteville compte 10 lits et accueille les patients en soins libres (SL). Une plate-forme de réhabilitation psycho-sociale Paris Nord, située dans le 9^{ème} arrondissement, est intersectorielle, ainsi qu'un centre de réhabilitation psycho-sociale en hôpital de jour (CREHAPS) dans le 9^{ème}, et un CATTP dans le 10^{ème}.

Aucun des CMP de secteurs n'organise d'accueil au-delà de 21h ni le week-end. En revanche les délais ne sont pas longs pour obtenir un rendez-vous pour les patients sortant d'hospitalisation, les médecins des unités travaillant également en CMP et planifiant les rendez-vous. Il n'y a pas d'hospitalisation à domicile (HAD) psychiatrique, mais des accueils en hospitalisation de jour (HDJ) sur l'ensemble des secteurs.

c) Les caractéristiques de la patientèle

La patientèle est par principe celle des secteurs. Cependant, le site Henri Ey, à l'instar du GHU, est confronté au phénomène des personnes dont le domicile est indéterminé en région parisienne (DIRP), qu'il s'agisse de personnes sans domicile fixe, sans identité reconnue, sans titre de séjour, ou en situation de voyage pathologique. Il a été indiqué que le nombre de DIRP pouvait représenter une part non négligeable de la patientèle, évaluée à 40 % des patients du pôle 75G19 par exemple. 80 nouveaux DIRP seraient accueillis par secteur chaque année. La composante médico-sociale des patients est ainsi très hétérogène.

Il incombe au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du CH Sainte-Anne de « sectoriser » les patients DIRP. Une fois ce secteur défini, il est acquis : le patient a vocation à être pris en charge, et le cas échéant à être réhospitalisé, au sein des structures de soins de ce même secteur. En revanche, les patients en voyage pathologique dont l'adresse est connue ont vocation à être transférés à destination de leur secteur d'origine (en France).

Les séjours hospitaliers des patients en SSC peuvent parfois être prolongés, sans corrélation avec l'état clinique, par manque de solution d'aval du fait de la situation administrative du patient (notamment en cas d'absence d'identité connue, ou en cas de séjour irrégulier sur le territoire français) (cf. § 8.4).

On constate une part très importante des SSC sur le site d'Henri Ey, tous statuts confondus : on compte ainsi 704 patients en SSC en 2023, pour une file active de 1 035 patients (68 %) (dont 140 en soins sur décision du représentant de l'Etat - SDRE) (cf. § 3.2.2). Le PTSM 75 relève que le pourcentage de journées en hospitalisation sans consentement à Paris a été rapidement croissant entre 2014 et 2018, passant de 31,3 % à 40,7 %, soit une hausse de 9,4 %, alors même que le nombre total de journées d'hospitalisation, le nombre de patients hospitalisés et les durées moyennes d'hospitalisation (DMH) sont stables.

2.1.2. Les unités d'hospitalisation à Henri Ey

Henri Ey, 2^{ème} site du GHU en nombre de lits, n'a pas d'existence administrative autonome ; la plupart des directions et services supports se situent à Sainte-Anne. Situé 15 avenue de la porte de Choisy, il est bien desservi par les transports en commun. Le bâtiment, conçu dans les années 1970, a connu d'importants travaux de rénovation des unités, débutés en 2018.

Il compte huit étages et un rez-de-jardin. Chaque étage correspond à une unité, à l'exception du 8^{ème} étage qui ne compte que des bureaux de consultation et des locaux administratifs, du rez-de-chaussée et du rez-de-jardin qui abritent divers services (cf. § 4.1, § 4.4, § 5.1). Au moment de la

visite, tous les étages avaient été entièrement rénovés, à l'exception du troisième, en travaux, destiné à héberger à terme une unité accueillie à titre transitoire au 4^{ème} étage. Ce dernier a en effet vocation à accueillir une unité située sur le site d'Hauteville.

Le site est organisé en 7 unités d'hospitalisation à temps complet (6 unités au moment du contrôle), pour un capacitaire total de 100 lits au moment du contrôle (4 lits fermés à l'unité 5 par manque de personnel). L'établissement comptait 6 chambres d'isolement (CI) opérationnelles (sur 8 : une CI était fermée pour travaux à l'unité 6, qui a rouvert au cours de la semaine, une autre à l'unité 7). Trois unités sont ouvertes (unités 1, 4, et 5) et trois unités, dites « protégées », ont leurs portes fermées (unités 2, 6 et 7). Chaque pôle dispose d'une unité ouverte et d'une unité fermée : le pôle 75G05-G06 compte les unités 5 et 6, le pôle 75G19 les unités 2 et 4, le pôle 75G20-G21 les unités 1 et 7.

Toutes les unités accueillent des patients en SSC, en principe majeurs (parfois des mineurs, *cf.* § 9.1). Il n'y a pas d'orientation spécifique des SSC selon le régime juridique (et notamment pas des patients admis en SDRE) : seule la présentation clinique préside à l'affectation, dans la limite de la suroccupation (*cf.* § 3.2.2). Toutefois les personnes détenues sont par principe accueillies en unités fermées (*cf.* § 9.2). Le site Henri Ey ne compte pas d'unité spécialisée en gériopsychiatrie et n'est pas équipé pour des soins de nursing.

L'unité 6, unité intersectorielle de soins intensifs (UISI), peine à trouver sa place et sa définition. Elle ne relève ni d'une unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) ni d'une unité pour malades difficiles (UMD), tout en conservant un ratio entre le nombre de soignants et le nombre de patients plus favorable (plus élevé même qu'en UMD), sans qu'il soit justifié par la mise en place d'activités thérapeutiques, aucune n'étant déployée dans l'unité. Elle présente aussi un nombre de CI élevé (4 CI pour 6 chambres hôtelières) et une certaine organisation « sécuritaire ». En théorie, l'admission (pour trois semaines renouvelables) répond à une phase de crise qui ne peut être gérée dans les unités classiques (passage à l'acte dans une autre unité, soulager une équipe en difficulté avec un patient, *etc.*). Les admissions sont normalement programmées (demande par renseignement d'un formulaire). L'UISI, initialement intersectorielle, répond davantage aux besoins du pôle 75G05-G06 ou du site Henri Ey dans les faits (*cf.* § 3.2).

2.2. LA SITUATION FINANCIERE DU GHU, FAVORABLE, PERMET DES INVESTISSEMENTS MAIS LE BUDGET DE CERTAINES UNITES EST INSUFFISANT POUR FINANCER DES ACTIVITES

Le budget global du GHU est d'environ 500 millions d'euros annuels. Le total des charges pour 2024 s'élève à plus de 506 millions d'euros et le total des produits à plus de 510 millions euros⁷. La dotation pour le financement des activités de psychiatrie, réceptionnée le 12 avril 2023, s'est établie à 327,770 millions d'euros⁸. Une dotation complémentaire de 3,3 millions euros au titre de l'année 2022 a été allouée⁹. Au moment du contrôle, l'exercice 2023 n'était pas terminée. Le GHU avait

⁷ « EPRD 2024 – PGPF 2024-2028 », présenté au conseil de surveillance en mars 2028.

⁸ Dotation populationnelle : 268 577 548 € (intégrant une dotation complémentaire) ; dotation pour la file active : 44 153 580 euros (enveloppe nationale répartie selon l'activité) ; dotation activités spécifiques : 3 496 248 euros (correspond aux activités nationales) ; dotation pour les nouvelles activités : 606 838 euros (correspond au fonds d'innovation organisationnelle -FIOP- en psychiatrie), dotation pour l'accompagnement à la transformation : 7 258 531 euros ; dotation pour l'amélioration de la qualité au titre du forfait incitation financière à la qualité en psychiatrie : 3 079 951 euros ; dotation pour la qualité du codage : 597 420 euros.

⁹ Point d'étape Réforme du financement psy, présenté au conseil de surveillance le 28 juin 2023.

bénéficié d'1,8 million d'euros de crédits supplémentaires fin mars 2024¹⁰, au titre de 2023. Deux autres notifications de crédits pour 2023 étaient annoncées mi-avril et courant mai 2024.

Le prévisionnel pour la période 2024-2028 fait apparaître une situation saine, très légèrement excédentaire sur 2024 (de 5 millions d'euros, soit 1 % des produits d'exploitation). Le GHU bénéficie des bénéfices de cessions immobilières, soit 10 millions d'euros en 2024, sans lesquelles la situation serait légèrement déficitaire, de 5 millions d'euros. Le GHU perçoit des loyers, opère des regroupements et des réhabilitations de sites. Il dispose d'actifs fonciers, notamment sur le site de Perray Vacluse en Essonne (devenu médico-social), et vend des terrains. Les services financiers anticipent 20 millions d'euros de cessions en 2026. Le total des cessions pour la période 2024-2028 est estimé à 31,3 millions d'euros.

Le ratio d'endettement est maîtrisé. L'en-cours de dette, de 114 millions d'euros, reste proche du seuil de 30 % à ne pas dépasser (selon les préconisations de l'ARS). La dette est diversifiée, en taux fixe, à faible risque. La trésorerie est positive.

Les mesures salariales sont financées (notamment le relèvement du point d'indice et la progression de la part des titulaires et contrats à durée indéterminée - CDI).

Le prévisionnel pour la période 2024-2028 fait apparaître une capacité d'autofinancement qui dépasse les 4,5 %, voire les 5,5 % selon les années.

Cette situation financière favorable permet au GHU de fournir un vrai effort d'investissement. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2024-2028 prévoit un effort de plus de 10 % des produits chaque année (pour un seuil défini par l'ARS à 3 %). Le plan d'investissement 2024-2028 prévoit 218 millions de travaux, il porte en outre sur le renouvellement du système informatique (il est prévu d'abandonner le système CORTEXTE pour le système HOPITAL-MANAGER), sur des achats hôteliers, sur la remise à jour de plateaux techniques (notamment du parc de neurologie au CH Sainte-Anne).

Le GHU est paradoxalement pénalisé par la sécurisation des dotations populationnelles et de file active décidée ensuite de la pandémie de Covid-19 (respectivement 78 %, 280 millions d'euros, et 15 %, 44,8 millions d'euros, des dotations), montant plancher reconduit selon le même schéma en 2023 jusqu'en 2028. Or le GHU, d'une part, prend en charge des patients de toute l'Île de France, d'autre part, propose diverses activités hors secteurs. Le financement des activités spécifiques régionales, compris dans la dotation populationnelle régionale, doit en principe être distribué en amont de l'allocation populationnelle par établissement (somme des secteurs). Or ces financements progressent peu, ce qui ne permet pas de sanctuariser certaines activités que l'établissement réalise au-delà de sa zone d'intervention.

Les programmes de pair-aidance sont compris dans la dotation « nouvelles activités » (1 %), qui s'élève à 700 000 euros.

Un système d'enveloppes d'investissement au quotidien a été mis en place. L'enveloppe est à la fois consacrée à des achats transversaux profitant aux pôles cliniques et déléguée à ces pôles pour compléter leur plan d'équipement hôtelier (en fonction d'un recueil des besoins). Mise en place pour la quatrième fois (respectivement 700 000 euros, 1,4 million d'euros et 3,1 millions d'euros les années précédentes), à hauteur de 1,26 millions d'euros pour 2024, elle a pour objectif des réponses

¹⁰ 1,3 million d'euros de soutien exceptionnel à la psychiatrie et 511 000 euros de restitution de la mise en réserve prudentielle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie – ONDAM.

plus immédiates des pôles cliniques, sachant qu'elle doit être entièrement mobilisée et que les pôles cliniques en bénéficient à hauteur des projets validés¹¹.

D'autres enveloppes spécifiques sont allouées aux pôles par le GHU depuis 2022, dont les montants ont été augmentés selon l'inflation. Ont été alloués 600 000 euros de plans d'équipement dans les pôles et 720 000 euros au titre des activités thérapeutiques pour 2024.

La somme des budgets alloués aux trois pôles du site Henri Ey représente environ 30 millions d'euros de dépenses directes, auxquelles s'ajoutent les dépenses non affectées, en dépenses générales de l'établissement, soit un budget global s'établissant autour de 40 millions d'euros (environ 30 % de dépenses indirectes, en intégrant les charges d'amortissement des investissements).

L'enveloppe d'investissement au quotidien pour 2022 avait représenté 108 900 euros pour le pôle « 17^{ème} arrondissement » et 198 100 euros pour le « pôle des 8-9-10^{ème} arrondissements ».

Les montants des enveloppes spécifiques pour 2024 se sont élevés (en fonction de l'expression des besoins et compte tenu de l'inflation), pour les activités thérapeutiques, à 32 000 euros pour le pôle 75G19, à 25 000 euros pour le pôle 75G20-21, à 34 650 euros pour le pôle 75G05-G06 ; pour les fournitures de bureau, à 6 400 euros pour le pôle 75G19, à 5 300 euros pour le pôle 75G20-21, à 7 140 euros pour le pôle 75G05-06 ; pour le petit matériel hôtelier, à 4 950 euros pour le pôle 75G19, à 4 935 euros pour le pôle 75G20-21, à 5 040 euros pour le pôle 75G05-G06.

Sur le site d'Henri Ey, l'ensemble des étages finissaient d'être rénovés et il n'est pas apparu de difficulté majeure pour assurer les rénovations et la maintenance des lieux.

Dans certaines unités, l'allocation était insuffisante pour assurer les activités thérapeutiques et certains soignants ont indiqué devoir financer sur leurs deniers personnels certains petits équipements ou l'achat de denrées alimentaires, ce qui paraît en inadéquation avec les montants alloués par le GHU pour les activités. Les montants dont disposent les unités varient de 1 000 euros à 3 500 euros¹². Un système de carte achat prévalait en 2023, auquel il a été mis fin, ce qui a laissé les soignants sans solution avant la mise en place de bons d'achats. Le GHU rembourse les tickets de transports. Cependant la procédure pour obtenir le remboursement des frais est fastidieuse pour les équipes et les achats trop contraints. Des difficultés pour obtenir des blouses neuves ou pour les faire laver ont été signalées.

Recommandation 1

Les dotations allouées à chaque unité pour organiser des activités thérapeutiques doivent être suffisantes.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Les budgets dévolus aux pôles cliniques pour les activités thérapeutiques du GHU Paris représentent un montant de dépense important, revalorisé par deux fois en 2023 et en 2024 afin de tenir compte notamment des projets des services, des nouvelles activités et de l'inflation.

Selon l'option retenue par les pôles, les activités thérapeutiques sont financées soit via la direction des achats (sur demande et justificatifs des services concernés), soit via une association de santé mentale (ASM) subventionnée par l'établissement, sur la base de ses éléments d'activités et projets.

¹¹ Investissements du quotidien, présentation au Codir du 25 Mars 2024.

¹² Environ 1 000 euros à l'année aux 1^{er} et 7^{ème} étages, 3 500 euros au 2^{ème}, 2 300 euros au 5^{ème}, 3 000 euros au 4^{ème}.

Sur le site Henri Ey, le 75G05-G06 a fait le choix de constituer une ASM depuis plusieurs années, assurant notamment la mise en œuvre des activités thérapeutiques au sein du pôle.

Ces enveloppes « activités et séjours thérapeutiques » représentent en 2024, pour tout le GHU Paris, un montant total de 929 834 euros (+ 14,5 %) contre 812 270 euros (+11.3 %) en 2023. Le budget 2024 se décompose en 452 322 euros de subventions pour les ASM et 477 512 euros de financements directs par la direction des achats.

Concernant plus particulièrement le site Henri Ey, en complément d'un budget transversal de 6 000 euros, chacun des pôles a respectivement reçu en 2024 une enveloppe dédiée d'un montant de 32 000 euros pour le 75G19, 25 000 euros pour le 75G20-21, et une subvention de 34 650 euros pour l'association de santé mentale du pôle 75G05-06.

2.3. LE SITE D'HENRI EY EST GLOBALEMENT BIEN DOTE EN EFFECTIF, NOTAMMENT MEDICAL, MAIS NE PEUT SE DISPENSER DU RECOURS A DE L'INTERIM INFIRMIER

2.3.1. Le personnel médical

Le personnel médical est globalement à l'effectif. On ne compte qu'un praticien stagiaire associé, au pôle 75G05-G06 (contre une trentaine sur le GHU). Concernant les emplois rémunérés, il ne manque que 0,5 % équivalent temps plein (ETP) de praticiens hospitaliers sur le pôle 75G19, 0,5 % sur le pôle 75G20-G21 et 3 sur le pôle 75G05-G06 (tout le pôle en comptant Hauteville, 1,3 ETP à l'unité 5, et 0,6 à l'UISI). S'y ajoutent deux internes au G19 et un au G20-G21. Il n'y a aucun manque dans les unités 1, 4 et 7.

Au GHU, des unités fonctionnelles somatiques sont déployées sur chaque site d'hospitalisation. A Henri Ey, deux médecins sont présents sur site, tous les jours de la semaine (hors week-end) jusqu'à 18h30. En revanche, les effectifs en pharmacie sont insuffisants (cf. § 8.2).

2.3.2. Le personnel soignant

Le GHU conduit une politique d'attractivité, qui a porté ses fruits, puisque le solde des entrées et sorties a été positif pour la 1^{ère} fois en 2023 depuis plusieurs années (+ 15 postes, sur plus de 1 500 infirmiers diplômés d'Etat - IDE). Un système d'engagement collectif ouvre droit à des primes (de 500 euros à l'année) pour valoriser les projets portés par les équipes, au-delà des revalorisations salariales. Un site intranet « *j'ai choisi le GHU* » propose divers services déclinés sur une plaquette¹³ (petite enfance, loisirs, culture, sophrologie, escalade...). Un accord cadre pour l'accompagnement a été budgété à hauteur de 2,4 millions d'euros. Un « *livret d'accueil des stagiaires paramédicaux* » a été élaboré. Le compagnonnage ouvre droit à une rémunération prévue pour le cadre (de 250 euros par mois, 350 euros pour un cadre supérieur).

Il a pourtant été indiqué au sein des unités l'absence de tutorat pour les arrivants.

¹³ Œuvres du comité de gestion des œuvres sociales (CGOS), contingent de logements à disposition par conventionnement avec des bailleurs sociaux, places en crèche, sport et bien-être (séances gratuites d'ostéopathie, accès à des salles de sport, à du tennis, chéquier de réductions pour des achats d'équipement sportif), avantages cultures (partenariat avec le musée du Louvre et d'autres musées, avec la bibliothèque nationale de France, solutions de crédits avec le crédit social des fonctionnaires, abonnements à de la presse professionnelle, des événements proposés aux familles pour les fêtes de fin d'année, un programme de soutien aux professionnelles atteintes d'endométriose.

Il n'y a pas de difficulté majeure rapportée à Henri Ey. Les unités sont en mesure de travailler en pluridisciplinarité. Toutes les unités disposent d'ETP de psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens et assistants de service social (ASS). Seule l'unité 6 (UISI) est apparue moins dotée : elle comptait 0,5 psychologue pour 1 temps plein prévu, pas d'ASS ni d'ergothérapeute.

L'effectif d'aides-soignants (AS) et d'agents de services hospitaliers (ASH) est globalement pourvu dans les unités, avec un faible recours à l'intérim.

Les pôles disposent de cadres de santé (sauf le pôle 75G20-21, poste en cours de recrutement) et de secrétariats. Une cadre de santé supérieure coordonne l'activité des cadres de santé.

L'effectif des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) suit en revanche l'évolution observée à l'échelle nationale, tendant à la hausse de l'intérim¹⁴. La situation est variable selon les unités, certaines étant quasiment à l'effectif, quand d'autres comptent entre 40 et 60 % d'intérimaires. Il a pu arriver que des lits soient fermés, notamment à l'UISI et à l'unité 5, faute d'effectif soignant suffisant. Le pôle 75G19 est en situation très favorable, le pôle 75G20-21 connaît un peu plus de tension (unité 7 : 7 ETP manquants sur 17 ; unité 1 : 6 ETP manquants sur 17), le pôle 75G05-G06 présente de forts contrastes (unité 5 : 4 ETP manquants sur 16, l'UISI : 11 ETP non pourvus sur 17). L'UISI parvient plus difficilement à stabiliser l'équipe, les patients étant perçus comme plus difficiles. Un effort est porté sur l'attractivité de l'unité. Le pôle 75G20-21 avait connu juste avant le contrôle des difficultés d'encadrement, conduisant au départ de la cadre de santé. Par ailleurs un nouveau médecin venait d'être nommé chef de pôle.

Nombre d'intérimaires sont fidélisés et connaissent plutôt bien les services. Le recours à l'intérim rend toutefois plus complexe la construction des plannings et fait courir le risque d'une moindre connaissance du patient et d'une perte de la mémoire professionnelle. Les intérimaires sont moins en position de se former (même si le GHU finance leur intégration dans les plans de formation). L'organisation en 12 heures jour et, selon les unités, en 12 heures ou 10 heures nuit, limite en outre les temps de transmissions et les temps de présence en semaine des titulaires garants de la continuité (le travail en 12 heures suppose 120 jours de présence dans l'année ; le référent titulaire peut n'être présent qu'entre un et 3 jours par semaine). Les prises de postes sont échelonnées, la transmission professionnelle n'en est pas facilitée.

Dans les unités présentant un taux d'intérimaires plus important, les IDE titulaires ont témoigné passer beaucoup de temps à partager leur savoir, avec des intérimaires qu'on « découvre » une fois qu'ils sont en poste (il n'est pas possible d'opérer une sélection des candidats en amont). Le manque de formation de l'équipe peut induire des postures professionnelles moins assurées, avec davantage de « peur » des patients, moins de facilité à aller auprès d'eux.

188 personnes ont bénéficié d'une formation sur le site Henri Ey en 2023. Au regard des rotations de personnels, les formations reprenant les bases de la prise en charge paraissent sous-investies : seulement 11 personnes en ont bénéficié en 2023. De même, les sessions permettant un retour sur les pratiques professionnelles et permettant d'appréhender les situations de stress au travail n'ont concerné que 16 personnes, ce qui est insuffisant.

La prévention des situations de violence et d'escalade, appréhendée par différentes propositions de formation (communication claire et non violente, interculturalité...), a intéressé 19 personnes en

¹⁴ Le recours à l'intérim non médical au sein du GHU représente un budget annuel d'environ 20 millions d'euros. Chaque pôle en décide et les directions supports valident le besoin.

plus de la formation Omega©¹⁵ (13 personnes). Ces sessions gagneraient à être renforcées. L'orientation privilégie la réponse à la situation de crise (43 personnes formées à la crise suicidaire, à l'appel à renfort, aux 1^{ers} secours...) plutôt que sa prévention.

Le plus déficitaire paraît être la formation aux droits des patients (deux personnes) et aux soins sans consentement (deux personnes). Au regard du nombre de patients hospitalisés en SSC, ce champ est sous-investi. En outre aucune formation n'a été proposée en 2023 quant à l'isolement et à la contention ni aux mesures alternatives, alors même que les salons d'apaisement se déploient sur le site. Toutefois 16 personnes des équipes du 75G19 ont été formées aux directives anticipées en psychiatrie.

Recommandation 2

Le personnel soignant doit être formé aux droits des patients en soins sans consentement, à la prévention des situations de crise et aux alternatives aux mesures d'isolement et de contention.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : 16 personnes des équipes du 75G19 ont été formées aux directives anticipées en psychiatrie ainsi que 12 personnes du 75G05-06.

Au 1^{er} semestre 2024, les professionnels du site Henri Ey ont largement participé aux formations SOCLECARE proposées sur le GHU Paris (25 sur 36 inscrits). Le pôle 75G19 a invité tout le personnel de l'intra à participer aux formations SOCLECARE (déjà 20 professionnels formés en 2023, 15 au 1^{er} semestre 2024) et de nouvelles sessions sont prévues pour le personnel de l'extra dès la rentrée 2024 (septembre/octobre) au vu de la forte demande exprimée en ce sens. Une partie du personnel du pôle 75G20-21 a également été formé juste après la visite (10) et de nouvelles sessions de formations sont d'ores et déjà programmées pour le pôle 75G05-G06. Par ailleurs, sur ce pôle, une douzaine de personnes ont été formées aux directives anticipées en psychiatrie.

Les formations aux droits des patients proposées au plan de formation, a raison probablement d'un turn-over plus important, ont été effectivement moins sollicitées cette année, bien que plusieurs professionnels du site Henri Ey s'y soient inscrits. La sensibilisation des professionnels sur l'intérêt et la disponibilité de ce type de formations institutionnelles va être renforcée.

Plusieurs enseignements universitaires, dispensés par les professionnels de notre établissement, sont également proposés annuellement aux professionnels de santé en formation intéressés (internes et assistants spécialisés), notamment le diplôme universitaire de psychiatrie légale comportant un ensemble de modules sur les aspects juridiques et le cadre médico-légal de la psychiatrie et des soins sans consentement (droits des patients, mesures de protection, prise en charge des mineurs. isolement contention. hospitalisation sous contrainte...).

En complément de cette offre de formation, la direction des affaires juridiques a prévu de remettre en place des sessions thématiques dès cette année de sensibilisation au cadre légal des soins sans consentement et aux droits des patients, en parallèle de la diffusion de fiches réflexes

¹⁵ Gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité.

pédagogiques à destination des professionnels, et de la poursuite de l'alimentation de la FAQ mise en place sur l'intranet.

En outre, il convient de relever que le service des soins sans consentement, basé physiquement sur le site Henri Ey (et de fait très accessible aux professionnels du site) a mis en place en début d'année 2024 un système de permanences périodiques sur sites visant à faciliter la compréhension du cadre médico-légal des soins sans consentement et optimiser sa mise en application pratique, en allant directement au contact des professionnels concernés.

Concernant plus spécifiquement l'isolement contention, outre les formations dispensées par la direction juridique sur le cadre légal, le groupe de travail « EPP » du COFIL Isolement Contention travaille sur deux référentiels d'analyse des pratiques d'isolement contention à destination des professionnels (entretien de sortie avec le patient et échange en équipe). Dans la perspective de sa diffusion et son appropriation par les professionnels, il est prévu de dispenser des formations d'aide au debriefing patients/équipes et de favoriser également les retours réguliers de pratiques sur les situations complexes rencontrées dans le cadre d'un recours à l'isolement et/ou la contention.

Un pôle santé prévention au travail déploie une politique de prévention des risques. Une équipe de « préventeurs » intervient dans les unités pour identifier les risques au travail. Elle a également pour rôle de repérer les crises d'équipes et les difficultés collectives du travail. Il peut être fait appel à des psychologues du travail, aux médecins du travail, à un ergonome, à des assistantes sociales (ASS) du travail, à un médecin médiateur. Des évaluations des pratiques professionnelles et des retours sur expérience sont régulièrement conduites. Une supervision peut être demandée.

Ces différents dispositifs paraissent toutefois mal connus des équipes, qui ont indiqué aux contrôleurs une absence de supervision et de retour sur les pratiques. Globalement, il apparaît que les propositions mises en place au sein du GHU et animées par des professionnels davantage présents sur le site de Sainte-Anne ne sont pas suffisamment connues ni relayées sur les autres sites.

Recommandation 3

Une information doit être relayée et renouvelée au sein des unités afin que les équipes bénéficient de supervisions, de retours sur leurs pratiques professionnelles, et puissent faire appel aux services déployés par le pôle santé prévention au travail.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Des plaquettes d'information sur le rôle et les missions des services compétents au sein du pôle Santé, Social et Prévention sont en cours de réalisation et seront présentées en octobre lors de la journée de sensibilisation à la prévention des risques à destination de l'encadrement.

2.4. LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST DEFAILLANT ALORS QUE LES DECLARATIONS SONT PEU NOMBREUSES ET NE PEUVENT ETRE ANONYMISEES

2.4.1. La gestion de la sécurité

L'accès et la sortie de l'établissement se font par une porte tambour au moyen d'un interphone. Les professionnels disposent d'un accès indépendant. Dans le cadre du dispositif Vigipirate, un agent de sécurité d'une entreprise extérieure est présent de 7h à 19h. Il s'agit de personnel habitué à travailler sur le site.

L'établissement dispose de huit agents internalisés titulaires d'une certification de service de sécurité incendie et d'assistance à personne (SSIAP). Ils assurent la mission de prévention de l'incendie et de première intervention dans l'attente des services de secours. Ils interviennent également dans le cadre de la protection des personnes et des biens. S'ils se rendent sur les lieux en cas d'appel à renfort, il a été indiqué à plusieurs reprises qu'ils n'intervenaient pas dans la mise en œuvre des protocoles de soins. Un agent est en permanence présent sur site par vacation de douze heures, colocalisé avec l'accueil. Les personnes enfermées ou placées sous contentions sont signalées deux fois par jour au service d'incendie de l'établissement via un appel de l'accueil, permettant de réactualiser un tableau *ad hoc*.

En cas de déclenchement du dispositif de protection pour travailleur isolé, le personnel disponible se rend sur le lieu signalé par un affichage sur des panneaux lumineux avec un fléchage. Ceux-ci sont disposés dans l'établissement à intervalles réguliers. En situation de violence, il est fait appel à des soignants d'autres unités et exceptionnellement aux vigiles.

Les formations incendie au profit des agents sont régulièrement organisées, prioritairement pour les arrivants.

Un dispositif de vidéosurveillance couvre les différents accès et les parkings, les images étant renvoyées dans le local de l'agent SSIAP. Les espaces intérieurs ne comportent pas de caméras.

2.4.2. La déclaration des incidents

Le personnel rencontré dans les unités connaît l'existence du logiciel Qual Net permettant la déclaration des événements indésirables (EI) et en reconnaît la maniabilité, même s'il n'a pas témoigné à titre individuel d'un recours fréquent à cet outil. Seuls les IDE en poste peuvent renseigner le logiciel, les intérimaires n'ayant pas accès à toutes ses fonctionnalités et ne pouvant y déclarer des EI. La déclaration ne peut être faite anonymement. L'établissement s'est engagé par une charte à ne pas sanctionner les professionnels qui signalent un EI dans lequel ils sont impliqués ou qu'ils ont constaté, ce principe ne s'appliquant pas en cas de manquement délibéré aux règles de sécurité. Selon les renseignements recueillis, cette difficulté ne constituerait pas un obstacle à la déclaration, mais dans certaines unités les soignants n'estiment pas nécessaire de faire des déclarations car « *cela ne sert pas à grand-chose* », notamment en ce qui concerne les problèmes techniques qui sont réglés à partir du site de Sainte-Anne. La déclaration d'EI est transmise au cadre pour information et désignation d'une personne de l'unité chargée de la traiter. Une personne du service qualité est nommée responsable d'orientation.

Les cadres de santé sont chargés de rechercher et communiquer les éléments de réponse aux fiches d'EI (FEI) qui les concernent. Le délai de réponse est très variable. En cas d'EI portant sur des violences, la situation est reprise avec le cadre et en équipe pour rechercher des modes d'organisation permettant d'en prévenir la réitération. La victime peut contacter le médecin et le psychologue du travail est sollicité. L'établissement ne fait pas de déclaration à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). Il a mis en place un observatoire local de la violence (OLV), conduit sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à la prévention de la violence qui regroupe depuis plusieurs années des professionnels du GHU issus de services diversifiés. Cet organisme analyse les conditions dans lesquelles surviennent les situations ressenties comme une atteinte ou une menace à la sécurité des personnes.

La direction des usagers, de la qualité et de la gestion des risques envoie à chaque pôle du GHU un bilan des FEI en analysant les conclusions et en préconisant des axes d'amélioration.

En 2023, sur le pôle 75G19, 40 déclarations d'EI ont été réalisées, dont 8 portant sur des violences sur professionnels, 9 portant sur la sécurité des biens et personnes et 13 sur la prise en charge des soins. Le taux de traitement est de 73 % (soit 29 EI traités), aucune n'ayant donné lieu à un comité de retour d'expérience (CREX) ni à une revue de mortalité et de morbidité (RMM).

Pour le pôle 75G20-21, 82 EI ont été signalés, dont 28 violences, 9 relatifs à la sécurité des biens et personnes et 19 à la prise en charge des soins. Le taux de traitement est de 64 % (soit 53 EI traités) comprenant deux CREX, l'un pour urgence vitale et l'autre pour une tentative de suicide.

Sur le pôle 75G05-06, le bilan de la direction concerne l'ensemble du pôle y compris le site d'Hauteville et fait état de 53 FEI dont 7 portant sur des violences, 11 sur la sécurité des biens et des personnes et 12 sur la prise en charge des patients. Le taux de traitement est de 58 % (soit 32 EI traitées). 2 CREX ont eu lieu, l'un pour décès par fausse route et l'autre pour décès inexplicé.

Il est constaté dans certaines unités une sous déclaration des EI, et de manière générale un faible taux de traitement ou un délai de traitement trop long et des CREX en nombre insuffisant. Des axes d'amélioration ont été posés par le service qualité : perfectionner et renforcer globalement le traitement des EI et augmenter le nombre de CREX et de RMM.

Sur l'ensemble du site, 175 EI dont 49 violences ont été déclarés en 2023. Le taux de traitement moyen est de 65 %. Les personnes interrogées dans les unités se sentent en sécurité ; ce sentiment était moins partagé à l'UISI, possiblement du fait d'un nombre important d'intérimaires corrélé à un manque de formation aux pathologies psychiatriques et à la prévention des situations de crise (cf. § 2.3.2). Les actes de violences signalés sont cependant rares (deux en 2023).

Sur le site, aucune FEI n'a concerné des violences de personnel sur des patients. L'hypothèse de telles violences n'est pas écartée par principe s'agissant d'un risque au même titre que d'autres. Il arrive que des soignants déclarent un fait dont est directement victime un patient, comme il se doit en pareil cas (vol d'effets personnels déclaré dans « sécurité des biens », agression sexuelle déclarée dans « violences »).

Un travail de fond peut être engagé avec les représentants syndicaux pour appréhender les situations individuelles, notamment dans une perspective de lutte contre les violences. Il n'y a pas de blocage si des procédures disciplinaires doivent être engagées. Des révocations ont ainsi parfois dû être décidées, ainsi d'un agent de l'UISI en 2023 (violences verbales et contentions trop physiques).

Il n'a pas été fait de signalement au procureur de la République pour des faits de violence.

La règle est de faire un CREX dans les trois mois pour les événements indésirables graves (EIG) et d'élaborer un plan d'action avec les équipes. En 2023, 4 EIG ont été déclarées, dont 2 sur le pôle 75G20-21, pour une tentative de suicide le 18 avril 2023 : au jour du contrôle, le CREX n'avait pas eu lieu malgré une 4^{ème} relance, et aucune déclaration à l'ARS n'avait été effectuée ; ainsi que le 23 avril pour urgence vitale (déclaration à l'ARS et CREX effectué le 19 octobre 2023). Deux EIG ont concerné le pôle 75G05-06, le 23 juillet 2023 pour un décès par fausse route (déclaration à ARS et pas encore de CREX) et le 21 août 2023 (la déclaration à ARS a été faite mais ni CREX ni RMM au moment du contrôle).

Recommandation 4

Les membres du personnel doivent pouvoir déclarer un événement indésirable de manière anonyme et être informés du suivi et des suites apportées.

Le traitement des événements indésirables doit apporter une réponse systématique au déclarant.

Des retours d'expérience et des revues de morbi-mortalité doivent être mis en place après la survenance des événements indésirables graves et notamment en cas de décès.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Si les événements indésirables (EI) ne peuvent effectivement être déclarés en ligne sur Qual Net par les professionnels intérimaires, il existe cependant un formulaire numérique et papier spécifique leur permettant de les signaler, disponible dans tous les services.

Le paramétrage du logiciel de déclaration des EI a été effectué en concertation avec les professionnels, la déclaration nominative ne constituant pas un frein pour les équipes, acculturées à la démarche « non punitive » de déclaration des événements indésirables et permettant également aux professionnels concernés d'avoir une réponse systématique à son signalement.

Tous les événements indésirables graves font l'objet d'une étude approfondie.

Seulement trois fugues ont été déclarées dans les EI en 2023. Selon les renseignements donnés par le GHU, 111 patients sont sortis sans autorisation sur la même année, dont 25 en soins libres (SL) (cf. § 5.1 recommandation n°17), 30 en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et 56 en soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE). L'établissement préconise, lorsqu'une absence est signalée, une recherche dans les bâtiments et alentour et un contact avec l'entourage. Si cette prospection est vaine, un formulaire est rempli par le cadre qui est transmis systématiquement en cas de soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) et de SDRE au commissariat de police et au bureau de la loi. La fiche comprend le type d'hospitalisation, la date et l'heure de la sortie, la structure et l'unité d'hébergement, le lieu de vie connu, les observations, le mode de transport utilisé, le lieu de refuge possible, la description de la personne et ses nom, prénom, date de naissance et sexe. Ce signalement peut être transmis de la même façon et aux mêmes personnes en cas de soins libres en fonction de l'état de santé préoccupant du patient apprécié par le médecin.

Recommandation 5

L'établissement ne doit pas transmettre de fiches signalétiques aux services de police pour les patients en soins libres dont l'absence est constatée, sans commission d'infraction ni de violation d'obligations particulières, sauf danger grave et imminent pour le patient, appelant le cas échéant une transformation du régime juridique en soins sans consentement.

En cas de sortie sans autorisation, les chambres sont très rapidement réattribuées, parfois moins de 24 heures après la constatation du départ du patient.

En cas de non-respect des règles de vie, le cadre est d'abord repris avec les IDE, puis avec les cadres et éventuellement avec le médecin en cas de besoin.

2.4.3. Les décès ne font pas tous l'objet de retours sur expérience

Le GHU a eu à déplorer 18 décès en 2021¹⁶ et 20 en 2022¹⁷. Ils ont fait l'objet de FEI et d'un bilan, intégré au rapport annuel présenté à la commission des usagers (CDU). En 2023, 16 décès ont été recensés, dont l'analyse n'avait pas encore été conduite pour tous les cas.

Peu de décès sont à déplorer sur le site Henri Ey même : on en dénombre 4 entre 2021 et 2024¹⁸ (à la date du 1^{er} avril 2024). Tous les décès ne font pas l'objet d'un CREX ou d'une RMM. Sur le pôle 75G05, un décès inexpliqué, en date du 21 août 2023, n'avait toujours pas donné lieu à un CREX ni à une RMM à la date du contrôle, au motif avancé d'un « *manque de disponibilité des médecins* » (cf. § 2.4.2 recommandation n°4).

Une note de service portant sur la « *conduite à tenir en cas de mort naturelle et de transport de corps avant la mise en bière* », validée le 9 octobre 2020, encadre les démarches à effectuer lors de décès de patients hospitalisés. Y est annexé un modèle de certificat de décès à établir par le médecin, dont une photocopie est archivée dans le dossier du patient.

Un « kit » complet de décès pour la toilette mortuaire est disponible dans chaque service de psychiatrie et foyer du GHU.

L'équipe de soins doit, après la constatation du décès, dresser l'inventaire des objets personnels. Les biens ou valeurs déposés auprès du régisseur ne peuvent être remis à la famille ou à des proches. Le service de soins du GHU assure l'information des proches, dès que possible et par tous les moyens (dont la traçabilité doit être assurée dans le dossier patient). Il s'assure du souhait ou non des proches de se rendre au chevet du défunt. Aux termes de la note, « *il est recommandé de permettre à la famille de se recueillir auprès du défunt dans le service, avant son départ pour la chambre mortuaire* ». L'accueil de la famille doit se réaliser en présence d'un médecin. Le service des soins informe la famille du lieu de visite du corps, demande aux proches s'ils souhaitent pouvoir bénéficier de la présence du ministre du culte de leur choix, que l'équipe soignante se charge de contacter.

Un dépliant d'information a été établi à l'attention des familles afin de faciliter leurs démarches administratives.

Le site Henri Ey ne dispose pas de chambre mortuaire. Les corps des défunts sont acheminés par les transports funéraires de la Ville de Paris à la chambre funéraire des Batignolles ou de Ménilmontant. Il est demandé aux proches d'apporter des vêtements pour l'habillage du corps. Sont également prévus, selon les demandes des proches, le transfert du corps à son domicile ou vers une chambre funéraire privée.

2.4.4. Les réclamations

En 2023, 80 réclamations ont été traitées sur l'ensemble du GHU et 100 % ont reçu une réponse écrite. Deux médiations ont été proposées et une a eu lieu.

Pour la même année, seulement sept réclamations des patients ou de leur famille ont été enregistrées sur le site Henri Ey. Les délais de traitement se situent entre 1 et 208 jours avec une moyenne de 76 jours, 6 portants sur les aspects médicaux et une sur la vie quotidienne. Le faible

¹⁶ 8 décès inexplicés, 5 décès à la suite de fausses routes, 3 suicides, 1 décès à la suite d'une hémorragie cérébrale, 1 décès suite à une chute d'un balcon (en permission de sortie).

¹⁷ 6 suicides, 3 fausses routes, 3 décès à la suite d'occlusion, 1 décès suite à une chute, 7 décès inexplicés.

¹⁸ Le 7 janvier 2021, le 27 janvier 2022 (décès sur le site de la Pitié Salpêtrière), les 23 juillet et 21 août 2023.

nombre de réclamations est à mettre en relation avec la méconnaissance du rôle de la CDU et des représentants des usagers (cf. § 7.2).

2.5. LE COMITE D'ETHIQUE N'EST PAS CONNU DES SOIGNANTS

Un comité d'éthique, présidé par un psychiatre, a été installé en 2019 lors de la création du GHU. Son existence est inscrite dans le règlement intérieur de l'établissement. Il est actuellement composé de médecins et personnels soignants du GHU mais également de personnalités extérieures et notamment d'un représentant des usagers. Il est envisagé l'intégration d'un médiateur de santé pair.

Il se réunit en réunion plénière trois à quatre fois par an. Il peut se réunir en formation restreinte plus régulièrement selon les besoins ou l'actualité ou en formation *ad hoc* en cas de demande particulière ou saisine d'urgence. Il a abordé différents thèmes en lien avec les droits des patients tels que contrainte et consentement, prévention des soins somatiques en psychiatrie, problématiques des soins médicaux et sismothérapie en SSC, soigner dans la contrainte : l'isolement et la contention, précarité et soins psychiatriques.

La plupart du personnel soignant ne connaît pas l'existence du comité et aucun des professionnels rencontrés ne savait qu'il était possible de le saisir à tout moment en cas d'interrogation sur sa pratique ou lors d'une situation donnée à laquelle son équipe ou lui-même se trouve confronté.

Recommandation 6

Les missions et les modalités de saisine du comité d'éthique doivent être connues de tous les soignants.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1. LE MANQUE DE LITS EN SERVICES DE PSYCHIATRIE CONDUIT A L'EMBOLE DES SERVICES D'URGENCE

Les sites d'hospitalisation du GHU connaissent une suroccupation manifeste depuis environ deux ans précédant la visite. Le 5 août 2022, le GHU a connu 20 % de lits fermés ; la situation avait évolué favorablement jusqu'à atteindre moins de 10 % de fermeture ; au moment du contrôle, une dégradation avait conduit à la fermeture de 12,3 % des lits d'hospitalisation temps plein (au 25 mars 2024)¹⁹ ; sur un capacitaire global de près de 1 000 lits, 10 % représentent environ 100 lits fermés.

Le site d'Henri Ey doit participer à l'effort général tendant à limiter le plus possible les temps d'attente dans les services d'accueil des urgences (SAU, essentiellement de l'hôpital Bichat et de l'hôpital Lariboisière).

Une équipe de liaison psychiatrique assure un relais dans chaque SAU relevant du GHU, à Lariboisière et de l'assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) à Bichat (depuis l'automne 2023). Un psychiatre est joignable à tout moment. Cependant, ces équipes de liaison ne travaillent que pendant la journée et leurs postes ne sont pas toujours pourvus, des difficultés de recrutement ayant été signalées.

Le GHU, dont le site Henri Ey, doivent répondre à différents « tours » : le tour des patients sectorisés par le CPOA (cf. § 2.1), le tour des patients détenus (essentiellement les détenus de la prison de la Santé, cf. § 9.2), le tour des patients de l'infirmerie de la préfecture de police de Paris (I3P).

L'I3P constitue une structure unique sur le plan national, d'observation et d'orientation, accueillant temporairement les personnes qui y sont conduites sur le fondement des mesures de police provisoires²⁰, pour une évaluation psychiatrique d'urgence. Elle n'est pas un établissement de santé. Elle gère un public en majorité étiqueté auteurs de troubles à l'ordre public, ayant fait l'objet d'interpellations par les forces de l'ordre (personnes divagantes, délirantes, alcoolisées, imprégnées de stupéfiants, etc.) ; plus épisodiquement, des personnes en retenue administrative. Dans leur grande majorité, les patients adressés par l'I3P sont placés en SSC sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), parfois aussi sous le régime SPI (péril imminent). Le représentant de l'Etat prononce, au regard d'un avis médical délivré par un médecin des unités médico-judiciaires (UMJ) de Paris, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les 48 heures qui suivent la prise de mesures provisoires (levée de la mesure de garde à vue et conduite à l'I3P). Or, le certificat médical, dit des 24 heures, ne peut être délivré par le médecin qui a initié la procédure d'admission en SPPI ou SPDRE. Il n'est cependant pas rare qu'un patient en SDRE demeure à l'infirmerie bien au-delà de la décision du préfet. Dans ce cas, les médecins d'Henri Ey ne sont pas en mesure d'établir ledit certificat des 24 heures suivant l'admission (ni, selon les cas, le deuxième certificat à établir dans les 72 heures).

Il a été mis en place un système d'« engagement de reprise » avec l'I3P, en cas d'impossibilité d'accueillir un patient faute de lit, sous forme d'un mail rédigé par un directeur d'astreinte de garde, engageant l'établissement à prendre le patient en charge dans un délai de 24 heures, sachant que cet engagement peut être renouvelé, plus particulièrement les week-ends (faute de possibilités d'organiser des sorties). En jour ouvrable le chef de pôle gère directement les situations.

¹⁹ Présentation du GHU Paris, visite du CGLPL, site Henri Ey, semaine du 2 avril 2024.

²⁰ En application de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique.

Les temps moyens d'attente dans les différentes structures avant hospitalisation sont importants. Du 1^{er} janvier 2024 au 2 avril 2024, la moyenne d'attente en situation d'urgence dans les différentes structures d'amont s'est établie à 51,26 heures en moyenne (moyenne qui s'est élevée à 84,55 heures la semaine 13, soit du 25 au 31 mars, précédant le contrôle), dont 42,77 heures au CPOA (semaine 13 : 96 heures), 57,39 heures à l'I3P, 54,43 heures au SAU de Lariboisière (semaine 13 : 105,60 heures soit plus de quatre jours en moyenne), 49,69 heures au SAU de Bichat (semaine 13 : 76,80 heures, plus de trois jours en moyenne).

Il est indiqué une moyenne de 20 patients en attente en SAU les week-ends²¹. Les semaines restent également en flux tendu. Ainsi, le jeudi 4 avril à 16h30, 16 patients étaient en attente pour le GHU²² ; ils séjournaient en SAU depuis 25 heures en moyenne. Un patient était en attente depuis 47 heures.

Ces attentes fragilisent la situation juridique des patients, dès lors que soit les décisions de placement en soins sans consentement en SAU, soit les certificats médicaux à l'I3P, ne sont ni établis dès la prise en charge ni renouvelés dans les délais légaux, les patients, parfois même placés sous contention, étant ainsi privés de consentement de manière arbitraire et sans base légale (cf. § 7.3 recommandation n°33).

Les conditions de séjour dans les SAU sont en outre décrites comme très dégradées. Des soignants ont témoigné de patients sur des brancards dans des couloirs, voire sur des fauteuils faute de brancards. Les SAU ne sont pas en mesure d'apporter des réponses adéquates aux états de crise, susceptibles d'éviter certaines hospitalisations. Dans ce contexte, les conditions d'adhésion aux soins sont d'emblées compromises.

Le GHU n'est pas resté sans réagir face à ces constats. Cependant, la réponse mise en place s'apparente à un empilement d'organisations administratives dont l'efficacité est interrogée.

Sur le GHU, une permanence des cadres est organisée de 17h à 20h en zones Sud et Nord, ainsi qu'une permanence de nuit de 20h à 7h, et une permanence des cadres supérieurs de 8h à 20h le week-end. Il a été témoigné que le cadre « *passé sa journée* » à appeler les collègues des autres secteurs et que la recherche de lits est particulièrement chronophage. Les cadres indiquent ressentir un certain harcèlement, qui selon eux participe à la rotation du personnel sur ces postes.

Sur le site Henri Ey, une « unité intersectorielle d'accueil parcours patient » (UAPP) est directement contactée par les services d'origine pour savoir si un lit est disponible, d'abord au sein du secteur concerné et, à défaut, sur le site. Si aucun lit n'est disponible, il est fait appel au cadre et une recherche est effectuée sur les autres pôles du GHU hors Henri Ey, en priorité en zone Nord. Un logiciel « Dispo des lits » permet une visibilité des disponibilités sur les secteurs.

Une cellule de « bed management » existe depuis novembre 2023 au GHU. Elle a pour mission d'assurer un relais en cas d'absence de lits sur le secteur (selon une logique de cercles concentriques : recherche d'un lit sur le site, puis sur la zone Nord, puis sur le GHU), ce que font déjà l'UAPP et les cadres d'astreinte. Cette cellule compte trois personnes, travaillant du lundi au vendredi, de 7h30 à 17h30. La cellule dispose d'un logiciel spécifique de « bed management » (distinct de « dispo des lits ») qui permet une visibilité en direct des attentes. Il a été indiqué que les équipes des sites devaient à terme y avoir accès.

²¹ Ainsi, le week-end précédent le contrôle, 19 patients étaient en attente, dont un patient devant arriver de l'I3P (il a été admis le lundi 1^{er} avril à 12h).

²² Un SDRE, cinq SPDT, trois SL, sept SPPI, aucun de l'I3P.

Une cellule de régulation régionale pour l'Île de France est en place depuis le 25 avril 2022. Elle est censée intervenir après 12 heures d'attente sans hospitalisation. Les appels lui sont transférés depuis la cellule de bed management (et inversement avant les 12 heures). La même cadre chapeaute les deux services. La cellule régionale compte cinq gestionnaires, présents du lundi au dimanche de 9h à 19h ; tous les jours, deux à trois personnes sont en poste. Son financement par l'ARS est pérennisé. Le nombre de sollicitations de cette cellule a très nettement augmenté au cours des années : elle est passée de 130 patients adressés chaque mois (mai 2022) à 410 patients par mois (février 2024)²³. Elle a pour périmètre l'ensemble des établissements de l'Île de France (périmètre régional). Les SAU, qui initialement devaient s'adresser d'abord aux pôles, tendent pour certains d'entre eux à « s'inscrire » le plus tôt possible auprès de la cellule de régulation.

Les patients peuvent ainsi être « hébergés », non seulement par un autre secteur au sein du même site, mais également sur d'autres sites en région (même si s'applique une logique du moindre éloignement).

Au moment du contrôle l'articulation des différentes instances et le rôle des acteurs n'étaient pas clairs pour les équipes. Ces dernières ne paraissent pas informées d'une bascule des appels de la cellule régionale sur la cellule de bed management avant 12 heures d'attente en SAU. Les horaires des équipes et des cellules ne sont pas pensés de façon cohérente, les demandes de la cellule de bed management apparaissent prématurées, avant la visibilité sur les sorties (avant les staffs cliniques en unité qui se tiennent vers 10h). La plus-value n'est pas comprise pas les services. L'UAPP tente de s'adapter ; alors qu'elle débutait son service ensuite des staffs vers 11h30, elle ouvre désormais à 9h, sans que cette modification semble apporter un bénéfice pour l'instant. Il manque une formalisation partagée et communiquée aux services.

Recommandation 7

Le rôle des différentes instances de régulation des lits doit être clairement défini et les interventions de chaque acteur précisées dans une procédure coopérative efficace, tenant compte de l'organisation des unités de soins.

S'il est apparu que de réels efforts et un fort investissement sont déjà déployés en ce sens, au prix d'un temps important consommé en remontée d'informations, la seule mise en place d'une gestion des lits ne peut toutefois pallier leur insuffisance.

L'impression générale qui se dégage est l'absence de raisonnement d'ensemble, la préoccupation centrale étant de libérer les urgences, impératif auquel répond en premier lieu l'hospitalisation. Il est ainsi de plus en plus difficile de programmer des hospitalisations, quelques rares patients en SL pouvant bénéficier d'hospitalisations séquentielles, si leur état clinique le nécessite. Peu de patients sont hospitalisés en provenance des CMP, la priorité étant donnée aux services d'urgence. Des patients proviennent de ces centres en milieu ouvert après avoir transité par les services d'urgence, faute de lits disponibles.

Le déploiement d'une équipe mobile, depuis le mois de septembre 2022, dont l'une des missions est d'intervenir en amont et de prévenir les hospitalisations, s'est opéré à moyens constants et ne constitue pas une réponse suffisante. Le PTSM 75, décliné en contrat territorial de santé mentale

²³ Présentation du GHU Paris, visite du CGLPL, site Henri Ey, semaine du 2 avril 2024.

de Paris pour 2023-2026 (CTSM 75)²⁴, comporte une thématique 6²⁵ intitulée « *Prise en charge de la crise et de l'urgence psychiatrique* ». Cette thématique est issue des travaux d'un groupe de travail ayant impliqué nombre d'acteurs du territoire²⁶, dont « *l'objectif non atteint* » devait aboutir à une convention multipartite. Au moment de contrôle, cette thématique n'avait pas abouti à une politique articulée et cohérente.

Recommandation 8

Un projet structurel du service public de santé doit répondre aux besoins de soins des patients, s'agissant des alternatives à l'hospitalisation, du parcours de soins les conduisant des services d'accueil des urgences vers l'hospitalisation à temps complet, puis vers une solution de sortie pertinente. Un accueil adapté et la dispensation de soins de qualité doivent constituer son objectif premier.

3.2. UNE INCOERCIBLE PRESSION RELATIVE AU MANQUE DE LITS DEGRADE LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

3.2.1. L'activité

En termes d'activité, pendant les deux dernières années, la file active des patients hospitalisés à temps plein est en diminution, tout comme le nombre de séjours d'hospitalisation²⁷. En revanche, le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein²⁸, tout comme la durée moyenne d'hospitalisation par séjour (DMS)²⁹ et la durée moyenne d'hospitalisation par patient (DMH)³⁰ sont en augmentation.

3.2.2. La part des soins sans consentement

En 2022, 666 des 1 080 patients hospitalisés à temps plein l'ont été en SSC (543 en soins sur décision du directeur de l'établissement – SDDE, et 123 en soins sur décision du représentant de l'Etat –

²⁴ Le CTSM 75 a été signé le 24 janvier 2024 par la directrice générale (DG) de l'ARS de Paris, la directrice de l'Académie de Paris, le DG du GHU de Paris, le DG de l'AP-HP, la DG des hôpitaux Paris Est Val de Marne, la déléguée de l'UNAFAM à Paris, deux citoyens experts, le DG de la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement de Paris, la DG de la Fondation Falret, le DG de la Fondation l'Elan Retrouvé, le DG de l'association de santé mentale du 13^{ème} arrondissement, le délégué départemental de Paris de l'association des organismes de logement social d'Ile-de-France, l'adjoindé à la Mairie de Paris en charge des questions relatives à la santé publique.

²⁵ Les autres thématiques sont : articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques, accès et maintien dans le logement, addiction et santé mentale, santé mentale des adolescents et jeunes adultes, prévention et déstigmatisation.

²⁶ Des représentants de l'assistance publique-hôpitaux de Paris - AP-HP (SAMU-centre 15, cellule d'urgence médico-psychologique, service de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu : direction patients, qualité et affaires médicales), du GHU de Paris (centre psychiatrique d'orientation et d'accueil, vice-président de la commission médicale d'établissement), de la Préfecture de police, de la permanence des soins ambulatoires (SOS médecins, garde médicale de Paris, urgences médicales de Paris) et des transporteurs sanitaires.

²⁷ File active : 2022 : 1080 ; 2023 : 1036 (- 4 %).

Nombre de séjours d'hospitalisation : en 2022 : 1362 ; en 2023 : 1251 (- 8 %).

²⁸ En 2022 : 35 478 ; en 2023 : 37 193 (+ 5 %).

²⁹ DMS : nombre de journées d'hospitalisation rapportées au nombre séjours. En 2022 : 26 ; en 2023 : 29,7.

³⁰ DMH : nombre de journées d'hospitalisation rapportées au nombre de patients. 2022 : 32,9 ; 2023 : 35,9.

SDRE)³¹, soit 62 %. 267 patients, hospitalisés en SDDE, l'ont été pour péril imminent (SPI), soit 49 % de cette catégorie et 40 % des SSC³².

En 2023, le nombre de patients en SSC est de 705 (+ 5,85 %), soit 68 % des patients hospitalisés, proportion très élevée de patients accueillis en SSC, plus encore si on la compare à la moyenne nationale qui est de 27 % en 2022 (26 % en 2021). Dans ce cadre, le nombre de patients en soins à la demande d'un tiers (SDT) et soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) reste stable (278). En revanche, le nombre de patients hospitalisés pour péril imminent (286) progresse en valeur absolue et en proportion des SDDE (51 %), bien que stable dans la catégorie des SSC (41 %). La part des patients hospitalisés pour péril imminent est bien supérieure à la moyenne nationale, laquelle, en 2021, était de 24,6 %.

Selon les professionnels rencontrés, plusieurs facteurs sont susceptibles d'apporter un éclairage sur la part importante de patients hospitalisés en SSC. Il s'agit de la perte du maillage constitué par les médecins généralistes qui conduit à une dégradation de la situation des patients et à une hospitalisation plus fréquente en crise aiguë. L'impact de la crise sanitaire et ses conséquences est également avancé. L'accueil des patients en urgence a été cité dans la mesure où les praticiens peuvent avoir tendance à recourir à l'hospitalisation en SSC au titre du « principe de précaution » et d'un éventuel engagement de leur responsabilité (judiciarisation des soins). Ce phénomène peut trouver un élément amplificateur en l'absence de médecin référent.

Quant à l'absence de tiers, plusieurs explications sont mises en avant :

- l'absence de tiers identifiés, au moins au départ. A cet égard, il a été indiqué que les services d'urgence procèdent à la recherche de tiers et que celle-ci est systématique dans les unités, d'autant que les médecins et soignants considèrent que c'est un élément essentiel de la prise en charge et du suivi ;
- la difficulté à obtenir dans certains cas la demande du tiers ;
- le nombre de patients sans domicile identifié en région parisienne (DIRP) ;
- l'absence de tiers pour les étrangers isolés.

En tout état de cause, le nombre important de patients admis en situation de péril imminent, le cas échéant à la demande d'un tiers en procédure d'urgence, doit interroger car ce statut est moins protecteur pour le patient, un seul certificat étant requis, et une seule évaluation médicale pour le SDTU.

Recommandation 9

Le recours aux procédures dérogatoires (soins en cas de péril imminent et soins à la demande d'un tiers en urgence) doit être exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement sur décision du directeur.

³¹ Source : chiffres communiqués par l'établissement.

³² Le nombre de patients hospitalisés à la demande d'un tiers (SDT) et à la demande d'un tiers en situation d'urgence (SDTU) s'établit à 276. Les chiffres communiqués sont globaux pour ces deux catégories.

3.2.3. La part des patients hospitalisés en SDRE

En 2022, les patients hospitalisés en SDRE représentaient 18,5 % des patients en SSC ; ce taux a augmenté en 2023 : 141 patients, soit 20 % des SSC ; il est 3,6 points au-dessus de la moyenne nationale (16,4 %) ³³.

Les équipes soignantes ont témoigné de cas d'inadéquations entre les mesures de placement en SSC, notamment en SDRE depuis l'I3P, et la présentation clinique, du fait d'une réponse davantage « sécuritaire », liée au parcours initial de ces patients et à la précarité de leur situation administrative.

Divers obstacles limitent en outre les possibilités de sortie des patients en SDRE, dont la situation administrative peut être complexe (absence d'identité connue, de domicile fixe, de titre de séjour). Le GHU a été confronté soit à des refus de levée, soit à des absences de réponse de la préfecture de police de Paris, notamment pendant l'année 2023. Il s'en est suivi, pour les SDRE, des durées moyennes de séjour (DMS) de 50 jours (soit une augmentation de 10 jours entre 2022 et 2023) et des durées moyennes d'hospitalisation (DMH) de 61,5 jours en 2023, soit le double des DMH des autres procédures de SSC ³⁴ (cf. § 8.4 recommandation n°50).

3.2.4. La gestion de la suroccupation

Au sein du site Henri Ey, l'UAPP suit l'état des lits disponibles dans chaque pôle et unité et interagit avec leurs responsables. Un soignant est présent de 9h à 21h, pour une équipe de trois IDE. L'UAPP permet un accueil rapide et l'organisation d'une entrée professionnalisée.

Une réunion, rassemblant l'UAPP, les médecins et certains cadres, se tient tous les jeudis à 12h30 pour évaluer la situation et rechercher des solutions (cellule de veille des lits mise en place depuis juillet 2022), souvent par redéploiement de patients entre unités, pour préparer opérationnellement la gestion des lits pendant le week-end ; une nouvelle évaluation est réalisée chaque lundi après le week-end.

Une commission des lits se réunit une à deux fois par mois les mardis pour examiner les sujets de moyen à long terme : problématiques sociales, gestion des SDRE, voyages pathologiques, etc.

Cette organisation (combinée à celles des cellules de régulation des lits du GHU), ne peut pallier l'insuffisance du nombre de lits au regard des besoins (cf. § 3.1 recommandation n°8). L'afflux des patients hospitalisés dans les six unités de soins est tel qu'il a pour conséquence une occupation continue des lits disponibles. La pression qui s'exerce pour accueillir les patients en provenance des services d'urgence induit la recherche de la réduction du temps d'hospitalisation. Sur le principe, cette volonté apparaît louable mais, d'une part, elle expose au risque de sorties prématurées, d'autre part, elle se heurte à l'absence de solutions d'aval.

Les unités ouvertes approchent les 100 % d'occupation en 2023, les unités fermées dépassent cette valeur. Ce chiffre inclut en effet les nuitées passées en CI, bien que celles-ci ne soient pas comptabilisées dans le nombre de chambres prises en compte par le logiciel. Pour leur part, les chambres sécurisées (CS), dont l'utilisation oscille entre chambre hôtelière et CI, en fonction du flux des patients et de leur état clinique, sont comptabilisées au même titre que les chambres hôtelières. Conjugée à l'absence de conservation de leur chambre par les patients placés à l'isolement (chambre miroir), cette situation traduit de manière générale, et plus encore pour les unités

³³ *ib idem.*

³⁴ Selon les données transmises par le DIM.

fermées, une situation de suroccupation que l'établissement tente de gérer. Par ailleurs, l'hôpital peut être amené à déployer ponctuellement, dans des chambres non aménagées à cet effet, des lits dits « hôpital en tension », solution certes transitoire et dont il a été indiqué qu'elle ne concerne que des patients déjà connus.

La gestion très contrainte, tant des chambres hôtelières que des CI ou des CS, conduit à déplacer les patients alors même qu'ils auraient besoin de stabilité. Quelles que soit les stratégies et les efforts déployés, tout comme l'implication des médecins et soignants, il en résulte une dégradation de la qualité de la prise en charge, préjudiciable aux patients et au fonctionnement des unités. Ainsi, des patients faisant l'objet d'une décision d'isolement quittent leur chambre pour une CI ou une CS, pour ensuite rejoindre une autre chambre hôtelière ou une CS si elle n'est pas déjà utilisée comme CI (cf. § 6.1 recommandation n°25). Ils peuvent aussi rester en CI ou en CS, porte ouverte, après la levée de la mesure, cette dernière reprenant alors un statut de chambre standard. Faute de chambre hôtelière disponible dans son unité, un patient peut être transféré dans un autre pôle, ce qui se produit fréquemment (entraînant aussi parfois quelques accueils de patients en SL en unités fermées, cf. § 5.1 recommandation n°17). Il est régulièrement demandé au cadre s'il est possible de « sortir » des patients d'isolement, pour ouvrir une chambre, et si les indications d'isolement ont bien été réévaluées les week-ends par les médecins de garde. Les cadres se retrouvent ainsi devoir interroger les médecins pour savoir comment ont été gérés les isollements en week-end.

A cet égard le statut de l'UISI interroge. Sur le site internet du GHU, l'UISI est présentée comme suit : « L'UISI est composée de 10 chambres (4 chambres d'isolement thérapeutique et 6 chambres standards) chacune avec salle de bain attenante »³⁵. Une telle présentation rend indistinctes les CI et les chambres hôtelières, les premières, citées en premier lieu, étant présentées comme incluses dans le capacitaire. Or, en raison de la pression sur les lits, l'UISI accueille des patients dont la présentation clinique ne correspond pas nécessairement à sa vocation initiale de « gestion de crise ». En cas d'absence de chambre dans tout le GHU, l'entrée directe à l'UISI est en effet possible. Enfin, une fois l'état clinique stabilisé, les séjours peuvent se prolonger avant que le patient puisse réintégrer son secteur (c'était le cas de quatre patients sur huit durant le contrôle).

Recommandation 10

Le parcours des patients ne doit pas être émaillé de ruptures et d'instabilités, conjuguant changements de sites, de secteurs, d'unités, de chambres, au seul motif de la suroccupation continue des unités. Les patients non isolés doivent être accueillis en chambre hôtelière, sans recours à des solutions d'appoint, ni hébergement en chambres « sécurisées » ou d'isolement. Seules les chambres hôtelières doivent être comptées dans le capacitaire.

3.3. LES MODALITES FORMELLES D'INFORMATION DES PATIENTS NE LEUR PERMETTENT PAS DE CONNAITRE EFFECTIVEMENT LEURS DROITS

3.3.1. L'information générale sur les droits

Le livret d'accueil est commun à tout le GHU. Il est globalement clair et relativement complet. Il présente la répartition géographique des sites du GHU, la charte de la personne hospitalisée, le mode d'admission du patient, ses voies de recours, les informations quant à la commission des usagers et à la maison des usagers et les modalités de séjours sur le plan administratif, outre

³⁵ <https://www.ghu-paris.fr/fr/annuaire-des-structures-medicales/unite-intersectorielle-de-soins-intensifs-uisi>.

quelques règles de vie générales, renvoyant les modalités d'exercice à l'équipe soignante de l'unité d'hospitalisation. Aucune explication n'est donnée quant aux différents SSC et, si des plaquettes d'information concernant les différents statuts existent, elles ne sont pas remises. Par ailleurs, le livret d'accueil n'est pas traduit en différentes langues et aucune information concrète n'est donnée quant au recours à un interprète. Des termes obsolètes comme « *hospitalisation sous contrainte* » et « *tribunal de grande instance* » sont toujours présents dans le livret.

Ce livret n'est pas systématiquement remis dans toutes les unités, en fonction de l'état clinique du patient mais aussi de la pratique de l'IDE présent et du stock disponible. Les professionnels ont indiqué que la remise du livret était rarement faite ultérieurement, quand l'état du patient l'avait rendue impossible à l'arrivée. Lorsque le livret est remis, il est donné en chambre.

Le site internet du GHU ne permet pas de s'informer plus facilement sur les droits du patient ni de donner un accès rapide au livret d'accueil ni au règlement intérieur. À ce titre, le règlement intérieur, rédigé à l'attention des soignants, ne fait pas l'objet d'un support adapté aux patients ni ne leur est remis.

Les règles de vie dans les unités ne sont pas formalisées alors que dans certaines unités, les IDE et AS intérimaires sont majoritaires, ce qui ne facilite pas la connaissance ni l'harmonisation des règles de vie. Au jour du contrôle, deux unités avaient affiché, soit un emploi du temps quotidien type et un planning des activités sur une semaine, soit un « règlement intérieur » en pictogrammes, rappelant les règles de vie principales et les horaires des repas. Dans la plupart des unités, les règles de vie sont expliquées à l'arrivée du patient, oralement, par les soignants présents, ou sont apprises de manière empirique.

Recommandation 11

Chaque patient doit recevoir dès son arrivée un livret d'accueil comportant des informations actualisées concernant ses droits et son mode d'admission ainsi qu'un règlement de fonctionnement conforme aux modalités de sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.

La charte des droits des patients hospitalisés et celle de la laïcité sont affichées dans toutes les unités, mais seule une unité affichait des informations concernant le culte. Les informations concernant les représentants des usagers, les explications sur l'importance de la personne de confiance ou encore la liste des droits des patients en SSC, tels que définis par l'article L. 3211-3 du code de la santé publique³⁶, ne sont pas systématiquement affichées.

La procédure d'accès au dossier médical est détaillée dans le livret d'accueil. La consultation du dossier médical sur place, en présence systématique d'un médecin, peut être sollicitée par les patients hospitalisés, ce droit étant rappelé par le médecin. La procédure est connue, fait l'objet d'une explication orale en cas de besoin, mais ne bénéficie d'aucun affichage dans les unités. Sur l'ensemble du GHU, 653 demandes ont été faites en 2023 (dont 400 pour des dossiers de moins de

³⁶ Extrait de l'article L. 32-11-3 du code de la santé publique : « Elle dispose du droit : 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ; 2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 112-3 ; 3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; 4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; 5° D'émettre ou de recevoir des courriers ; 6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ; 7° D'exercer son droit de vote ; 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix ».

cinq ans) contre 756 en 2022. Le délai moyen de transmission en 2023 est de 34 jours, soit un délai bien supérieur aux dispositions légales³⁷. L'accompagnement médical systématique de la lecture du dossier médical, effectué sur le logiciel dans l'unité du 7^{ème} étage, a été rapporté.

3.3.2. L'information spécifique des patients en soins sans consentement

Les notifications des décisions sont systématiquement réalisées dans toutes les unités, à bref délai, sous le contrôle du bureau des lois qui réclame le retour des notifications au secrétariat. Les décisions sont notifiées par les médecins et par les infirmiers, dans un bureau ou en chambre. Après l'avoir expliquée selon l'état clinique du patient, les professionnels remettent la décision³⁸ et la deuxième page exposant l'ensemble des droits du patient aux termes de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, les voies de recours sans mention des délais, et les garanties. Une mention finale stipule : « *Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le livret d'accueil en soins sous contrainte remis lors de votre admission* », lequel n'est de fait pas toujours remis. Les observations du patient ne sont pas formellement recueillies par écrit, les médecins indiquant les recevoir oralement.

L'ensemble des professionnels a indiqué que les droits n'étaient pas relus ni rappelés au moment de la notification, les professionnels ne disposant pas d'une formation en la matière (cf. § 2.3 recommandation n°2). Si l'accusé de réception de la notification indique dans son dernier paragraphe : « *les informations précitées lui seront délivrées lorsque son état de santé le permettra et dans une langue qu'il (elle) comprend* », les professionnels ont confirmé ne pas notifier la décision et les droits ultérieurement.

Enfin, si la décision stipule qu'une copie du document est remise au patient avec le ou les certificats médicaux s'y réfèrent, aucun certificat n'est remis lors de la notification et leurs motifs ne sont pas repris dans la décision. Néanmoins, les patients sont informés oralement qu'ils peuvent demander ces documents. Le tiers n'est pas non plus mentionné dans la décision du directeur ; son identité est communiquée lors de l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Recommandation 12

Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons de la mesure. Les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient qui, en outre, doit recevoir une explication des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique. Le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé. Enfin, les délais de recours doivent figurer dans la notification des droits.

³⁷ L'article L. 1111-7 du même code prévoit la transmission du dossier médical dans un délai de huit jours à compter de la demande pour les dossiers de moins de cinq ans.

³⁸ Les documents remis peuvent être rangés dans le coffre du patient, dans son placard ou dans une bannette individuelle gardée dans le bureau infirmier.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1. LES LOCAUX SONT NEUFS ET FONCTIONNELS MAIS LA TEMPERATURE N'Y EST PAS TOUJOURS ADAPTEE

Les locaux des unités sont clairs et agréables, mais d'aspect froid avec peu d'éléments décoratifs.

Le rez-de-chaussée est d'aspect quelque peu défraîchi mais agréable. Il accueille des locaux communs tels que la cafétéria, un salon de visite pour les familles, un espace socio-culturel, l'UAPP, et la régie des compte nominatifs. Il accueille également le bureau de la loi, une salle de conférence et des bureaux. Des fauteuils sont disposés çà et là et certains patients y passent une grande partie de leur journée.

Chaque unité d'hospitalisation correspond à un étage accessible par deux ascenseurs, dont un est réservé au personnel. Elles ont pour centre de gravité un espace de vie organisé autour du bureau infirmier, qui comprend la salle à manger et un coin télévision. Elles comportent également quelques appareils de sport (dans l'espace de vie ou dans une salle), un baby-foot, un salon pour les visites de famille et des salles d'activités. L'unité du 2^{ème} étage et l'UISI disposent d'un salon d'apaisement.

Les unités comportent une terrasse en guise d'espace extérieur, principalement à destination des fumeurs. Elles sont aménagées et sécurisées avec des matériaux, notamment du bois, qui évitent de leur conférer un aspect carcéral. Elles sont de taille réduite, en particulier dans les unités ouvertes. Les patients qui en ont le droit peuvent descendre au rez-de-jardin pour avoir accès à l'air libre sur une terrasse de 76 m². On peut déplorer l'absence de tout espace extérieur végétalisé, en particulier pour les patients dont le séjour se prolonge.

Le nombre et les types de chambres sont variables selon les unités, mais toutes ont été récemment rénovées et sont en bon état, claires et lumineuses. L'UISI et l'unité du 2^{ème} étage n'ont que des chambres individuelles, les autres unités comprennent entre une et sept chambres doubles.

Dans les chambres ordinaires, le mobilier compte généralement un lit, une table avec chaise, une table de chevet avec veilleuse. Les chambres collectives ne disposent pas toujours d'un nombre de tables et chaises correspondant au nombre d'occupants. Les fenêtres, équipées d'un store roulant, ne s'ouvrent que de 10 cm.

Les unités fermées du 2^{ème} et du 7^{ème} étage comportent deux chambres dites « sécurisées », sans aucun mobilier et avec un lit scellé au sol. Elles peuvent être fermées depuis l'extérieur. Par ailleurs, les chambres de l'UISI, dont aucune n'a de lit scellé au sol, n'ont d'autre mobilier qu'une table de chevet. Les chambres de l'UISI et de l'unité fermée du deuxième étage sont toutes équipées d'un verrou permettant d'enfermer les patients.



Chambre d'hospitalisation de l'UISI

Toutes les chambres bénéficient d'une salle d'eau équipée de WC à l'anglaise, d'une douche à l'italienne à température réglable, d'un lavabo avec mitigeur, d'un miroir, d'un porte-serviettes et de patères (parfois cassées). Certains abattants et lunettes de WC sont manquants.

Toutes les portes des chambres sont équipées d'un verrou de confort.

Dans certaines unités, chambres hôtelières et CI, il faisait très froid au moment de la visite, et, selon les propos recueillis, les températures estivales peuvent être difficiles à supporter. Le problème se pose également dans certains bureaux destinés au personnel.

Recommandation 13

La température dans les unités d'hospitalisation et les locaux du personnel doit être réglée, été comme hiver, en fonction des normes en vigueur. Les chambres doivent comporter l'équipement en tables et chaises correspondant au nombre d'occupants. Les toilettes doivent être dotées d'abattants et lunettes. Les chambres hôtelières ne doivent pas être équipées de verrous permettant l'enfermement des patients depuis l'extérieur.

4.2. UNE ATTENTION SOUTENUE EST PRETEE A L'HYGIENE MAIS AUCUN VESTIAIRE DE DEPANNAGE N'EST TENU A DISPOSITION DES PATIENTS

Les parties communes de l'établissement sont d'une grande propreté. Il en est de même dans chacune des unités. De fait, un soin particulier est apporté au ménage, réalisé quotidiennement. Les points d'eau pour l'hygiène des mains sont fonctionnels et équipés et les poubelles possèdent un système d'ouverture non manuelle. Le risque infectieux et la lutte contre les bactéries multirésistantes (BMR) font l'objet d'une grande vigilance. Outre le recours au bionettoyage, un protocole spécifique concernant les patients en provenance de l'étranger a été mis en place, visant à limiter le risque d'importation de pathologies infectieuses.

Le GHU est par ailleurs vigilant s'agissant des nuisibles (punaises de lit, cafards, souris pourtant aperçues au self, etc.). Outre l'intervention d'opérations d'un prestataire, un protocole spécifique a

été mis en place concernant les patients dont des lésions corporelles suggèrent qu'ils sont porteurs de punaises de lit (dépôts des biens du patient sur un drap blanc dans un coin de la chambre) afin d'éviter les infestations. Le cas échéant une nouvelle procédure de désinfection, aujourd'hui d'une durée de 24 heures, permet d'éviter de bloquer les chambres 15 jours, ce qui était le cas jusqu'il y a peu.

Dans toutes les unités, les patients se voient remettre à leur arrivée un kit d'hygiène³⁹. Des produits complémentaires sont accessibles dans un petit panier fixé sur le chariot à linge en accès libre. La toilette des personnes en situation d'incurie est prise en charge par les soignants. Les draps sont changés une fois par semaine et plus si nécessaire. Les patients ont accès aux chariots de linges offrant draps, serviettes et pyjamas de rechange, tandis que des sacs de couleurs réceptionnent le linge sale.

Seuls les patients en grande précarité ou isolés bénéficient d'un service de lingerie gratuit sur place, à charge pour les non concernés de confier leur linge à leur famille ou leurs proches.

Malgré la situation de précarité de bon nombre de patients, l'établissement n'a pas mis en place de vestiaire de vêtements. Faute d'effets personnels, certains patients restent en pyjama durant tout leur séjour, sortent d'hospitalisation voire sont présentés devant le JLD ainsi accoutrés.

Recommandation 14

Le site Henri Ey doit disposer d'un vestiaire de dépannage afin d'éviter que des patients ne soient contraints au port du pyjama pendant tout leur séjour, soient présentés aux audiences ou sortent d'hospitalisation ainsi vêtus.

4.3. LE RETRAIT DES EFFETS PERSONNELS EST PARTICULIEREMENT RESTRICTIF DANS DEUX UNITES FERMEES

Lors de l'admission dans l'unité, un inventaire contradictoire des effets personnels du patient est réalisé par un IDE. Lorsque l'état clinique du patient ne lui permet pas de le signer, deux soignants le signent à sa place.

De façon générale, les objets considérés comme dangereux sont retirés et conservés dans des casiers individuels situés dans les unités. Les petites sommes en numéraires peuvent être conservées dans le bureau du cadre. Les objets de valeur (cartes bancaires, chéquiers, bijoux) sont quant à eux déposés à la banque des patients, ainsi que les sommes importantes d'argent. Cette dernière est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 15h30. Quel que soit leur statut, les patients peuvent y retirer des sommes d'argent en présentant un bon de retrait.

A l'UISI, tous les objets personnels sont retirés, à l'exception de livres pour un patient au moment de la visite. Les personnes en attente de rejoindre une unité ouverte ne sont pas pour autant autorisées à récupérer leurs biens personnels. Dans l'unité du 7^{ème} étage, seuls les vêtements et cigarettes peuvent être laissés aux patients avec accord médical, et les placards des chambres ne sont laissés ouverts que lorsque les vêtements sont autorisés. Les chambres de l'UISI ne comportent pas de placard. Dans les autres unités, les patients disposent d'un placard dans lequel est placé un coffre à fermeture par code. Dans les chambres doubles, les placards sont fermés à clé afin d'éviter les vols.

³⁹ Shampoing, savon, brosse, brosse à dent et dentifrice.

Recommandation 15

Le retrait des effets personnels doit être proportionné et individualisé en fonction de l'état clinique du patient.

A sa sortie, le patient récupère ses biens à la caisse de la régie, tant que les objets n'ont pas été transférés à la trésorerie principale des centres hospitaliers de Paris. Les sommes numéraires de moins de 160 euros peuvent être retirées, et le reste est restitué ultérieurement par virement.

Les ASS de chaque unité procèdent aux démarches lorsqu'il faut mettre en place une mesure de protection juridique. Le cas échéant, le juge des tutelles compétent peut désigner le service des tutelles de l'établissement. Les tuteurs et curateurs sont associés aux décisions prises pour l'accompagnement des patients dans leur sortie, mais le personnel des unités a fait valoir que nombre d'entre eux sont extrêmement difficiles à joindre.

4.4. LA RESTAURATION DONNE SATISFACTION AUX PATIENTS

Les patients rencontrés font globalement part de leur satisfaction concernant la restauration tant sur sa qualité, sa quantité que sa variété.

Le service de restauration est centralisé au niveau de Sainte-Anne. Le GHU fait appel au prestataire COGEREST et complète cette prestation par l'achat de fruits, de produits d'épicerie et de desserts (pâtisseries), auprès du « réseau central d'achat hospitalier ». Les procédures, dûment contrôlées, n'appellent aucun commentaire. Les menus sont élaborés selon des cycles de huit semaines sur la base d'une carte fixe, offrant trois entrées, deux viandes et un poisson blanc, auxquels s'ajoutent trois possibilités d'accompagnement du plat de résistance.

Les patients des unités fermées ne sont pas autorisés à se rendre au self et tenus, par conséquent, de prendre leur repas dans leurs unités. De même en est-il dans les unités ouvertes pour les patients à mobilité réduite, présentant des risques de fausse route ou des troubles de l'alimentation. En ce cas, les barquettes destinées à une consommation chaude sont réchauffées par les AS et ASH dans les offices équipés de fours à micro-ondes et de vastes frigidaires. Les patients se répartissent autour de la table placée à proximité du poste de soin.

Les patients autorisés à se rendre au self, issus des trois unités ouvertes, représentent entre 45 et 50 personnes au total. Leur arrivée au self s'échelonne selon trois services, espacés de dix minutes afin d'éviter l'encombrement. Les patients descendent groupés par unités et accompagnés d'un IDE. Ils sont libres de leur placement. Les patients rencontrés apprécient d'avoir le choix entre plusieurs entrées, plats et desserts, ce qui n'est pas le cas de ceux qui prennent leur repas dans les unités.

Aucune des unités n'organise de repas thérapeutique. Seules les unités fermées prévoient un goûter et/ou une collation au moment du coucher (tisane de verveine et compote par exemple). Les petits déjeuners (pain, biscotte, café, chocolat ou thé) se prennent exclusivement dans les unités à partir de 8h30. Les dimanches et jours de fêtes, ils sont agrémentés d'une viennoiserie. Les patients des unités ouvertes sont autorisés à se rendre à la cafétéria, ouverte de 9h à 11h30 le matin et de 13h à 15h45 l'après-midi : les cafés, les viennoiseries et les fruits y sont peu onéreux⁴⁰. Sous réserve d'être titulaire d'une permission de sortie, ils peuvent aussi se rendre dans les superettes ou supermarchés voisins de l'établissement.

⁴⁰ 50 centimes le café, ou la viennoiserie, 30 centimes la pomme ou la banane.

Des procédures Hazard Analysis Critical Point (HACCP)⁴¹ et des prélèvements aléatoires sont mis en œuvre régulièrement. Le GHU souhaite continuer à améliorer la qualité de sa prestation alimentaire en favorisant la limitation des produits transformés, un meilleur respect de la loi dite EGALIM⁴², et un élargissement de la carte fixe.

⁴¹ Méthode standardisée qui permet de prévenir et d'identifier les dangers liés aux pratiques d'hygiène alimentaire.

⁴² Loi n°2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1. DES PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS LIBRES SE RETROUVENT DERRIERE DES PORTES FERMEES

Par principe, les patients accueillis dans les unités ouvertes, dont l'accès est ouvert généralement de 8h à 20h, circulent librement dans l'établissement et peuvent rejoindre dans la journée les espaces collectifs situés au rez-de-chaussée et au rez-de-jardin. Des restrictions, selon la clinique, peuvent cependant s'appliquer aux patients en SSC⁴³.

Dans les unités fermées, les patients connaissent, sur prescription médicale, des restrictions de circulation. A leur arrivée, ils sont astreints à rester dans leur unité puis, en fonction de leur état clinique, ils sont progressivement autorisés à circuler, accompagnés dans les premiers temps par un soignant, ou un proche lors des visites, puis librement⁴⁴. L'UISI fait exception dans la mesure où aucun patient n'est autorisé à sortir. L'accès aux unités fermées étant verrouillé, les patients se signalent aux soignants.

Recommandation 16

Les interdictions de sortie hors des unités de soins, notamment de celle intersectorielle de soins intensifs, doivent être individualisées.

A l'intérieur des unités, l'accès à l'extérieur est limité aux terrasses, à l'espace contraint, surtout utilisées pour fumer. Les patients circulent librement au sein de leur unité et ont accès aux différents espaces. Au sein des unités 2 et 7, la terrasse est fermée la nuit⁴⁵. A l'UISI, des travaux étant en cours, les patients ne pouvaient sortir seuls, même pour fumer.

⁴³ A titre indicatif, à la date du 5 avril, à l'unité ouverte du 5^{ème} étage, sur 13 patients hospitalisés en SSC, 4 n'étaient pas autorisés à sortir du service et 10 n'étaient pas autorisés à sortir de l'établissement. Source : consignes de prise en charge. Dans l'unité ouverte du 4^{ème} étage, tous les patients en SSC étaient autorisés à circuler au sein de l'établissement.

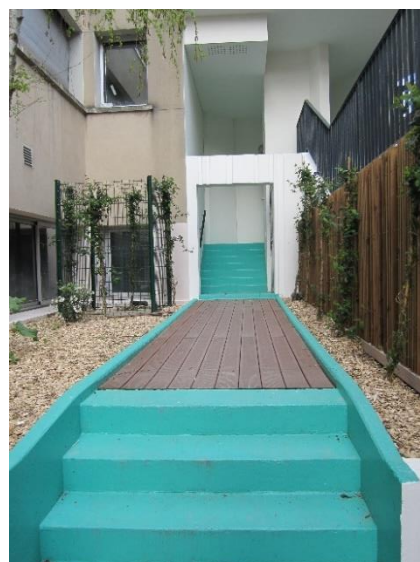
⁴⁴ A titre indicatif, à la date du 4 avril, à l'unité fermée du 2^{ème} étage, sur 15 patients hospitalisés dans l'unité (dont 2 en CI), 9 n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité et aucun n'était autorisé à sortir de l'établissement. Source : consignes de prise en charge. A la date du 5 avril, à l'unité fermée du 7^{ème} étage, sur 12 patients hospitalisés dans l'unité (dont 2 en CI), 3 n'étaient pas autorisés à sortir du service et 7 n'étaient pas autorisés à sortir de l'établissement. Pour les 5 patients autorisés à sortir de l'établissement, 4 l'étaient avec accompagnement et un était autorisé à sortir seul. Source : consignes de prise en charge.

⁴⁵ Horaires d'ouverture des terrasses : unité 2 de 6h à 22h30 ; unité 7, de 7h à 22h.



Espaces extérieurs unité 2 et UISI

Hors unité, au rez-de-chaussée, se situe un espace ouvert sur deux niveaux. Ce dernier procure un accès restreint à l'air libre en raison de sa superficie.



Deuxième niveau du rez de jardin et son accès

Les sorties à l'extérieur de l'établissement pour les patients en SSC sont soumises à autorisation du médecin. Elles sont pratiquées avec ou sans accompagnement, pour une durée variable, souvent d'une à deux heures dans un premier temps. Elles débutent, en général, dans le cadre d'activités sportives pratiquées sur des installations à proximité de l'hôpital ou de sorties culturelles. Ces restrictions font l'objet de réévaluations.

Quel que soit leur statut, les patients doivent produire un document autorisant leur sortie qu'ils présentent à l'accueil, même s'ils sont en SL.

Recommandation 17

Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir de l'établissement à leur convenance, sans être soumis à autorisation.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : S'agissant de la liberté de circulation des patients en soins libres, notamment hors du site Henri Ey qui est soumis à un contrôle d'accès, un système de badges et de bracelets est en cours de déploiement afin notamment de lever toute contrainte de demande d'autorisation pour ces patients.

5.2. LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE, VARIABLES EN FONCTION DES UNITES, SONT SYSTEMATIQUES A L'UNITE INTERSECTORIELLE DE SOINS INTENSIFS

5.2.1. Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces des unités

Le réveil a lieu aux environs de 8h, voire 7h30 en cas de prise de sang. Les patients des unités ouvertes déjeunent et dînent au self en l'absence de consigne médicale contraire⁴⁶.

De manière générale, l'accès à la télévision débute à 8h, jusqu'à 22h avec une adaptation si nécessaire en fonction du programme. Il est plus restreint à l'unité 2, où il est interrompu le temps des repas, l'espace de restauration étant au demeurant contigu⁴⁷.

5.2.2. L'accès au tabac

Fumer est de principe autorisé en l'absence de consigne médicale contraire. S'agissant du libre accès au tabac, la situation est variable selon les unités. Dans les unités 1, 4 et 5, les patients disposent de leur tabac. A l'unité 1, une forme de régulation peut, le cas échéant, intervenir, tandis qu'à l'unité 7, il peut être conservé au bureau infirmier si le patient le souhaite, notamment en cas de fortes sollicitations émanant d'autres malades. La situation a évolué dans cette dernière unité où il faisait l'objet d'une régulation avec une remise à l'issue des repas. A l'unité 2, le tabac est conservé dans le bureau infirmier et distribué à la demande. Il s'agit d'une forme de régulation qui tient compte des ressources du patient. Il a été précisé qu'avec l'accord du médecin, le tabac peut être conservé par le patient. A l'UISI, le tabac est distribué aux patients à certains moments de la journée prédéterminés, pour un maximum de neuf cigarettes.

Le principe est le retrait des briquets à l'exception de l'unité 4 où les patients les conservent, sauf en cas de consommation tabagique dans les chambres. Des briquets électroniques sont mis à disposition sur les terrasses et au rez-de-jardin⁴⁸.

Recommandation 18

Les restrictions relatives à la consommation de tabac doivent répondre à des consignes médicales individualisées.

5.2.3. Le port du pyjama

Le port du pyjama fait l'objet d'une prescription médicale assortie d'une motivation. Il est systématique lors d'une décision de mise à l'isolement (cf. § 6.1 recommandation n°23). Vingt-et-

⁴⁶ Petit-déjeuner à partir de 8h, déjeuner à 12h et dîner à 18h15.

⁴⁷ Horaires de télévision à l'unité 2 : 9h30 à 11h30 ; 15h à 18h ; 19h30/20h à minuit.

⁴⁸ Accès de 10h à 20h.

un patients ont été recensés comme portant le pyjama la première semaine du contrôle dont les huit présents à l'UISI⁴⁹.

Au sein de cette unité, le port du pyjama est apparu généralisé, quel que soit l'état clinique du patient ou le stade du séjour. Deux d'entre eux étaient en attente d'une place pour rejoindre leur secteur d'origine. Le caractère systématique de la démarche interroge, d'autant qu'il ressort clairement qu'il est incompris et mal vécu par les malades. Son intérêt au regard des soins pose également question.

Dans certaines unités, il a été indiqué qu'il intervient à l'arrivée, comme à l'unité 7, et pour certains états cliniques présentant un risque suicidaire. Certains patients peuvent aussi souhaiter le porter, ce qui peut conduire les soignants à entamer une démarche pour inciter le malade à utiliser ses propres vêtements, lorsqu'il en possède.

Recommandation 19

Le port du pyjama institutionnel doit respecter la dignité du patient et répondre à une consigne médicale individualisée.

5.3. L'ACCES AU TELEPHONE EST CONTRAINT DANS LES UNITES FERMEES

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

L'accès au téléphone correspond à des dispositions homogènes par type d'unité, sauf à l'UISI. De manière générale, la grande majorité des patients hospitalisés en SSC dans les unités ouvertes conserve leur téléphone portable⁵⁰. Une restriction médicale motivée le prévoit à défaut. Au moment du contrôle, pour les patients concernés, tous pouvaient recevoir ou émettre des appels à partir d'un téléphone du service mis à leur disposition.

Dans les unités fermées, à l'unité 2 et à l'unité 7, les téléphones sont retirés à l'arrivée puis restitués en fonction de l'état clinique, sur décision du praticien. Cela concernait un peu moins de la moitié des patients⁵¹. En cas de retrait, de manière générale et comme précédemment, les patients ont la possibilité de recevoir des appels et de téléphoner⁵². Les éventuelles restrictions sont précisées par les praticiens. A l'UISI, aucun patient ne dispose de téléphone portable. Des appels peuvent être reçus si le médecin l'autorise, le cas échéant avec mention des appelants. Les appels vers l'extérieur ne sont pas autorisés.

Le retrait d'ordinateur ou de tablette, pour les patients qui en possèdent, ou une utilisation partielle, font également l'objet d'une prescription médicale. Il a été constaté que dans les unités fermées 2

⁴⁹ Unité 2 : 2 dont 2 patients placés à l'isolement ; unité 5 : 3 ; unité 7 : 6 dont 2 placés à l'isolement. Source : consignes de prise en charge. Unité 4 : 1 ; unité 1 : 1 (à la demande du patient) ; UISI : 8.

⁵⁰ A titre indicatif au moment du contrôle, à l'unité 1, tous les patients disposaient de leur téléphone portable ; à l'unité 4, un patient n'en disposait pas ; à l'unité 5, trois patients n'en disposaient pas dont un pour prémunir le patient d'un risque de vol.

⁵¹ A titre indicatif, au moment du contrôle, à l'unité 2, 7 patients sur les 15 présents dans l'unité (dont 2 à l'isolement) disposaient de leur téléphone portable ; à l'unité 5, 5 patients sur 12 présents dans l'unité en disposaient.

⁵² A l'unité 2, sur 7 patients qui ne disposaient pas de leur téléphone portable, 1 n'était pas autorisé à téléphoner (isolement), 6 l'étaient (dont un à l'isolement, un appel par jour). A l'unité 7, sur 7 patients qui ne disposaient pas de leur téléphone portable, 4 n'étaient pas autorisés à téléphoner (dont un à l'isolement), 3 l'étaient (dont un à l'isolement pendant le temps d'ouverture). Source : consignes de prise en charge.

et 7, les chargeurs sont systématiquement retirés et conservés au bureau infirmier. Dans ces conditions, les patients, quand bien même disposent-ils de leur téléphone portable, doivent s'adresser aux soignants pour le recharger.

Recommandation 20

De manière générale, le principe doit être la libre disposition des moyens de communication. Les restrictions éventuelles comme les retraits des téléphones portables, ordinateurs, tablettes et de leur chargeurs doivent être individualisés et réévalués par un psychiatre, y compris dans l'unité intersectorielle de soins intensifs.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Les restrictions aux libertés individuelles font toutes l'objet d'une prescription médicale motivée, adaptée à la situation du patient et réévaluée au regard de l'évolution de son état de santé.

Des impératifs de sécurité, d'hygiène ou de santé publique peuvent également justifier, dans certaines unités, l'application de consignes restrictives plus systématiques, mais toutes médicalement justifiées et adaptées à la clinique du patient ou son cadre de prise en charge.

Il en est ainsi par exemple de l'accès au tabac, du port du pyjama en isolement ou encore du retrait des briquets et des chargeurs de téléphone.

A l'UISI notamment, une réflexion collective autour des restrictions aux libertés individuelles a été initiée avec les équipes de l'unité afin de susciter le questionnement éthique sur ces pratiques, parfois anciennes et dégager des pistes et solutions d'amélioration favorisant une meilleure conciliation entre le respect des libertés individuelles, la protection de la santé et la sécurité des patients et le nécessaire respect de règles de vie en collectivité. Un projet relatif à l'utilisation des téléphones cellulaires uniquement dans les chambres (espaces privés) est par exemple en cours de déploiement au sein de l'UISI, dans l'objectif de permettre un accès plus large aux communications personnelles, tout en améliorant le respect de la confidentialité des échanges et la qualité de vie en collectivité (réduction des nuisances sonores...).

Un travail sur la rédaction et l'affichage de règlements d'unités a également été engagé avec certains professionnels du site.

Au niveau institutionnel, tous ces sujets sont remontés et traités au sein du COPIL Vie Quotidienne et partagés avec l'ensemble des professionnels et les représentants des usagers.

Les visiteurs sont accueillis par un agent de l'hôpital, présent de 9h à 19h, qui les renseigne et les oriente après avoir contacté l'unité de soins.

Les patients peuvent recevoir des visites selon des modalités variables déterminées par leur médecin en fonction de la clinique. Elles peuvent avoir lieu au sein des unités. Aux unités 1, 2 et 6, des salons d'accueil sont prévus pour ces entretiens. Aux unités 4, 5 et 7, les visites peuvent avoir lieu dans la salle commune ou en chambre (sauf pour les mineurs). Lorsque les patients sont autorisés à sortir de leur unité, le cas échéant accompagnés, ils peuvent rejoindre les espaces

communs au rez-de-chaussée où se situent la cafétéria et un salon qui permet d'accueillir les visiteurs accompagnés de mineurs⁵³, ainsi que le rez-de-jardin.

5.3.2. L'accès à l'information

Les unités ne sont pas abonnées à des périodiques. La possibilité de s'informer pour les patients repose sur l'accès à la télévision située dans l'espace collectif. Les chambres ne disposent pas de téléviseur.

Le courrier est reçu dans les bureaux infirmiers puis distribué. Le courrier sortant est remis par les patients pour être transmis au vagemestre.

Les patients ont la possibilité de procéder à des consultations sur Internet à partir de deux postes situés dans l'espace animation, au rez-de-chaussée de l'hôpital, pour ceux autorisés à s'y rendre (cf. § 8.1.2).

5.3.3. La confidentialité

Le livret d'accueil invite les patients souhaitant conserver l'anonymat à se rapprocher de l'équipe de soins⁵⁴. Cette procédure concernait une personne au moment du contrôle. Il est également indiqué que les patients ont la possibilité de demander qu'aucune indication concernant leur état de santé ou leur présence à l'hôpital ne soit communiquée⁵⁵.

Les soignants sont apparus au fait de ces procédures et vigilants. Ils prennent en compte la volonté exprimée et ne communiquent pas d'information à des tiers, hormis à la personne de confiance et aux proches visitant les patients, dans les limites de l'accord de ces derniers et hors information médicale. Le plus souvent, il s'agit d'une mise en communication. Il a été indiqué que le choix de la confidentialité de l'hospitalisation est abordé au moment de l'arrivée dans les unités. Il ressort cependant que, ponctuellement, la question peut être omise. Une attention doit être maintenue sur ce point.

L'accueil, qui centralise ses appels, ne communique aucune information et sollicite l'unité d'hospitalisation qui réagit en fonction de la procédure précitée.

5.4. L'ACCES AU VOTE EST GLOBALEMENT BIEN ORGANISE

L'information permettant d'exercer son droit de vote est diffusée largement. Quelques semaines avant le scrutin, un mail est adressé par la coordinatrice du bureau de la loi et de l'état civil à l'ensemble des cadres administratifs du site. Ensuite, ceux-ci adressent un mail aux chefs de service, cadres supérieurs de santé et cadres de proximité, précisant leur responsabilité s'agissant de la bonne mise en œuvre du libre exercice du vote.

Les patients disposent de deux options pour exercer ce droit. La première consiste à leur accorder une permission de sortie, accompagnée si cela est jugé nécessaire. La seconde consiste dans l'établissement d'une procuration. Une note de service est adressée aux soignants, cadres administratifs, secrétaires médicales et à tout personnel ayant des contacts avec les patients hospitalisés pour leur demander de les informer de cette procédure. Il est également procédé à un affichage d'informations dans les unités. Chaque unité est tenue de recenser les demandes de vote

⁵³ Des travaux viennent de s'achever.

⁵⁴ Livret d'accueil, les démarches administratives, p. 22.

⁵⁵ *Ibid*, p. 25.

par procuration et de transmettre la liste la plus précise possible au cadre administratif du site en charge de la supervision du dossier. Les informations sont alors communiquées par fax ou par mail au commissariat de l'arrondissement afin qu'un officier de police puisse venir s'assurer que le patient souhaite effectivement voter par procuration et ne fait pas l'objet d'une manipulation. La procédure semble relativement bien rôdée et le commissariat se montre réactif.

Le bureau de la loi n'enregistre pas le nombre de demandes de procurations, si bien qu'on ne sait pas dans quelle mesure le dispositif mis en œuvre est investi par la patientèle. Il a été indiqué un investissement différencié selon qu'il s'agit d'élections présidentielles ou législatives : les premières sont plus mobilisatrices que les secondes. Au moment de la visite il était envisagé de commencer à diffuser une information dès le début du mois de mai concernant les élections européennes du mois de juin 2024.

5.5. LES PATIENTS ONT ACCES AUX DIFFERENTS CULTES

Le site Henri Ey propose une offre variée d'options culturelles : catholicisme, protestantisme, judaïsme, bouddhisme et islam y sont représentés. Les aumôneries israélite, bouddhiste et musulmane ne tiennent pas de permanence à la différence de la catholique, elles préfèrent intervenir à la demande, par téléphone ou en se rendant sur place. A défaut de figurer dans les livrets d'accueil du GHU, l'information relative aux aumôneries est largement diffusée, sous forme de brochures (accessibles au rez-de-chaussée de l'établissement) ou d'affichage des numéros de téléphone des différents aumôniers. Seules deux unités étaient dépourvues d'affichage relatif au culte. Les visites des aumôniers sont autorisées dans l'ensemble des unités, bien qu'elles puissent être subordonnées à l'état du patient. Le personnel n'oppose aucune réticence à leur présence et se montre plutôt respectueux des croyances religieuses. Au sein de l'UISI, l'affichage relatif à la messe de Pâques a suscité des demandes, ce qui a généré un débat au sein de l'unité. Celui-ci a finalement été tranché par le chef de service, estimant que dès lors qu'il y avait un affichage, il convenait d'être cohérent : les patients ont par conséquent été autorisés à s'y rendre accompagnés d'un soignant.

L'aumônerie catholique, animée par un frère et une bénévole, se distingue par un certain dynamisme : présence à mi-temps sur le site d'Henri Ey, célébration d'une messe hebdomadaire (qui se déroule dans la salle de conférence de l'établissement et à laquelle participe une dizaine de patients), organisation de prières ainsi que des assemblées sans prêtres durant lesquelles la communion est possible. Le responsable de l'aumônerie catholique a indiqué aux contrôleurs avoir procédé sur le mois de mars à 157 visites sur le seul site Henri Ey, accueilli 34 personnes aux célébrations, 56 à la messe, échangé 13 fois avec la famille par téléphone ou texto, rencontré 2 familles. Il dispose d'un local réservé, dans lequel se trouve un autel, qu'il mobilise en cas de présence d'un prêtre dans la patientèle. C'est là aussi que l'aumônier musulman reçoit les patients qui souhaitent le rencontrer. Ce dernier rencontre annuellement 35 à 40 personnes sur Henri Ey, sachant qu'une personne peut faire l'objet de visites répétées. Aucun culte collectif n'est organisé ni à destination des musulmans ni des protestants. En ce qui concerne la prise en compte des interdictions alimentaires, s'il existe une option « cascher », aucune option menu hallal n'existe dans l'offre de restauration.

5.6. LES SOIGNANTS SONT INSUFFISAMMENT FORMES A LA PRISE EN COMPTE DE L'INTIMITE ET DE LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS

Les éléments liés à l'intimité et à la vie sexuelle des patients sont diversement abordés par les équipes mais rarement de façon proactive, bien que les relations sexuelles existent dans les unités. Certaines l'évoquent lors des staffs, notamment en cas de rapprochement constaté entre patients, d'autres jugent le sujet délicat, voire tabou. Le dissensus existe au sein même des équipes. Un discours de prévention peu étayé, parfois proposé, repose sur le fait que « *l'hospitalisation n'est pas le bon moment pour avoir des rapports* », et une forme de vigilance est mise en œuvre, notamment concernant les patients vulnérables. La contraception d'urgence et un dépistage des infections sexuellement transmissibles sont proposés en cas de rapports non protégés par certaines équipes, alors que d'autres proposent d'emblée des préservatifs en cas de rapprochement et de rapports sexuels potentiels et rappellent la notion de consentement. Les rapprochements entre patients et le fait de se rendre dans la chambre d'un autre sont interdits à l'UISI. Une unité propose un test de grossesse systématique aux patientes à l'admission. Un abord du sujet est parfois réalisé en entretien avec le psychiatre et une orientation en consultation de gynécologie (cf. § 8.2) est possible.

Pour exemple, une équipe a rapporté une situation complexe, lors de laquelle un rapprochement constaté entre un patient séropositif au VIH (virus de l'immunodéficience humaine, dit Sida) et un deuxième, séronégatif, n'a donné lieu à aucune information de la personne saine, sur décision médicale, au motif du respect du secret professionnel. La personne saine a été contaminée. Les soignants ont décrit le traumatisme pour la personne concernée, mais aussi celui de l'équipe qui n'a pas pu le prévenir. Ni le comité d'éthique ni aucune autre instance tierce n'ont été sollicités, « *on n'y pense même pas, on manque de formation et d'information* » (cf. § 2.3 recommandation n°2 ; § 2.5 recommandation n°6) ont témoigné les soignants.

Dans toute situation dans laquelle un patient rapporte aux soignants avoir été agressé sexuellement, l'information est transmise au psychiatre qui définit la conduite à tenir au cas par cas. En tant que de besoin sont mis en œuvre un simple recadrage, un transfert de patients pour séparation au sein des unités (parfois impossible en raison du manque de places), un accompagnement pour le dépôt d'une plainte.

Recommandation 21

Tous les soignants doivent bénéficier d'une formation concernant la prise en compte de l'intimité et de la vie sexuelle de patients, afin d'être capables d'assurer une information adaptée s'agissant de la contraception, des infections sexuellement transmissibles et de leur prévention et de la notion de consentement à la sexualité.

La pharmacienne cheffe propose un atelier « sexologie » bimensuel aux patients depuis le mois de novembre 2023. Il comporte une première séance systématiquement dédiée à la notion de consentement et au thème des infections sexuellement transmissibles, et une deuxième adaptée au choix du patient, s'agissant de sa participation et des thèmes abordés (effets secondaires des médicaments psychotropes, pratiques sexuelles, notion de genre, notion de plaisir, contraception, désir de procréer). Un projet de mise en œuvre d'une consultation de sexologie au CMP⁵⁶ du pôle 75G20-21 et de rendre accessible l'atelier de sexologie à tous les patients du GHU dans ce cadre a

⁵⁶ Situé rue d'Armaillé dans le 17^{ème} arrondissement de Paris.

été signalé. Les patients qui sollicitent les soignants sur la thématique de la vie sexuelle bénéficient d'une orientation vers l'atelier de sexologie.

Bonne pratique 1

Les patients bénéficient de séances diversifiées d'éducation thérapeutique, notamment de celles, peu observées ailleurs, de l'atelier « sexologie », qui permettent l'abord des thèmes du consentement à la sexualité, des infections sexuellement transmissibles, des effets secondaires sexuels des médicaments psychotropes, des pratiques sexuelles, de la notion de genre, de la notion de plaisir, de la contraception et du désir de procréer.

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1. LA CONFIGURATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT ET DES CHAMBRES SECURISEES N'EST PAS RESPECTUEUSE DE L'INTIMITE ET DE LA SECURITE DES PATIENTS

Le site Henri Ey dispose de huit CI réparties dans les trois unités fermées ; quatre se situent à l'UISI au 6^{ème} étage, deux au 2^{ème} étage et deux autres au 7^{ème} étage. Au jour de la visite, six étaient opérationnelles et occupées, deux étant en travaux. Quatre CS sont également utilisées alternativement comme CI et chambre hôtelière aux 2^{ème} et 7^{ème} étages. Chaque CI comporte un accès à une douche, des toilettes et un lavabo surmonté d'un miroir. Aucun meuble n'est installé dans la chambre et seuls des cubes en mousse plastifiés sont mis à disposition, selon l'état clinique des patients. Les lits, en plastique dur et comportant des passe-sangles, sont scellés dans toutes les CI. Des lits en fer sont scellés dans les deux chambres sécurisées du 2^{ème} étage et disposent de passe-sangles. Un lit roulant est le seul mobilier des chambres sécurisées du 7^{ème} étage. Dans l'ensemble des CI, le bouton d'appel se situe à l'intérieur de la salle d'eau qui peut être fermée temporairement, selon l'état clinique du patient. Aucun système d'appel n'est accessible ni du lit ni de la chambre.



CI de l'UISI



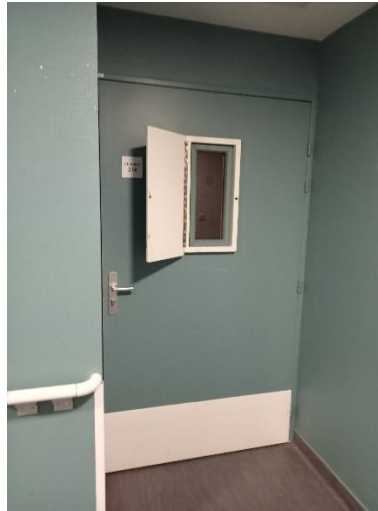
CI du 7^{ème} étage

L'heure, le jour et la date sont visibles par une horloge numérique dans toutes les CI et dans les chambres sécurisées du 2^{ème} étage. Les contrôleurs ont constaté que la température dans les chambres était basse au jour du contrôle et décrite comme très haute l'été (cf. § 4.1). Si les patients peuvent allumer ou éteindre la lumière de leur chambre, ils n'ont pas accès à l'ouverture de leur volet ni n'ont d'accès direct à l'extérieur. Ils ne peuvent pas ouvrir le sabot de la fenêtre de manière autonome au 2^{ème} étage et l'ouverture, possible dans les autres CI, ne dépasse pas les 5 cm.

Les CI de l'UISI disposent toutes de deux entrées précédées d'un sas. Un fenestron permet au soignant de voir l'intérieur de la chambre et un autre permet de voir les sanitaires, notamment les WC. Un volet permet d'occulter ce fenestron. Aux 2^{ème} et 7^{ème} étages, deux entrées dans les CI sont prévues, mais une seule comporte un sas, trop étroit pour être utilisé par les soignants. Des fenestrons, avec volet, sont installés devant chaque porte donnant sur le couloir. Les volets peuvent être ouverts par tous, notamment par les patients, offrant une vue sur la chambre du patient isolé, faute de système de verrouillage. Les chambres sécurisées ne comportent ni sas ni double entrée, et les chambres du 7^{ème} étage sont dépourvues de fenestrons, empêchant la surveillance visuelle du patient enfermé.



Fenestron donnant sur les toilettes de la CI de l'UISI



Fenestron d'une CI donnant sur le couloir du 2^{ème} étage



Balcon accessible depuis un sas des CI de l'UISI

Recommandation 22

L'attention portée à la sécurité des patients ne peut justifier l'existence de dispositifs permettant de visualiser les sanitaires et WC, intrusifs et attentatoires à l'intimité et la dignité.

Les volets des fenestrons donnant sur le couloir doivent être protégés de sorte à empêcher toute vue sur l'intérieur de la chambre par des patients.

Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel à portée de main du patient, y compris pendant les phases de contention.

Les patients isolés mangent dans leur chambre en présence d'un soignant, assis sur leur lit, le plateau-repas posé sur un cube en mousse et au moyen de couverts en plastique. Ils bénéficient de cinq temps d'alimentation (comprenant le goûter et la collation du soir). Une bouteille d'eau est systématiquement disposée dans la chambre, régulièrement réapprovisionnée. Le pyjama institutionnel est imposé (cf. § 5.2.3 recommandation n°19). La terrasse du 2^{ème} et du 7^{ème} étage et le balcon filant du 6^{ème} étage ne sont accessibles aux patients isolés qu'accompagnés d'un soignant, notamment pour leur permettre de fumer, et uniquement sur prescription médicale. Des substitutifs nicotiques sont systématiquement proposés.

Recommandation 23

Un accès quotidien à l'air libre doit être ménagé pour les patients isolés, lequel ne doit pas être restreint aux seuls fumeurs.

Au 7^{ème} étage, le patient peut être autorisé à disposer de lecture et peut bénéficier de temps de relaxation ou d'atelier créatif respectivement proposés par la psychomotricienne et l'ergothérapeute, en fonction de l'état clinique.

Bonne pratique 2

L'intervention de professionnels paramédicaux durant la période d'isolement du patient permet une diversification des soins.

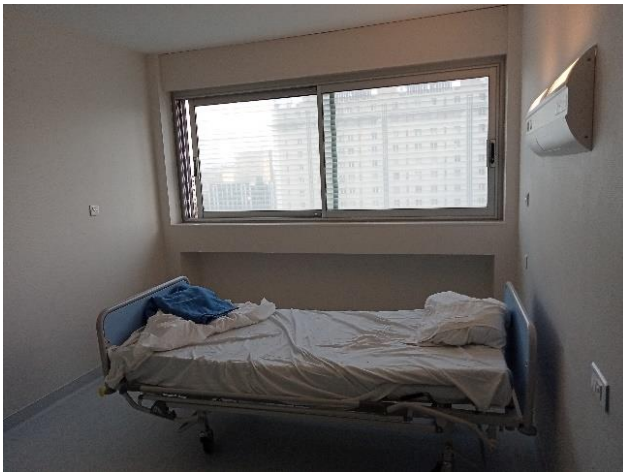
Si toutes les CI ont été rénovées avec une mise à disposition de tablettes et de haut-parleurs permettant la diffusion de musique, ce dispositif n'a jamais fonctionné et les tablettes ont été partiellement arrachées. Seul une CI de l'UISI comporte un système⁵⁷ permettant au patient de choisir sa musique en autonomie selon une « playlist » déterminée. Hormis le cas d'un patient mineur isolé, les visites ne sont pas autorisées durant les périodes d'isolement.

Le patient placé en CI est vu deux fois par jour par un psychiatre et les surveillances infirmières sont tracées, elles sont régulièrement visuelles en journée et systématiques la nuit. Le passage du médecin généraliste n'est pas automatique en cas de mesure d'isolement et ce dernier ne se déplace qu'à la demande du psychiatre.

Recommandation 24

Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen médical somatique.

Au regard des tensions capacitaires, le patient ne conserve pas sa chambre hôtelière pendant son placement en CI. A la levée de la mesure, il peut rester en CI porte ouverte, dans l'attente d'un lit en chambre hôtelière, mais ce temps reste de courte durée au regard des besoins continus des CI. L'isolement est également pratiqué dans les CS, lesquelles ne présentent aucune garantie de sécurité ni pour les soignants ni pour le patient.



Chambre sécurisée du 7^{ème} étage



Chambre sécurisée du 2^{ème} étage

Recommandation 25

Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifique adapté, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure.

Les chambres « sécurisées », qui ne présentent aucune garantie de sécurité ni pour les soignants ni pour le patient, ne doivent pas être utilisées comme des espaces d'isolement et doivent être réhabilitées en chambres hôtelières.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Un travail d'audit sur les chambres sécurisées d'isolement a également été lancé dans le cadre du COPIL afin d'identifier et analyser les pratiques et besoins des professionnels et proposer des solutions et des alternatives

⁵⁷ Ktell Audio du collectif Amenhotep en Suisse.

dans le respect du cadre réglementaire et des préconisations en vigueur. Sur ce point, s'il ne fait aucun débat que seules les chambres hôtelières doivent être comptabilisées dans le capacitaire, leur disponibilité en cas d'isolement du patient ne pouvant cependant plus être garantie à ce jour à raison du contexte de tensions majeures sur le capacitaire et la disponibilité des lits.

Le matériel de contention comprend partout des sangles à cinq points d'attache (ventrale, aux deux bras et aux deux chevilles) par un système à aimant. Les sangles sont nettoyées après utilisation, contrôlées et rangées dans des malles scellées avant un nouvel usage.

6.2. LES REGISTRES COMPORTENT DES DONNEES FAUSSEES ET NE SONT PAS ANALYSES DANS L'OBJECTIF D'UNE REDUCTION DES RECOURS ET DE LA DUREE DES MESURES

Les pratiques d'isolement et de contention sont tracées sur le logiciel CORTEXTE®. Si l'ensemble des mesures de contention sont enregistrées, qu'elles soient réalisées en espace dédié (en CI) ou en espace non dédié (en chambre sécurisée ou en chambre hôtelière), les mesures d'isolement ne font pas systématiquement l'objet d'un enregistrement ou sont parfois enregistrées en espace « dédié » alors que tel n'est pas le cas. En effet, dans certaines unités fermées, les patients peuvent être enfermés dans les chambres sécurisées et dans les chambres hôtelières de l'UISI (elles comprennent toutes un deuxième verrou utilisable uniquement par le soignant), sur consigne médicale⁵⁸, en « si besoin » pendant quelques heures, situations parfois tracées dans les transmissions des soignants, et sous couvert d'un « contrat de soin ». Ces fermetures de chambre peuvent intervenir les nuits ou pendant des temps particuliers en journée, notamment durant les temps de repos, pour des patients désorganisés ou perturbant l'organisation du service⁵⁹. Cette pratique s'analyse en une mesure d'isolement qui n'est à ce jour pas tracée. Elle ne répond pas aux critères prévus par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique⁶⁰.

Les registres communiqués par l'établissement ne font pas davantage état des durées des mesures d'isollements séquentiels, recensées comme si elles étaient continues. Les séquences de sortie sont utilisées dans la majorité des préparations à la sortie de la CI (sans possibilité d'objectiver leur nombre), avec des temps d'ouverture institutionnalisés par unité, d'une demi-heure à plusieurs heures par jours sur trois à cinq jours. Les séquentiels sont parfois prolongés sur plusieurs jours avec des durées limitées de présence en CI, ce qui interroge quant à la pertinence du maintien de la mesure d'isolement.

Recommandation 26

Les données exactes concernant les mesures d'isolement et de contention ainsi que leurs durées doivent figurer dans le registre *ad hoc*. Un tel enfermement, régi par les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, constitue une mesure de dernier recours et ne peut se justifier sous couvert d'un contrat de soin verbal pris avec un patient en soin sans consentement, sur consigne médicale et à l'appréciation des soignants.

⁵⁸ Exemple donné : fermeture de la porte pendant une heure en cas d'agitation.

⁵⁹ L'exemple d'une patiente déambulant nue dans les couloirs a été cité.

⁶⁰ Lequel dispose qu'une telle mesure est de dernier recours, utilisée pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Il convient de noter que sur le 75G20-21, la pratique du « contrat de soins » écrit (et non verbal), signé par la personne soignée, mise en évidence pendant la visite, a été immédiatement et définitivement arrêtée.

En 2023, 30 % de la file active des patients en SSC ont été isolés, soit 210 patients sur une file active de 704 patients en SSC. La durée moyenne de l'isolement était de 192 heures dans des espaces dédiés ou non dédiés (dont 245 heures en moyenne en espace dédié) pour une durée d'isolement maximale de 2 907 heures. Ainsi, 367 mesures d'isolement ont été prises en 2023 et 214 mesures ont dépassé les 72 heures, soit 58,3 % des mesures d'isolement prises. Ces durées apparaissent importantes, mais les données doivent être interprétées avec prudence en l'absence de prise en compte des mesures séquentielles. Si 19 patients en SL ont fait l'objet d'un isolement, leur statut a été modifié dans les 24 heures.

32,4 % des patients isolés ont également été placés sous contention, soit 68 patients. Ces mesures sont toutes tracées. Cela correspond à 9,6 % de la file active des patients en SSC. En moyenne, les patients placés sous contentions l'ont été durant 62 heures, la durée la plus longue ayant été de 758 heures (soit plus de 31 jours). Sur les 107 mesures de contention, 77 ont dépassé les 24 heures, soit 72 % des mesures. Ces durées sont particulièrement longues.

Tableau comparatif par unité en 2023

| Unités | File active globale ⁶¹ | File active SSC | Patients isolés | Durée moyenne d'isolement | Patients contentonnés | % iso.-cont./ File active globale | % iso.-cont./ File active SSC |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Unités ouvertes | | | | | | | |
| 1 ^{er} étage | 371 | 192 | 8 | 105 heures | 2 | 8,8 % | 1 % |
| 4 ^{ème} étage | 282 | 154 | 6 | 76 heures | 2 | 2,12 % | 1,3 % |
| 5 ^{ème} étage | 224 | 121 | 7 | 82 heures | 1 | 3,1 % | 0,8 % |
| Unités fermées | | | | | | | |
| 2 ^{ème} étage | 240 | 225 | 69 | 255 heures | 17 | 28,7 % | 7,5 % |
| 6 ^{ème} étage UISI | 133 | 132 | 67 | 178 heures | 26 | 50,4 % | 19,7 % |
| 7 ^{ème} étage | 280 | 261 | 75 | 176 heures | 23 | 26,8 % | 8,8 % |
| Total général | 1 036 | 704 | 210 | 192 heures | 68 | 20,3 % | 9,6 % |

Aucune analyse du registre n'est organisée dans les secteurs. Les extractions du registre ne font l'objet que d'une analyse annuelle globale sur l'ensemble du GHU. Or, le registre mérite d'autant plus d'être analysé régulièrement que les mesures d'isolement sont d'origines multiples. En effet, de nombreux patients arrivent des urgences déjà placés sous contentions pour être placés directement en CI. De plus, les unités fermées bénéficiant de CI reçoivent régulièrement des

⁶¹ SL et SSC.

patients d'autres secteurs, faute de place dans les CI de leur secteur d'origine. Enfin, les professionnels ont indiqué que certains secteurs du GHU ne pratiquaient pas l'isolement et transféraient leurs patients sur le site Henri Ey en cas de besoin. Ainsi, certains psychiatres ont indiqué retarder la sortie d'un patient de la CI, utilisée de façon séquentielle, afin de limiter l'entrée de nouveaux patients venant d'autres secteurs.

Recommandation 27

Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse et d'une discussion pluridisciplinaire régulière au sein de chaque secteur afin de favoriser la réduction de ces pratiques ainsi que leur durée.

Deux espaces d'apaisement, construits selon le même modèle, sont actuellement en fonctionnement aux 2^{ème} et au 6^{ème} étages. Ils comportent un fauteuil, un canapé, un mur en peinture ardoise permettant l'expression des patients avec des craies, des haut-parleurs et un vidéo projecteur. Les soignants peuvent projeter une vidéo et des sons apaisants à la demande du patient. L'espace d'apaisement est ouvert en continu au 2^{ème} étage et à la demande à l'UISI. Néanmoins, cet outil mis à la disposition des professionnels afin de limiter l'isolement est peu investi et aucune analyse de son utilisation n'est effectuée au sein des unités afin d'en percevoir les effets sur le patient. D'après les professionnels, ces espaces sont peu utilisés en amont de la crise. Le recours aux salons d'apaisement n'est pas pensé comme une mesure alternative à l'isolement.



Espace apaisement 2^{ème} étage



Espace apaisement 6^{ème} étage

La formation des professionnels reste peu orientée vers les alternatives à l'isolement et à la contention ou vers la psychopathologie des patients, ce qui permettrait de diminuer la crainte et d'éviter certaines situations de violences ou d'agitation. Ils ne bénéficient pas de formations spécifiques aux droits fondamentaux des patients hospitalisés en SSC, ni aux mesures d'isolement et de contention (cf. § 2.3 recommandation n°2).

Le débriefing après une mesure d'isolement, assortie ou non d'une mise sous contention, en équipe ou avec le patient, n'est pas développé. Les directives anticipées sont des outils très peu utilisés par les équipes (cf. § 8.3 recommandation n°47). Par ailleurs, aucun protocole spécifique relatif à l'isolement et à la contention⁶² n'est connu des équipes.

⁶² Cinq procédures internes résument les conditions légales et les procédures de surveillance des mesures.

Recommandation 28

Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement dont l'usage doit être pensé comme une alternative aux mesures d'isolement et de contention ; leur impact sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci doit être évalué.

Les soignants doivent être formés aux alternatives à l'isolement et à la contention, qui doivent être recherchées avant tout placement à l'isolement, à la psychopathologie des patients et aux autres outils permettant un moindre recours à l'isolement qui doivent être explicités dans un protocole de mise en isolement.

6.3. LA POLITIQUE DE REDUCTION DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST LAPIDAIRE AU SEIN DU GHU

Alors que les mesures d'isolement et la contention sont intersectorielles au sein du GHU, l'établissement ne mentionne pas la problématique du recours à l'isolement et à la contention dans son projet d'établissement 2021-2025, pas plus que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2019-2024 (CPOM) de l'établissement ne comporte d'indicateur spécifique des pratiques d'isolement et de contention.

Recommandation 29

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement l'objectif d'une réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention et décrire les moyens mis en œuvre pour y parvenir. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement doit comporter des indicateurs spécifiques des pratiques d'isolement et de contention.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : L'objectif de réduction du recours à l'isolement et la contention est poursuivi conjointement par la communauté médicale et la Direction au sein du GHU Paris. A cet effet, il a été constitué par la CME un COPIL « isolement contention » piloté par un psychiatre et un membre de la direction chargé de la qualité et la sécurité des soins, et composé de plusieurs autres membres soignants et administratifs de l'hôpital.

Sont traitées au sein de ce COPIL toutes les questions relatives au cadre légal et au contrôle de ces mesures, les données chiffrées d'activité et à l'analyse des pratiques professionnelles. Sur ce dernier item, le groupe « EPP » du COPIL isolement contention a notamment travaillé à l'élaboration de deux référentiels d'aide au debriefing destinés aux professionnels, afin de favoriser l'analyse des pratiques et la prévention du recours à ces mesures. Un référentiel sur le cadre applicatif et légal de ces mesures est également en cours de formalisation.

Une sous-commission dédiée à l'analyse de l'activité, composée de l'ensemble des chefs de pôles de l'établissement, va être constituée afin de favoriser l'analyse collective et partagée des pratiques et la recherche d'alternatives à ces mesures.

L'analyse de l'activité telle qu'elle est effectuée à ce jour mériterait en effet d'être plus affinée, étant tout de même rappelé que nous ne disposons pas encore de solution technique efficiente permettant de fiabiliser les données renseignées dans le registre et d'en faciliter l'analyse. Les durées renseignées dans le registre peuvent être biaisées en cas de levée de la mesure non arrêtée manuellement dans le logiciel, ou de mise en place d'une mesure séquentielle que le logiciel ne sait

prendre en compte autrement que comme une mesure continue. Des solutions sont actuellement expérimentées dans la perspective du nouveau DPI attendu à partir de 2025, afin d'optimiser le renseignement et le suivi de ce registre.

Plusieurs groupes de travail ont été constitués au sein du GHU afin d'interroger la pratique de l'isolement et de la contention. Un comité de pilotage isolement et contention, sous-comité de la commission médicale d'établissement (CME), présente annuellement un rapport à la CDU et au conseil de surveillance. Le rapport se contente de faire état du nombre et de la durée globale des mesures d'isolement et de contention, du genre des patients et de leurs pathologies. Il n'est pas fait mention des mesures alternatives à l'isolement utilisées, ni des pratiques propres à chaque secteur. Des perspectives sont exposées en lien avec la formation des professionnels, le déploiement des dispositifs d'apaisement, le déploiement des mesures anticipées et la poursuite de l'expérimentation de la contention volontaire.

Un groupe d'évaluation des pratiques professionnelles a également été mis en place en 2020 et travaille sur deux référentiels à destination des professionnels visant à poser un cadre de réflexion autour du recours à la contention et à l'isolement, en développant un guide d'entretien de sortie avec le patient et un guide d'échange en équipe à l'issue du recours à une mesure d'isolement ou de contention.

Cette politique paraît peu développée sur l'ensemble du GHU alors que 1 657 mesures d'isolement et 625 mesures de contention ont été mises en œuvre en 2022.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1. LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES NE REMPLIT QU'IMPARTIEMENT SES MISSIONS

Le livret d'accueil mentionne l'existence de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), en précisant qu'elle est l'organe de contrôle créé pour protéger les libertés et garantir la dignité des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique, et indique son adresse.

Les rapports pour les années 2021, 2022 et 2023 ont été transmis aux contrôleurs. Les documents transmis sont difficilement exploitables s'agissant du caractère effectif du contrôle effectué par la CDSP. Les rapports se limitent à deux tableaux statistiques, l'un sur les données chiffrées des SSC à l'échelle du département de Paris, sans distinguer les sites d'hospitalisation, l'autre sur les données chiffrées de son activité. Le rapport ne produit ni observation sur ces données ni conclusion sur les constatations qu'elle a opérées⁶³.

La CDSP contrôle le registre de la loi à l'occasion des visites dans les différents sites et elle a actuellement un accès informatique direct à ce registre.

Recommandation 30

La commission départementale des soins psychiatriques doit produire un rapport d'activité contenant des observations sur les données recueillies et des conclusions concernant les constatations qu'elle a opérées.⁶⁴

7.2. LE ROLE DE LA COMMISSION DES USAGERS EST MAL CONNU ET LES REPRESENTANTS NE SONT PAS SUFFISAMMENT ASSOCIES AU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Le livret d'accueil précise qu'il est possible de saisir la commission des usagers (CDU) pour présenter une réclamation, mentionne ses coordonnées (adresse postale, mail, numéro de téléphone) et indique sa composition. Des affiches indiquant les membres de la CDU ne sont apposées que dans certaines unités, les autres n'ayant reçu que récemment ces informations. Les soignants ne discutent pas avec les patients du rôle de la CDU et des représentants des usagers (RU).

La CDU est présidée par un membre de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), la vice-présidente étant la directrice des usagers de la qualité et de la gestion des risques. La commission s'est réunie quatre fois en 2022 et six fois en 2023. Elle est systématiquement destinataire d'un point sur les EI, du rapport (uniquement chiffré) sur le recours à l'isolement et à la contention, ainsi que des résultats des enquêtes de satisfaction. Elle établit un bilan des réclamations et des plaintes pour l'ensemble du GHU, qui sont transmis mensuellement aux RU, et dont la CDU assure un suivi effectif.

⁶³ En 2021, il est mentionné que toutes les séances ont été tenues sans qu'on en sache le nombre ; la CDSP n'a visité que le site de Hauteville et entendu 4 patients. Elle a reçu 36 plaintes écrites et 7 orales. En 2022, elle a visité quatre sites (Bichat, Sainte-Anne, Avron et Lassalle) ainsi que le service de l'I3P. Elle a entendu des patients, reçu 21 plaintes écrites et 11 plaintes orales. En 2023, la CDSP n'a poursuivi ses travaux que de janvier à début mars puis de novembre à décembre. Elle s'est rendue sur le site Henri Ey en janvier, s'est entretenu avec 4 patients, mais n'a pas procédé à une visite des unités en raison des travaux en cours.

⁶⁴ Conformément à l'article R. 3223-11 3° du code de la santé publique.

Les RU reçoivent l'état des réclamations depuis quelques mois. Ils ont de bonnes relations avec les chargés de relations avec les usagers. Il n'existe pas de permanence des RU sur le site d'Henri Ey et aucun formulaire de réclamation n'est mis à la disposition des patients. Selon les renseignements recueillis, les RU sont peu connus des usagers, l'affichage de la composition de la CDU dans les unités étant inexistant ou très récent. Durant l'année 2023, seulement 84 réclamations sur l'ensemble du GHU ont été enregistrées et il y en a eu 38 depuis janvier 2024 ; ce faible nombre paraît pour partie être le reflet de ce manque d'information.

Un questionnaire de satisfaction de l'hospitalisation complète a été renseigné par 1 480 patients ou familles en 2022 sur l'ensemble du GHU, soit un taux de 11 %. Si 90 % des personnes ayant répondu se sont globalement déclarées satisfaites, seuls 30 % ont été satisfaites de l'information donnée sur la rencontre avec les associations d'usagers et 45 % sur la remise du livret d'accueil.

En 2023, 2 025 questionnaires ont été retournés, soit un taux de 17 %. 94 % des personnes étaient globalement satisfaites mais seulement 33 % sur l'information et 50 % sur la délivrance du livret d'accueil. Aucune analyse ni proposition d'amélioration du taux de réponse n'est proposée.

Les RU et leurs missions semblent également mal connus des professionnels des unités.

Les RU ont manifesté le souhait qu'une visite de l'ensemble des sites du GHU soit organisée pour eux et voudraient élaborer un « flyer » sur le rôle spécifique de la CDU qui soit systématiquement distribué à tous les patients.

Recommandation 31

La direction de l'établissement doit favoriser l'information dans les unités, à destination des professionnels et des usagers, sur le rôle de la commission des usagers et des représentants d'usagers, et une visite complète de l'établissement à destination des associations d'usagers doit être organisée.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : La bonne connaissance des représentants des usagers et de leurs missions est également un axe d'amélioration sur lequel travaille la Commission des usagers et les représentants des usagers, afin d'améliorer notamment leur accessibilité sur les différents sites d'hospitalisation, en fonction des contraintes et disponibilités des représentants des usagers.

7.3. LE REGISTRE DE LA LOI, INFORMATISE ET TRES COMPLET, N'EST PAS TENU DANS LES DELAIS LEGAUX

Le service des SSC, situé sur le site Henri Ey, est composé pour tout le GHU de 13 agents administratifs : une responsable, une adjointe, une assistante administrative et 10 gestionnaires. Toutes ont une délégation pour la signature des décisions d'admission.

Le registre de la loi tenu par ce service est totalement dématérialisé depuis juin 2020 sur le logiciel PlaniPSY. Il est régulièrement visé par le président de la CDSP et par le procureur de la République. Un cahier de visas des autorités a été mis en place.

La consultation des dossiers est aisée et peut se faire à partir d'un fichier alphabétique recensant tous les patients du GHU, avec différentes possibilités de tri par date, par année et par lieu d'hospitalisation, qui permet d'accéder à chaque fiche de patient dans laquelle sont renseignées les informations prévues à l'article L. 3212-11 du code de santé publique.

Si les dates de l'information du patient sur l'arrêté du préfet ou la décision du directeur ainsi que celles de la notification de ses droits n'apparaissent pas, l'accusé de réception de la notification des décisions et des droits est scanné ce qui permet d'en connaître la date. De même, si les noms, prénoms, profession et domicile du tiers ne sont pas mentionnés isolément, la lettre de demande de SSC portant mention de ces renseignements est scannée.

A partir de la fiche individuelle, on accède aux documents numérisés qui y sont attachés sous la forme d'un ou plusieurs fichiers en format PDF, datés et classés par ordre chronologique⁶⁵. La version du registre ne dispose toujours pas de la fonctionnalité qui permettrait de vérifier aisément s'il est renseigné dans les 24 heures alors qu'il avait été indiqué aux contrôleurs lors de la visite sur le site de Sainte-Anne que cette fonctionnalité allait être mise en place au mois de novembre 2020⁶⁶. Si toutes les mesures de SSC font l'objet de l'ouverture immédiate d'une fiche patient, celle-ci est renseignée plus tardivement.

La responsable du service a précisé que compte tenu de la charge de travail des agents et de l'importance du nombre de malades entrant et sortant sur le GHU, il n'était pas possible de renseigner le registre de la loi dans le délai de 24 heures prévu par la loi. Le retard se situe entre un et quelques jours.

Recommandation 32

Le registre de la loi doit être renseigné dans le délai légal.

Le service de SSC est de permanence durant le week-end pour la transmission des mesures de contention et d'isolement mais non pour la rédaction des décisions du directeur. Si un patient est hospitalisé le vendredi soir ou durant la fin de semaine, la décision ne sera formalisée par le service que le lundi matin et antidatée au jour de l'arrivée effective sur le site de Henri Ey. Ainsi la consultation du livre de la loi permet de constater que la notification de la décision et des droits peut avoir lieu plusieurs jours après la date de l'admission.

Par ailleurs, le service différencie la date de la mesure, donc du certificat médical initial, et la date d'hospitalisation effective, à laquelle est prise la décision de placement en SSC. Si le patient reste dans le service des urgences dans l'attente qu'un lit se libère et n'est hospitalisé à Henri Ey que deux jours après la date du certificat médical initial, la décision de placement en SSC est datée de deux jours après ce certificat ; le certificat des 24 heures est fait aux urgences, avant même la formalisation de la décision de placement en SSC (cf. § 3.1). Le patient qui attend aux urgences, parfois isolé et contenu, est par conséquent sous le statut de SL. Il est donc en situation de privation de liberté sans titre, de façon arbitraire. Dès lors que la décision de placement n'est établie qu'au moment de son admission physique à Henri Ey, voire deux jours plus tard si son accueil a lieu durant le week-end, le contrôle d'office du JLD à douze jours ainsi que sur les mesures d'isolement et de

⁶⁵ Les certificats médicaux initiaux ; les arrêtés initiaux, de maintien, de levée avec ou sans programmes de soins (PDS) du préfet en cas de SDRE ; les certificats médicaux des 24 heures, 72 heures, mensuels de levée, de PDS ; les décisions du directeur initiales, de maintien, de levée avec ou sans PDS en cas de SDDE ; les certificats et avis médicaux à huit jours pour présentation au JLD ; les courriers des patients ne souhaitant pas se présenter au JLD ; les ordonnances du JLD et de la cour d'appel ; les rapports du collège des professionnels de santé ; les notifications des ordonnances du JLD signées ou non par le patient ou par défaut par un soignant.

⁶⁶ CGLPL, Rapport de visite, Groupe hospitalier universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences – site de Sainte-Anne, novembre 2020.

contention est différé d'autant dans le temps, la computation des délais légaux débutant à compter de cette décision.

Il a été indiqué aux contrôleurs : « *non seulement ils nous font faire des certificats de 24 heures, mais lorsque le patient reste un jour et une nuit de plus aux urgences, ils nous font parfois refaire le 24 heures le lendemain, daté de 24 heures de plus...* ».

Selon les témoignages recueillis, il n'est pas non plus exceptionnel que des contentions se pratiquent en SAU, ou que des patients arrivent contentionnés sur le brancard, alors que le juge des libertés et de la détention (JLD) doit être avisé dans les 24 heures d'une mesure de contention et statuer sous 48 heures.

Si le patient arrive de l'I3P, l'arrêté de placement en SSC est en général pris par les services préfectoraux (en SDRE), mais le certificat médical des 24 heures n'est rédigé qu'à l'arrivée à Henry Ey (cf. § 3.1).

Recommandation 33

Les patients ne peuvent être maintenus en situation de privation de liberté sans titre, c'est-à-dire de manière arbitraire. Les décisions de placement en soins sans consentement du directeur de l'établissement doivent être prises à bref délai après le certificat médical initial et notifiées au patient dès que son état clinique le permet. Les certificats médicaux ultérieurs doivent être établis dans les délais légaux.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Un projet de déploiement de la signature électronique est en cours d'expérimentation afin d'accélérer les délais de signature des décisions et leur implémentation dans le registre de la loi, en parallèle du déploiement du nouveau DPI.

7.4. LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION N'EST PAS EFFECTIF

a) Les modalités d'organisation des audiences

Le service des SSC vérifie la régularité des certificats médicaux et contacte le secrétariat des unités en cas de difficulté.

La requête saisissant le juge des libertés et de la détention (JLD) est transmise par le service au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission (en fait dès le certificat des 72 heures, l'avis médical motivé étant transmis à huit jours) et quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision du JLD.

La convocation à l'audience reçue du greffe par le service du GHU est retransmise immédiatement aux secrétariats des unités d'hospitalisation. Ce sont les équipes soignantes, médecins ou soignants suivants les unités, qui informent les patients de cette convocation et leur apportent les informations sur le rôle du juge et de l'audience. Le double de la convocation est donné au patient, l'original étant placé dans leur dossier.

La possibilité de bénéficier d'un avocat désigné d'office ou choisi est indiquée mais aucun tableau de l'ordre des avocats n'est affiché dans les unités.

L'ensemble des pièces du dossier est transmis au tribunal par courriel sur une boîte mail dédiée. Selon les renseignements recueillis les relations avec le greffe et les JLD sont bonnes et des réunions sont tenues régulièrement trois fois par an pour examiner les éventuelles difficultés.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : L'établissement veille scrupuleusement à l'effectivité du contrôle des droits des patients en soins sans consentement, notamment par le JLD et la CDSP, qui reçoivent l'ensemble des documents médico-légaux nécessaires à l'exercice de leurs missions, notamment dans le cadre du contrôle judiciaire et des visites annuelles.

Les audiences ont lieu tous les jours sur le site de Sainte-Anne, les patients du site Henri EY étant convoqués à 11h.

Le transport vers la salle d'audience se fait par ambulance ou par taxi, l'organisation étant confiée à Sainte-Anne. Le patient est accompagné d'un soignant de son unité, qui n'assiste pas à l'audience sauf demande. Selon les renseignements recueillis, l'organisation des transports est complexe et les retards sont fréquents. Les contrôleurs devaient se rendre à l'audience le jeudi 11 avril à 11h mais le taxi privé venant chercher la patiente convoquée à 11h est arrivé avec une demi-heure de retard et ne connaissait pas les lieux, notamment il ignorait l'emplacement de la salle d'audience.

Un agent de sécurité est présent à l'entrée des lieux, mais il n'accède pas à la salle d'audience. La configuration des locaux n'appelle aucune observation particulière sauf à indiquer qu'il n'existe qu'un seul bureau d'entretien avec les avocats, ce qui peut ponctuellement poser des difficultés et augmenter le temps d'attente. Les avocats commis d'office sont inscrits sur une liste tenue par le barreau de Paris. Ils reçoivent une formation obligatoire de huit heures par an pour pouvoir assurer leurs fonctions dans ce contentieux spécialisé. Chacun d'entre eux assure environ une demi-journée tous les deux mois.

Les juges et leurs greffiers ne font état d'aucune difficulté dans l'organisation des audiences et dans la qualité des dossiers reçus.

b) Le déroulement de l'audience

Les audiences ont systématiquement lieu en chambre du conseil, les magistrats relevant dans toutes leurs décisions que les débats portant sur la santé mentale du défendeur, il résulterait de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée.

L'avocate rencontrée sur place a précisé qu'elle reçoit le dossier la veille de l'audience, ce qui lui paraît suffisant.

Les contrôleurs ont assisté à une audience, une seule patiente du site Henri Ey étant convoquée.

Le juge et le greffier sont en civil et l'avocat en robe. Les représentants de l'établissement hospitalier ne sont pas présents et les mandataires pourtant convoqués par les soins du greffe rarement présents.

Le magistrat a pris le temps d'exposer son rôle et a pris le soin d'écouter la patiente mais n'a pas lu les certificats médicaux à l'audience.

L'avocate n'a pas soulevé de moyens de défense procéduraux ni au fond.

Le magistrat a donné sa décision immédiatement mais n'a pas précisé les recours, non plus que la possibilité d'être saisi à tout moment. Certaines décisions sont mises en délibéré en fin d'après-midi et transmises au service des SSC. La notification est alors faite par les soignants.

Selon les renseignements recueillis, il arrive que des patients se présentent en pyjama faute de vestiaire à Henri Ey, sans observation des magistrats, ce qui constitue une atteinte inacceptable à leur dignité (cf. § 4.2 recommandation n°14).

En 2023, sur 421 dossiers, 58 personnes ont été déclarées non auditionnables en raison de leur état de santé.

c) Les décisions rendues

Le service des JLD du tribunal judiciaire (TJ) de Paris est composé de 12 magistrats. Ils ont traité sur l'année 2022 28 632 procédures dont 6 186 relevant du contentieux des hospitalisations sous contrainte⁶⁷. En 2023, ces chiffres ont été portés à 32 184 procédures (+ 12 %) dont 7 466 (+ 20 %) pour le contentieux des hospitalisations sous contrainte⁶⁸.

Compte tenu de leur charge de travail exorbitante, les magistrats exercent un contrôle a minima. Ils ne soulèvent pas d'office les irrégularités de procédure et s'attachent essentiellement à vérifier que la mesure de SSC est régulière au regard des critères légaux.

En 2022, sur 472 procédures, seules 14 mainlevées ont été prononcées et 17 en 2023 sur 421 procédures, toutes à délai différé de 24 heures pour permettre la mise en place un programme de soins.

Les mainlevées sont fondées par l'insuffisance de motivation des certificats médicaux au regard des critères légaux, l'absence non justifiée du patient à l'audience, la tardiveté ou l'absence de la notification de la décision d'admission, l'absence d'information de la CDSP.

d) Le contrôle des décisions d'isolement et de contention

Lorsque son état clinique le permet, le patient est informé au début de la mesure de ses voies de recours, et de la possibilité qu'un proche soit informé.

Le service des SSC est de permanence tous les jours en semaine de 9h à 17h et le week-end à domicile de 9h à 18h. Le secrétariat médical transmet en temps réel au service des SSC les documents : décision, notification de la décision et de l'information du patient sur ses droits, justification de l'information des proches. Ce service n'assure pas de permanence durant le week-end et c'est le médecin de garde (un seul pour Henri Ey) qui envoie les documents. S'il ne l'a pas fait, ce sont les secrétaires qui se chargent de cette démarche le lundi, ce qui peut aboutir à des saisines du JLD hors délai.

Le service des SSC transmet les décisions au juge pour information à 48 heures et 24 heures puis le saisit par mail sécurisé. Le JLD statue sans audience selon la procédure écrite.

Les avocats sont rarement présents mais certains transmettent des mémoires écrits.

Aux termes de l'article L. 3211-12-2 III du code de la santé publique, le patient peut demander à être entendu par le juge, auquel cas cette audition est de droit. Néanmoins si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs font obstacle à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi ou désigné d'office. L'audition du patient peut être réalisée par tout moyen de communication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, cette audition ne pouvant être réalisée par ce procédé que si un avis médical atteste que son état de santé n'y fait pas obstacle.

⁶⁷ Auxquelles se sont ajoutées 17 358 procédures pénales tous contentieux, et 5 088 procédures relevant du contentieux de la rétention administrative (données transmises par la coordination des JLD du TJ de Paris).

⁶⁸ Auxquelles se sont ajoutées 19 664 procédures pénales tous contentieux, et 5 054 procédures relevant du contentieux de la rétention administrative (idem).

Selon les renseignements recueillis, la personne n'est jamais entendue directement, les médecins indiquant systématiquement qu'elle n'est pas auditionnable. Au regard du nombre de saisines annuelles du JLD et du faible nombre de magistrats exerçant cette fonction au TJ de Paris, le JLD ne se déplace jamais sur le site afin d'auditionner les patients ou d'évaluer leurs conditions d'isolement/contention. Aucune visioconférence n'est organisée.

Recommandation 34

L'effectif des juges de la liberté et de la détention doit être suffisant pour que les magistrats puissent exercer pleinement et sereinement le contrôle qui leur incombe.

L'audition du patient placé à l'isolement ou sous contentions qui en fait la demande doit être réalisée par les moyens de communication audiovisuelle ou par communication téléphonique, sauf motif médical circonstancié et non systématique la contre-indiquant.

En 2023, sur 427 procédures concernant l'isolement et 37 la contention, 20 décisions de mainlevée ont été prises, les motivations étant en majorité des saisines hors délai, le manque de pièces transmises, les renouvellements hors du délai légal mais sans que soit évaluée, au fond, l'impérieuse nécessité d'un isolement, selon les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. Cette absence de contrôle substantiel ne contribue pas à engager une réflexion institutionnelle et à l'échelle des pôles sur l'usage des mesures d'isolement et de contention (cf. § 6.3).

8. LES SOINS

8.1. LES OPTIONS THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES DE L'UNITE INTERSECTORIELLE DE SOINS INTENSIFS SE LIMITENT A DES PRATIQUES D'ENFERMEMENT

8.1.1. L'organisation générale des soins

Les responsables médicaux ont fait état de l'impossibilité de réaliser des hospitalisations programmées. Les patients admis ne le sont plus qu'en réponse à une demande du registre de l'urgence clinique (cf. § 3.1 recommandation n° 8).

Les soignants du pôle 75G19 ont signalé une absence d'information concernant le projet médico-soignant du GHU et leur méconnaissance de l'existence d'un projet de pôle et de ses orientations. Ceux du pôle 75G05-06 ont évoqué l'écriture en cours d'un projet de pôle et des réunions organisées dans cet objectif. Le pôle 75G20-21 a élaboré un projet deux ans avant la visite, et deux projets d'engagement collectif médico-soignant soumis au GHU pour l'année 2024⁶⁹.

Recommandation 35

Les soignants doivent connaître les projets des pôles dans lesquels ils exercent et être informés des orientations du projet médical du groupe hospitalier universitaire qui les concernent.

Les patients bénéficient d'entretiens réguliers mais l'organisation de leur suivi est variable selon les unités. Une référence psychiatrique, uniquement médicale, est mise en œuvre dans les unités du pôle 75G19 et les médecins se remplacent pendant leurs absences. Ces dernières périodes ont été signalées comme ralentissant notablement les projets de soins, les patients étant fréquemment renvoyés au retour de leur psychiatre référent par celui qui le remplace pour toute orientation non urgente de leur projet de soins. Aucune référence n'est mise en œuvre dans les unités des pôles 75G05-06 et 75G20-21. Une visite dans les chambres des patients, en équipe pluriprofessionnelle⁷⁰, est organisée les jeudis au 7^{ème} étage. La présence des IDE lors des entretiens médicaux, qui dépend de leur disponibilité, n'est pas systématique à l'exception de ceux réalisés au 6^{ème} (UISI). Le psychiatre de l'unité de référence doit se déplacer dans les autres unités afin d'évaluer les patients qui y sont hébergés. Les patients de l'UISI sont régulièrement évalués par le psychiatre référent de l'unité, pour les patients du secteur G05-G06 et pour eux adressés depuis Hauteville ou ailleurs, à l'exception des patients hébergés dans l'unité mais relevant d'une autre unité de secteur si elle se situe sur le site d'Henri Ey (c'est alors le psychiatre référent de cette unité qui assure leur suivi). L'absence de déplacement des psychiatres sur le lieu d'un incident en cas de déclenchement d'une demande de renfort urgent, l'absence d'équipement des psychiatres de téléphone portable professionnel, l'impossibilité de les joindre et la nécessité de les chercher dans le service en cas d'urgence et la nécessité d'attendre leur retour s'ils interviennent ailleurs ont été rapportées par les soignants du 4^{ème} étage.

Un psychologue est accessible dans toutes les unités.

⁶⁹ Un projet de partage de compétence entre les médecins et les soignants, et un d'aménagement d'un espace d'apaisement au 7^{ème} étage dans le but de limiter le recours à la pratique de l'isolement.

⁷⁰ En présence d'un médecin, d'un éducateur spécialisé, d'un IDE, d'un ASS, du cadre de santé quand c'est possible, d'étudiants, d'un AS et de l'équipe de réhabilitation psycho-sociale.

Des réunions institutionnelles sont mises en œuvre de façon variable selon les unités. Des staffs hebdomadaires en équipe pluriprofessionnelle sont tenus dans toutes les unités pour l'évaluation des projets de soins des patients. Ceux du pôle 75G05-06 (unité du 5^{ème} étage et UI SI) sont tenus quotidiennement le matin en semaine. L'unité du 7^{ème} tient également un staff tous les matins ainsi qu'une réunion de synthèse clinique tous les lundis en équipe pluriprofessionnelle concernant un patient et, un lundi par mois, une réunion institutionnelle (concernant le projet d'engagement collectif, le fonctionnement de l'unité, les règles de vie à établir, les visites et le caractère protégé de l'unité). A l'unité 2, des réunions institutionnelles, mensuelles, se tiennent les lundis (réunion de synthèse, réunion de pôle, réunion intra-extra). Une réunion informelle réunit les médecins de l'unité 2 et de l'unité 4 les vendredis. Le projet de soin et l'état clinique des patients hébergés dans une unité différente de celle de référence ne sont pas abordés lors des staffs de l'unité d'hébergement. Malgré une évocation dans l'unité de référence, une perte notable d'informations et un moindre investissement les concernant ont été rapportés par les soignants.

Recommandation 36

Les patients hébergés dans un autre pôle que celui d'origine doivent bénéficier d'une qualité de prise en charge équivalente à ceux hospitalisés dans l'unité de référence.

Des réunions soignants-soignés, qui permettent une libre expression des patients qui choisissent les thèmes qu'ils abordent, sont mises en œuvre dans toutes les unités⁷¹, à l'exception de l'UI SI et de l'unité du 1^{er} étage. Ces réunions, tenues dans cette dernière avant le départ de la cadre de santé, ont été qualifiées de « *non-constructives* » par certaines IDE, au motif que « *ce sont souvent les patients les plus critiques qui mobilisent la parole* ».

Recommandation 37

Tous les patients volontaires doivent bénéficier de réunions soignants-soignés, qui favorisent leur libre expression concernant l'organisation de la vie institutionnelle au sein des unités.

L'association des familles aux projets de soins s'effectue notamment par la tenue de réunions « familles » bimensuelles, animées par la pharmacienne cheffe et un psychiatre de chaque unité à tour de rôle⁷², dans une pièce du bâtiment de l'ancienne direction. Toutes les familles des patients sont concernées et les réunions se déroulent en l'absence du patient mais avec son accord préalablement recueilli. Les familles peuvent aborder les sujets et poser les questions de leur choix, et reçoivent une large information concernant les coordonnées et les objectifs des groupes psychoéducatifs à destination des familles⁷³, des associations de famille concernées par un proche souffrant de troubles mentaux et des associations spécifiques des troubles mentaux.

Les familles font également l'objet d'une information concernant les symptômes avant-coureurs d'une décompensation critique des maladies, afin d'instituer ou de renforcer leur dimension de

⁷¹ Au 2^{ème} (avec IDE, psychologue et psychomotricienne), au 4^{ème} (avec IDE ou AS, psychologue, psychomotricienne, un médecin au moins, suivie d'un debriefing entre soignants et d'une transmission au reste de l'équipe), au 5^{ème} (avec un IDE, le cadre, un ergothérapeute, le psychologue, le médecin), au 7^{ème} (avec IDE, AS, ASH, psychomotricien, ergothérapeute, éducateur spécialisé, psychologue, psychiatre, suivie d'un debriefing entre soignants).

⁷² Les familles ne sont jamais reçues en présence du psychiatre de l'unité qui suit leur poche.

⁷³ Notamment les programmes PROFAMILLE, BREF et UNAFAM.

sentinelle⁷⁴. Elles se voient enfin remettre une carte d'urgence (également donnée aux patients sortants), du même format qu'une carte de paiement pour une conservation plus pratique, qui expose recto et verso l'ensemble des numéros de téléphone qu'il est possible de joindre dans une situation d'urgence psychiatrique ou somatique⁷⁵.

Bonne pratique 3

Les réunions « familles » permettent leur information adaptée concernant les coordonnées et les objectifs des groupes psychoéducatifs et des associations qui leur sont destinés ainsi que sur les signes avant-coureurs de la décompensation des troubles psychiques. La remise d'une carte « urgences », qui présente les numéros de téléphone des sites à contacter en cas d'urgence somatique ou psychiatrique, se distingue par sa pertinence.

Aucune réunion de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles n'est mise en œuvre dans aucune unité, malgré la sollicitation d'une des équipes (cf. § 2.3 recommandation n° 3).⁷⁶

Aucun patient hospitalisé ne fait l'objet de prise en charge de réhabilitation psychosociale. Les ressources ambulatoires accessibles, désignées pour la mise en œuvre de ce type de soins, associent une plateforme⁷⁷ sous la responsabilité du pôle 75G05-06 pour les patients du GHU Nord, et un HDJ spécifique du pôle G20-21 pour les patients du 17^{ème} arrondissement.

Recommandation 38

Les patients qui font l'objet d'une indication doivent bénéficier de prises en charge de réhabilitation psychosociale, animées par des soignants spécifiquement formés.

Le recours à l'électroconvulsivothérapie est possible mais des difficultés pour obtenir des créneaux horaires réservés aux patients du CH Henri Ey sur le plateau technique du CH Sainte-Anne ont été rapportées. Les médecins du CH Henri Ey se voient ainsi contraints de réserver des prises en charge dans les établissements du secteur privé, la maison de santé d'Epinaux-sur-Seine (Seine-Saint-Denis) notamment.

8.1.2. Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les patients bénéficient d'un accès libre à l'espace socioculturel (ESC), communément nommé « l'animation », créé en 2005, situé au rez-de-chaussée et ouvert de 9h à 13h et de 14h à 16h tous

⁷⁴ Plusieurs maladies chroniques sont caractérisées par la survenue brutale de crises dangereuses, voire mortelles. Certains patients et certains de leurs proches peuvent apprendre à repérer avec une très grande acuité, les moindres signes annonciateurs d'une crise.

⁷⁵ Le CMP Bucarest du 8^{ème} arrondissement, le CPOA, le SAU du CH Bichat, les Urgences Psy et SOS Psy pour les urgences psychiatriques ; le SAMU, les pompiers, les urgences du CH Bichat, les urgences dentaires du CH Pitié-Salpêtrière et SOS Dentiste pour les urgences somatiques.

⁷⁶ A l'unité 4, s'il n'y a pas de supervision au sens de réunions d'équipe animées par un tiers extérieur à l'unité ou au pôle, il existe une forme d'analyse des pratiques en interne. Ainsi, une courte réunion dite « tableau 5 colonnes » est organisée, après la réunion de staff, le jeudi, réunissant médecins et soignants de l'unité où sont analysées les difficultés dans la prise en charge d'un patient.

⁷⁷ Composée d'une association de secteur et d'un CATTTP situés Place Frantz Liszt, et d'un HDJ dédié à la réhabilitation psychosociale situé rue de la Tour d'Auvergne.

les jours de l'année. Les locaux faisaient l'objet de la fin de travaux d'agrandissement lors de la visite, et l'ESC fonctionnait dans l'attente dans ses anciens locaux⁷⁸, au rez-de-chaussée.

L'effectif de l'équipe se compose de 3,3 ETP d'animateurs socioculturel pourvus par quatre intervenants titulaires du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport⁷⁹ (deux exerçant à temps plein, un à 80 % et un à 50 %, et seuls deux assurant une présence les week-ends et jours fériés). L'équipe participe mensuellement aux réunions pluriprofessionnelles de toutes les unités excepté à l'UISI, et se présente ainsi aux patients. Un affichage concernant les événements ponctuels est également assuré dans le réfectoire.

Les patients se présentent spontanément et sans indication médicale dès que l'autorisation d'accès au rez-de-chaussée leur est accordée. Ils sont reçus selon leur inscription, leur nom étant renseigné sur une « fiche créneaux horaires de 30 min », pour une ou plusieurs participations quotidiennes⁸⁰. Ceux hospitalisés dans les unités fermées sont accompagnés par un soignant lors de l'aller et du retour. Les participations des patients sont tracées dans un cahier de transmission uniquement réservé à l'équipe de l'ESC et ne font pas l'objet d'une restitution systématique à celles des unités, sauf pour leur signaler une difficulté ou un incident. Les activités proposées sont donc ainsi uniquement perçues comme occupationnelles, sans indication ni exploitation à visée thérapeutique⁸¹.

Les patients rencontrés à l'ESC ont fait état de leur sentiment d'ennui, souligné le manque d'accès réel à des activités dans les unités et précisé : « *Heureusement que l'équipe de l'animation est là !* ». L'ESC propose des activités nombreuses et diversifiées⁸², malgré l'arrêt sans reprise de certaines d'entre elles⁸³ depuis la période de la pandémie de Covid-19. Une moyenne mensuelle de 949 participations, soit 32 quotidiennes, a été notée pour l'année 2023, en augmentation de 4 % par rapport à 2022. Les données relatives aux périodes de week-ends et jours fériés font état de 33 participations quotidiennes, de façon équivalente à 2022.

Bonne pratique 4

L'espace socioculturel « Animation et Bibliothèque » propose une diversité d'activités occupationnelles rarement observée, à tous les patients et tous les jours de l'année.

⁷⁸ Une grande salle provisoire équipée d'une grande table accueillant les patients et d'un bureau muni d'un ordinateur pour les intervenants, une petite salle équipée de deux postes informatiques et d'une imprimante pour un accès des patients à Internet (écoute musicale, réalisation de démarches administratives et de recherche de logement, consultation de courriels), une salle réservée à la musicothérapie équipée d'instruments (piano, guitare) et d'une bibliothèque achalandée, un bureau médical.

⁷⁹ Le BPJEPS est un diplôme d'État de niveau 4, délivré au titre d'une spécialité (animateur ou éducateur sportif) et d'une mention disciplinaire, pluridisciplinaire ou liée à un champ particulier.

⁸⁰ Excepté l'accès à Internet depuis l'ordinateur, limité à deux par jour par personne, afin de privilégier l'accès de tous.

⁸¹ Cf. rapport d'activité de l'ESC pour l'année 2023 : « *l'équipe a toutefois intensifié sa présence aux réunions soignants-soignés et aux staffs de cinq unités, représentant les trois pôles* ».

⁸² En 2023 : peinture/dessin (1 323 participations), confections de bijoux (1 590), activités manuelles (802), mosaïque (84), origami (125), écriture (95), sculpture (66), bibliothèque/lecture (105), Internet (4 219), écoute musicale/chant (1 570), piano (475), guitare (530), jeux de société (36), ping-pong (28), exposition de projets collectifs (69), cinéma (12 films projetés), conférences « VS Art » (6 tenues), ateliers musicaux « Cœurs en Chœurs » (6 organisés), concerts en partenariat avec l'association Tournesol (7 organisés) ; source : rapport d'activité de l'ESC pour l'année 2023.

⁸³ Danse, relaxation, et gymnastique adaptée.

Les unités sont équipées de matériel pour la réalisation d'activités occupationnelles, notamment la télévision, la radio parfois prêtée en chambre, quelques livres, des jeux de société, un vélo elliptique parfois, un babyfoot et une table de ping-pong. Des instruments de musique (piano, guitare, tambourin, xylophone), libres d'accès sur simple demande, sont disponibles dans l'unité du 7^{ème} étage. L'accès à Internet est possible au rez-de-chaussée uniquement, en l'absence de réseau *WIFI* utilisable dans les étages.

Les patients sont sollicités pour une participation à des activités de façon adaptée à leur état clinique, à l'expression de leur consentement, et diversement selon les unités⁸⁴, à l'exception de l'UISI.

Recommandation 39

L'enfermement continu dans l'espace restreint d'une unité, voire d'une chambre d'isolement ou d'hébergement pour certains, ne sauraient constituer l'unique mode de prise en charge des patients de l'unité intersectorielle de soins intensifs. Des activités thérapeutiques doivent leur être proposées.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Des activités occupationnelles et thérapeutiques sont proposées aux patients de l'UISI.

⁸⁴ Une activité est quotidiennement proposée du mardi au vendredi par l'équipe du 1^{er} étage (création libre avec un art-thérapeute et un ergothérapeute, relaxation, sortie culturelle, confection de pâtisserie, atelier musique). L'équipe du 2^{ème} propose des activités sportives dans un stade à proximité (chaussures, vêtements et ballons sont fournis) et du ping-pong dans un gymnase voisin en lien avec une association, des activités culturelles (cinéma, musée) et l'intervention d'une psychomotricienne pour des séances individuelles ou de groupe, trois jours par semaine. Celle du 4^{ème} propose des activités faisant l'objet d'une consigne médicale, sur demande du patient ou sollicitation de l'équipe, et d'une traçabilité non-systématique sous forme de transmission ciblée dans le dossier (la pratique du ping-pong à l'extérieur en mixité avec les patients du 2^{ème}, un atelier pâtisserie le week-end, des prises en charge individuelles avec l'ergothérapeute, une activité libre hebdomadaire dont le support est décidé chaque semaine avec le psychomotricien et le psychologue). Celle du 5^{ème} propose des activités tous les jours de la semaine sauf le mardi, impliquant l'intervention d'un ergothérapeute et d'un psychomotricien (gymnastique, relaxation, soins de bien-être, théâtre, cuisine, atelier mémoire, sortie thérapeutique, plongée thérapeutique). Les patients du 7^{ème} étage ont accès à des activités sur indication médicale avec ergothérapeute et psychomotricien et à des sorties avec les IDE le week-end (achats, promenade au parc, sport au stade, et atelier pâtisserie un vendredi sur deux). La mise en œuvre d'un projet de jardin thérapeutique partagé entre toutes les unités avec une fréquentation des patients des unités organisée par demi-journée a été signalée.

Ces activités s'inscrivent souvent dans un registre occupationnel, eu égard à l'absence de systématisme s'agissant d'une consigne médicale les indiquant, d'une traçabilité dans les DPI des éléments cliniques observés lors du déroulement et de leur évocation lors de l'abord des projets de soins pendant les staffs. Les patients hospitalisés en SSC y ont accès, selon leur état.

L'affichage du planning des activités n'est pas systématique dans les unités, son absence a été constatée dans l'unité du 4^{ème} étage qui avait investi ces locaux dix jours avant la visite.

Aucune activité de cuisine avec l'objectif d'un repas thérapeutique (élaboration d'un menu dans le cadre d'un budget contraint, réalisation des courses puis du repas suivi d'une dégustation) n'est mise en œuvre (cf. § 4.4). Certaines unités fêtent les anniversaires des patients qui le souhaitent avec l'achat d'un gâteau partagé, d'autres organisent un goûter hebdomadaire. Aucun séjour thérapeutique n'est proposé.

Recommandation 40

Les patients doivent, au-delà des activités occupationnelles qui leur sont proposées, bénéficier d'activités thérapeutiques, impliquant une participation sur indication médicale, une traçabilité du déroulement dans le dossier du patient et une restitution lors de l'abord des projets de soins pendant les staffs en équipe pluriprofessionnelle.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Au-delà des activités occupationnelles, des activités thérapeutiques, individuelles et collectives, sont bien proposées toutes les semaines aux patients du site Henri Ey, sur prescription médicale, y compris à l'UISI. L'ensemble des activités thérapeutiques réalisées sont tracées dans le DPI du patient et sont soumises à prescription médicale.

La liste est variable et adaptable selon les pôles et selon les publics présents : sophrologie, art-thérapie, écoute musicale, remise en mouvement, préparation à la sortie, ateliers créatifs, activité sportive adaptée, sorties thérapeutiques, repas thérapeutiques avec préparation du repas... Elles sont encadrées par des thérapeutes et personnels qualifiés : ergothérapeutes, psychomotriciennes, art-thérapeutes, éducateurs spécialisés...

La pertinence et le compte rendu de ces prises en charges sont discutés chaque matin, du lundi au vendredi lors du staff médical et paramédical qui inclut psychologue, IDE, AS et éducateurs spécialisés.

Sur les activités du site, les trois pôles du site disposent en outre d'un espace animation géré de façon autonome par l'équipe d'animation (aide-soignante en restriction et éducateurs spécialisés). Les patients sont libres d'aller et venir en fonction de leurs envies sous réserve de l'accord médical de circulation dans l'établissement et/ou accompagnés d'un soignant quand l'état clinique le nécessite. Cet espace est ouvert 7j/7 (y compris les jours fériés) de 9h/13h et 14h/16h. Les activités sont organisées en fonction des demandes des patients parmi un large panel.

Des activités ponctuelles préprogrammées sont organisées avec différents partenaires pour les concerts, conférences, séances de cinéma et ateliers musicaux. Les programmes sont envoyés aux cadres de santé qui les affichent dans l'unité.

Des activités occupationnelles sont également proposées dans tous les services, y compris au sein de l'UISI.

8.1.3. Le circuit du médicament

La pharmacie d'usage interne (PUI) du GHU dispose de deux sites centraux, sis sur les sites de Sainte-Anne et d'Hauteville. Une des antennes de la PUI centrale est située sur le site Henri Ey. L'effectif de l'équipe est d'1 ETP de pharmacien (0,8 pourvu par la cheffe de service tous les jours sauf le vendredi et 0,2 par un deuxième pharmacien), de 2,8 ETP de préparateur en pharmacie et de 2 ETP d'externe en pharmacie, lorsque ces postes sont choisis.

Deux à trois réunions de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) sont tenues annuellement par le GHU, avec une participation présentielle ou en visioconférence des intervenants.

Le contrôle des ordonnances concerne la totalité des prescriptions. La dispensation est effectuée de manière nominative et hebdomadaire. En cas de difficulté les concernant, la pharmacienne peut éditer dans le logiciel PHARMA⁸⁵ un mémo pour le prescripteur et sa copie pour les IDE de l'unité, contacter téléphoniquement le prescripteur, ou se rendre dans l'unité pour un échange direct. Les piluliers individuels sont préparés par les IDE des unités, à l'exception de ceux du 4^{ème} étage qui préparent les traitements de façon extemporanée avant leur administration immédiate et individuelle au patient. La distribution des médicaments dans les unités ne s'effectue pas systématiquement dans la salle de soin porte fermée, la confidentialité n'étant pas garantie, excepté aux 1^{er} et 2^{ème} étages ainsi qu'à l'UISI. Des difficultés de vérification systématique pour le respect de l'identitovigilance ont été rapportées.

Recommandation 41

Les modalités de distribution des médicaments doivent systématiquement garantir le respect de l'identitovigilance et la confidentialité relative aux traitements.

La pharmacie édite un livret du médicament sous trois formes⁸⁶ et des carnets explicatifs de suivi de médicament⁸⁷ dont les modalités de suivi impliquent une observance rigoureuse et la réalisation de bilans biologiques.

Bonne pratique 5

La pharmacie édite un livret de recommandations médicamenteuses, utilisable par tous les soignants au quotidien sur divers supports, et, au bénéfice des patients, des carnets explicatifs pour les médicaments dont les modalités de suivi sont complexes, favorisant la qualité de l'observance et de l'administration des traitements.

⁸⁵ Le changement de logiciel de prescription de PHARMA vers Hôpital-Manager prévu pour 2025, afin d'harmoniser le système au sein du GHU, est regretté par l'équipe de la pharmacie au motif d'une perte anticipée de la qualité de la traçabilité de la dispensation.

⁸⁶ Un livret grand format à destination des unités, en format de poche pour l'utilisation quotidienne des soignants, et un format informatique.

⁸⁷ Le lithium notamment.

La pharmacienne cheffe participe régulièrement aux staffs des unités⁸⁸ et réalise des entretiens individuels avec les patients, à leur demande ou selon celle du psychiatre, concernant par exemple les thèmes des médicaments ou de la sexologie⁸⁹.

Elle propose également des séances d'éducation thérapeutique du patient :

- l'atelier « médicament » anticipé avec les psychiatres selon la patientèle hospitalisée, est proposé bimensuellement aux patients depuis dix ans, concernant les thèmes de la schizophrénie et de la bipolarité ;
- l'atelier « sexologie », organisé selon les mêmes créneaux de jour et d'heure de façon intercalé avec le précédent (cf. § 5.6 bonne pratique n°1) ;
- l'atelier « en route pour l'équilibre » concernant la nutrition et les activités physiques, animé par les diététiciens en extra hospitalier, est également proposé aux patients lors de leur sortie d'hospitalisation.

8.2. LES PATIENTS REÇOIVENT DES SOINS SOMATIQUES ADAPTES A LEURS BESOINS MAIS LES GENERALISTES NE PARTICIPENT PAS AUX ACTIONS D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'équipe assurant les soins somatiques au CH Henri Ey s'inscrit dans celle du pôle somatique pour la psychiatrie du CH Sainte-Anne, dont les praticiens sont répartis entre les différents sites concernés⁹⁰. L'effectif de celle du CH Henri Ey se compose de 2 ETP de généraliste (pourvus par un praticien attaché et un praticien issu de la filière praticien associé à diplôme hors union européenne – PADHUE – ayant validé l'épreuve de vérification des connaissances – EVC – et disposant d'une qualification à l'ordre des médecins), d'1 ETP d'interne, d'1 ETP d'IDE, d'un ETP d'AS et d'1 ETP de secrétaire, postes tous pourvus.

Les locaux, situés au rez-de-jardin, se composent de trois bureaux médicaux, d'un bureau pour l'IDE et l'AS, d'un cabinet de podologie et d'un secrétariat, tous équipés de façon adaptée. Un projet de travaux visant à repeindre celui de l'IDE et lui créer une salle de soin spécifique en 2025 a été signalé.

Chaque généraliste est responsable des soins dispensés aux patients de deux étages et l'interne d'un seul. De même que les psychiatres, les généralistes tracent leurs observations dans le logiciel CORTEXTE et prescrivent dans le logiciel PHARMA. Ils sont conviés aux staffs des unités. Les patients des unités ouvertes se rendent, parfois accompagnés, dans les bureaux du rez-de-jardin et les médecins se rendent auprès des patients hospitalisés dans les unités fermées ou nécessitant des soins urgents. Les psychiatres indiquent la prise de rendez-vous avec le généraliste, contactent le secrétariat et obtiennent des rendez-vous selon des délais rapides, dans la journée ou dans les 24 heures au plus tard. En semaine, le secrétariat est ouvert de 9h à 16h30 et les consultations programmées de 9h à 17h.

En cas de nécessité d'un soin somatique urgent, les équipes contactent les généralistes qui se déplacent dans les unités, appellent le SAMU si nécessaire, qui transfère le patient concerné vers le SAU du CH de la Pitié-Salpêtrière. L'impossibilité de contacter directement les généralistes, à l'instar du cadre et du psychiatre, a été rapportée par certains IDE comme un facteur de risque de « perte

⁸⁸ De façon hebdomadaire dans les unités des 1^{er}, 2^{ème}, 4^{ème} et 7^{ème} étage, et mensuelle à l'UISI.

⁸⁹ La pharmacienne cheffe est inscrite au diplôme universitaire de sexologie de Bichat.

⁹⁰ Quatre généralistes à Sainte-Anne, deux au CH Henri Ey, un sur le site d'Avron, un sur celui de Lassalle, un sur celui de Hauteville, un sur celui de la Roseraie, et des internes dans toutes les structures.

de chance », les unités recevant parfois des patients dont l'état clinique somatique n'est pas stabilisé ou gérant des situations cliniques urgentes, la prise en charge des patients s'effectuant avec retard.

Recommandation 42

Les infirmiers qui gèrent des situations cliniques d'urgence somatique, ou accueillent un patient dont l'état clinique somatique n'est pas stable, doivent pouvoir solliciter directement les médecins généralistes.

La permanence des soins est assurée par la double organisation du GHU :

- d'une astreinte somatique (de 9h à 18h du lundi au vendredi et de 9h à 13h30 le samedi), pendant laquelle le généraliste concerné peut être contacté par d'autres sites du GHU ;
- d'une garde somatique pour tout le GHU (de 18h à 9h du lundi au vendredi, de 13h30 à 9h le samedi et pendant 24 heures le dimanche et les jours fériés), joignable par téléphone et positionnée sur le site de la Roseraie ; le contact avec le psychiatre de garde sur le site concerné par l'appel est systématique, et le généraliste donne un avis par téléphone (une orientation aux urgences, l'administration d'un traitement sur place par exemple).

Aucun plateau technique n'est disponible sur le site du CH Henri Ey. Les bilans sanguins pratiqués sont acheminés vers le laboratoire du GHU situé au CH Sainte-Anne. Les examens d'imagerie (radiologie, scanner, IRM) nécessitent également une prise de rendez-vous, avec des délais parfois longs, au CH Sainte-Anne. Les patients sont également orientés vers le centre d'imagerie médicale de la Place d'Italie. Une imagerie cérébrale est notamment systématiquement pratiquée lors d'un premier épisode de décompensation. La réalisation de ce bilan dépend du site de prise en charge initial. L'I3P n'étant par exemple dotée d'aucun plateau technique, l'examen doit alors être organisé sur le site du CH Sainte-Anne, avec un délai rapporté comme étant « *supérieur à deux mois* ».

Recommandation 43

L'organisation du plateau technique du site de Sainte-Anne doit permettre la réalisation d'une IRM cérébrale au profit des patients du site Henri Ey présentant un premier épisode de décompensation psychiatrique, dans un délai adapté.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : Concernant la délivrance des soins et notamment l'offre de soins somatiques, un travail a été engagé au sein de l'établissement afin d'assurer une meilleure interaction entre les services de soins psychiatriques et les unités somatiques, et de faciliter l'accès de l'ensemble des équipes de soins et patients du GHU Paris, quel que soit le site d'hospitalisation et hors urgence, à l'offre de soins somatiques disponible sur l'établissement, notamment sur le plateau technique du site Sainte-Anne.

Le départ sans remplacement de nombreux spécialistes⁹¹ qui intervenaient à Henri Ey, en lien avec la création du GHU, a été signalé. Seuls un endocrino-gynécologue (quatre demi-journées hebdomadaires), un podologue (deux demi-journées) et deux diététiciennes (deux journées) se rendent sur site.

L'organisation des consultations spécialisées effectuées à l'extérieur a été indiquée comme « *manquant de fluidité* », également avec des délais longs. Les patients sont adressés à l'institut

⁹¹ Un cardiologue, un ophtalmologue, un kinésithérapeute, deux dentistes.

Fournier pour les consultations de dermatologie, de cardiologie et d'échographie, à Sainte-Anne pour celles de neurologie, d'ophtalmologie et d'odontologie, et au SAU initial de prise en charge pour celles de traumatologie. Les rendez-vous sont pris par la secrétaire, l'AS ou les équipes des unités qui accompagnent le patient en tant que de besoin. Une forme de discrimination a été rapportée s'agissant de la prise de rendez-vous, décrite comme beaucoup plus aisée pour les généralistes que pour les soignants des unités qui « *galèrent parfois plusieurs jours* » avant de l'obtenir. Les patients sont le plus souvent accompagnés pour les consultations et les bilans complémentaires par l'AS de l'équipe somatique, et des manques concernant la transmission des éléments médicaux au retour ont été évoqués.

Recommandation 44

La procédure d'accompagnement des patients à l'extérieur pour des consultations spécialisées ou des examens complémentaires doit garantir, lors du retour, la qualité de la transmission des éléments médicaux à l'équipe de référence.

En cas d'hospitalisation dans un autre établissement pour la prise en charge d'une pathologie somatique, l'équipe prend contact avec le psychiatre de liaison de l'établissement d'accueil pour assurer la poursuite de son suivi. Les patients hospitalisés en SDRE sont systématiquement accompagnés par les soignants de leur équipe référente, ceux en SDDE selon les exigences de leur état clinique.

Les patients peuvent recevoir des soins d'addictologie dispensés par une équipe mobile, à la demande ou sur proposition. Un suivi ultérieur en centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des postcures ou des prises en charge en centre mutualiste d'addictologie peuvent être programmées. La continuité des soins addictologiques déjà engagés est effective lors de l'entrée comme de la sortie.

Les généralistes ne s'associent pas aux actions d'éducation thérapeutique proposées aux patients, au motif d'une insuffisance de temps disponible, malgré la légitimité et la pertinence qu'aurait leur participation.

Recommandation 45

Les médecins généralistes doivent être associés aux actions d'éducation thérapeutique proposées aux patients.

8.3. LES MODALITES RELATIVES A L'EXERCICE DU CONSENTEMENT DU PATIENT SONT INSUFFISAMMENT MISES EN ŒUVRE

Les médecins psychiatres établissent des projets de soin avec les patients, sauf à l'UISI où il a été indiqué que ce dispositif n'était pas compatible avec la durée de séjour et l'état clinique des patients.

Les équipes pluridisciplinaires ajustent les projets individualisés lors des réunions cliniques, qui se tiennent de manière hebdomadaire, mensuelle ou bimensuelle selon les unités, ainsi que pendant les réunions de synthèse.

Les familles sont associées à la prise en charge quand le patient donne son assentiment, et peuvent être reçues en entretien par les médecins psychiatres.

La possibilité de désigner une personne de confiance est mentionnée de manière succincte dans le livret d'accueil, et fait l'objet d'un affichage dans toutes les unités. C'est l'UAPP qui s'en occupe au moment de l'accueil du patient, si son état clinique le permet. Dans le cas contraire, cette tâche incombe au personnel soignant dans les jours qui suivent.

Le sujet de la personne de confiance n'est pas pleinement appréhendé par les soignants. La différence entre personne de confiance et personne à prévenir est globalement comprise, mais une fois nommée, elle n'est pas systématiquement contactée ni associée à la prise en charge du patient.

Recommandation 46

La personne de confiance doit être informée de sa désignation par le patient et invitée à matérialiser son engagement par écrit. Elle doit être sollicitée lors des différentes étapes du projet de soins.

L'établissement a débuté la mise en place des directives anticipées incitatives en psychiatrie, appelé au sein du GHU « plan de prévention partagé » (PPP). Le PPP comprend la désignation de la personne de confiance et vise également à mieux se connaître pour anticiper les crises, les traitements, les lieux de soins et les alternatives. Au moment de la visite, il y avait 153 PPP sur le GHU. La majorité (70 % des DAIP du GHU) ont été réalisés par le site Henri Ey en extrahospitalier, par le biais d'une infirmière de pratique avancée et un médiateur de santé pair au pôle 75G05-G06. Ce déploiement était toutefois à l'arrêt au moment du contrôle. Au pôle 75G20-G21, les PPP commençaient à se mettre en place sous l'impulsion d'un éducateur et d'un médecin référent. Les équipes de soins des unités ne se sont toutefois pas encore emparées du sujet et elles n'auraient pas le réflexe de s'y référer si le cas se présentait.

Recommandation 47

Les patients doivent se voir proposer la rédaction systématique de directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations, des soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention.

Des prescriptions « si besoin » de traitements sédatifs injectables existent, le contexte clinique de leur emploi est systématiquement renseigné dans le logiciel PHARMA, et les injections sont mises en œuvre en dernier recours après toute négociation utile pour l'administration d'un traitement équivalent sous forme orale. Le contact téléphonique avec l'équipe de la PUI a été qualifié de « très facile » dans ce contexte.

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

Recommandation 48

L'administration injectable urgente d'un médicament doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué ; la prescription « si besoin » ne saurait perdurer.

Certains patients font l'objet d'une conciliation médicamenteuse lors de l'admission selon l'existence relevée de certains critères (âge supérieur à 75 ans, ou âge supérieur à 65 ans et existence d'une polyopathie, demande spécifique du psychiatre lorsque le traitement somatique associé doit être réévalué, accord du psychiatre). Les préparateurs, formés à la procédure de conciliation, réalisent l'enquête initiale d'analyse pharmaceutique, des chimio grammes⁹² sont réalisés (le plus souvent par les externes), puis la pharmacienne valide la conciliation et échange avec les somaticiens. La conciliation de sortie est rare, au motif d'une absence d'anticipation des sorties et de la communication de leurs dates à la PUI qui permettraient l'organisation de la procédure.

Recommandation 49

L'effectif de la pharmacie à usage intérieur doit lui permettre de réaliser la procédure de conciliation médicamenteuse avec tous les patients hospitalisés. La pharmacie doit notamment être informée dans ce cadre des dates de fin de prise en charge hospitalière, afin d'anticiper l'organisation de la procédure de conciliation de sortie.

8.4. LA PREPARATION A LA SORTIE EST MISE EN DIFFICULTE PAR LE MANQUE DE STRUCTURES D'AVANT ET DES DIFFICULTES ADMINISTRATIVES

Les unités disposent toutes d'assistantes de service social (ASS) en nombre plus important que dans la moyenne des établissements de santé mentale, avec une présence quotidienne dans les unités ouvertes. Ces dernières sont intégrées aux équipes et entreprennent les démarches nécessaires pour favoriser la sortie des patients. A l'exception de l'UISI, les unités préparent la sortie des patients lors des réunions de synthèse qui impliquent tous les professionnels, y compris l'ASS, l'ergothérapeute, et le psychomotricien.

Pour les patients en SSC, les sorties de courte durée sont utilisées afin d'organiser un retour progressif dans la société, généralement depuis les unités ouvertes. S'agissant des SDRE, plusieurs sorties sont programmées, avec accompagnement de la famille ou de soignants dans un premier temps, et des durées élargies au fur et à mesure. Il arrive que la préfecture s'oppose à certaines sorties non accompagnées (cf. § 5.1).

Pour éviter le risque de rechute, des dispositifs sont mis en place comme « en route vers la sortie ». Il s'agit de réunir les patients concernés afin de les aider à détecter les signes avant-coureurs des crises, et les munir de tous les numéros de téléphone utiles en cas de besoin (cf. § 8.1 bonne pratique n°3). Une infirmière du CMP vient également se présenter afin de faire le lien avec l'extrahospitalier.

Un dispositif « logements accompagnés pour l'inclusion » (DLAI) des personnes souffrant de troubles psychiques fait l'objet d'un programme de recherche à Sainte-Anne. L'association de l'Œuvre Falret assure la gestion locative, garantit des conditions de vie décentes et un accompagnement vers l'autonomie (appartements en sous-location auprès d'un bailleur social, avec dossier social à établir et un accompagnement organisé par l'équipe Falret). L'intégration se prépare avec des visites à domicile. Il est prévu une occupation sur cinq ans avant d'être prioritaire pour le parc locatif ensuite.

⁹² Reconstitution chronologique et posologique des traitements suivis par le patient au fil de sa prise en charge.

Par ailleurs, les arrondissements disposent de nombreux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et hôtels sociaux, de foyers mère-enfant, ainsi que de logements sociaux. Une convention a été passée au niveau du secteur 75G20-21 avec une maison-relais gérée par l'association pour le logement des familles et des isolés (ALFI).

Le GHU compte en outre un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du Perray (96 places), ainsi qu'une maison d'accueil spécialisée (MAS) La Gilquinière (50 places d'hébergement et 10 places d'accueil de jour ; au moment du contrôle il était prévu l'augmentation du nombre de place en MAS, en voie de financement par l'ARS). Les deux établissements, non sectorisés, appartiennent au site Peray-Vaucluse à Epinay-sur-Orge (91). Néanmoins, il a été signalé le manque de place en EHPAD et structures d'accueil spécialisées ainsi que pour l'accueil de patients polyopathologiques ou présentant des dégénérescences neurocognitives, pour lesquels les séjours peuvent se prolonger dans l'attente d'une solution d'aval.

Un pôle « psychiatrie, dépendance et réhabilitation » (PDR) a pour but de trouver des structures d'accueil pour les personnes demandant une forte institutionnalisation en raison de troubles psychiques sévères. Doté d'une unité d'évaluation et d'une équipe mobile, il propose une prise en charge pluridisciplinaire et un suivi dans l'établissement de destination. Deux unités du pôle proposent des hospitalisations au long cours, à Perray Vaucluse (trente lits), et à La Roseraie, site Maison Blanche, à Neuilly sur Marne (trente lits), ce dernier comptant en outre une unité de soins de longue durée (USLD de 114 lits : malades âgés, polyopathologiques, hospitalo-requérants...). Ces structures PDR et USLD concernent plus particulièrement les patients dont le retour en milieu ouvert n'est pas envisageable à moyen-long terme. Toutefois, seules cinq demandes ont émané du site Henri Ey en 2023, depuis les secteurs 75G19 et 75G20-21.

Pour autant, la question de la sortie a été évoquée comme une difficulté dès la réunion de présentation de la visite. Les différentes structures précitées ne couvrent pas tous les besoins ni ne permettent de répondre à tous les publics. Tous les services indiquent manquer des solutions pour les publics les plus précaires, médicalement et/ou socialement.

En premier lieu, des patients restent hospitalisés au long cours de façon inadéquate, au motif de l'absence ou de l'échec des solutions de sortie mises en œuvre, principalement en lien avec l'insuffisance de places disponibles dans les structures d'aval pour un hébergement social ou médicosocial. Ce manque de place ralentit les projets de sortie, et la carte territoriale du GHU ne facilite pas toujours le lien avec les établissements médico-sociaux en raison de l'éclatement des sites et des distances à parcourir. La sortie de patients « *en mode appelez le 115* » a été signalée par les soignants d'une unité. Des adressages inadéquats de patients porteurs de maladies neurologiques de type démentiel associées à des troubles du comportement qui complexifient davantage leur orientation ultérieure ont également été rapportés.

En deuxième lieu, des patients hospitalisés dans le cadre de voyages pathologiques et/ou étrangers nécessitent des démarches parfois longues pour organiser leur transfert vers leur pays d'origine. Un nombre important de patients en situation de grande précarité et souvent sans domicile ni documents d'identité, génère également des démarches chronophages, tout en présentant un risque élevé de rechute. Il a été rapporté le cas d'une saisine du procureur pour pouvoir prendre les empreintes digitales d'un patient sans son accord et ainsi établir son identité, sans laquelle aucune solution de sortie n'était envisageable. En effet, les patients en SSC sans identité ou sans titre de séjour, souvent sans adresse ni attache, ne peuvent bénéficier d'aucun accueil en structure médico-sociale. Leur situation est décrite comme « *inextricable* ». La « *direction de l'innovation organisationnelle et du partenariat patient* » repère les séjours les plus prolongés, au-delà de 6 mois,

pour tenter d'apporter une réponse administrative le cas échéant, mais aussi pour en identifier les causes.

A titre d'exemple ont ainsi été évoqués, au moment du contrôle, trois patients relevant du pôle 75G19, accueillis en unité ouverte : un patient en SDT depuis le 7 juillet 2023 en situation de précarité et sans solution d'aval, un patient en SPI depuis le 5 octobre 2023, un patient en SDRE au titre de l'article 122-1-1 du code pénal (irresponsabilité pénale) depuis le 20 octobre 2022, en attente d'expertise pour accéder à un foyer de post-cure ; au pôle 75G20-G21, il a été évoqué un séjour de plus de 6 mois et un séjour en cours depuis le mois d'août 2023.

Par ailleurs, l'année 2023 a vu des difficultés importantes concernant la sortie des patients en SDRE, au point de marquer les équipes de soins. En cause, l'absence de réponse de la part du bureau des actions de santé mentale de la préfecture (BASM), mettant en péril des projets de sortie en foyer, par exemple. La durée moyenne de séjour des SDRE a augmenté de 10 jours entre 2022 et 2023, avec des durées deux fois plus importantes que celles des autres patients en SSC (cf. § 3.2.3). Cette problématique a fait l'objet de réunions en décembre 2023 avec la préfecture, et une amélioration a été constatée depuis le début de l'année 2024, à la faveur d'un changement d'équipe au sein du BASM, lequel a vu son encadrement renouvelé dans les mois précédents le contrôle. Par ailleurs, des recrutements y étaient en cours au moment du contrôle. La préfecture a indiqué que désormais la nouvelle équipe s'attache à répondre à toute demande d'évolution de mesures de soins sous contrainte, qu'il s'agisse des demandes de programmes de soin ou de levée de mesure.

La préfecture saisit régulièrement un médecin expert sur les cas complexes. Elle en informe le GHU. Des temps d'échanges, selon un rythme a minima trimestriel, sont organisés, pour permettent de revenir sur des dossiers complexes, des difficultés qui ont pu survenir sur certaines procédures, tant du côté de l'hôpital que de la préfecture de police.

Pour faciliter la sortie de patients en SDRE, le programme de soins (PDS) peut également être utilisé, même si les équipes d'Henri Ey indiquent œuvrer pour des sorties sans contrainte dans la mesure du possible. Il y a peu de recours aux PDS séquentiels.

On ne peut enfin pas exclure que, compte tenu de la pression qui s'exerce sur les lits, des patients sortent d'hospitalisation plus tôt qu'il n'aurait été nécessaire, étant rappelé que la plupart proviennent des services d'urgence. Malgré leur volonté d'éviter de telles situations, des soignants concèdent que cela peut arriver. De même, alors que les patients ne sont pas supposés sortir d'hospitalisation depuis l'UISI, le manque de chambre sur le site entraîne des sorties directes.

Recommandation 50

Il ne peut être admis que les temps d'hospitalisation en soins sans consentement soient prolongés non selon des critères cliniques mais du fait d'obstacles administratifs et de manque de places en structures d'aval. L'ensemble des acteurs concernés doit rechercher de façon concertée les moyens de favoriser la sortie des patients dans des conditions adaptées à leur état de santé.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1. DES MINEURS SONT HOSPITALISES DANS LES UNITES POUR ADULTES ET PEUVENT FAIRE L'OBJET DE MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Le site Henri Ey ne bénéficie pas d'une unité de pédopsychiatrie, les hospitalisations s'opérant habituellement sur un autre site du GHU à Sainte-Anne. Des admissions peuvent toutefois avoir lieu pour les mineurs de 16 à 18 ans. Les adolescents accueillis relèvent des secteurs Nord de Paris (8, 9, 10 et 17^{ème} arrondissement de Paris) rattachés au site Henri Ey.

Ainsi, vingt mineurs ont été accueillis en 2022, treize en 2023 et quatre du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 2024 pour une durée moyenne de séjour d'environ 14 jours en 2023. Les mineurs sont répartis dans les unités de leur secteur. En 2023, six ont été hospitalisés dans le secteur 75G20-21, six dans le secteur 75G19 et un dans le secteur 75G05-06. La majorité des mineurs ont été placés en unité fermée durant leur séjour (sept sur treize). Sur les treize hospitalisations en 2023, deux adolescents ont été hospitalisés en vertu d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) et aucun n'a fait l'objet d'une hospitalisation en SDRE. Toutes les autres hospitalisations ont été réalisées en SL (décision des titulaires de l'autorité parentale).

Au jour de la visite, 80 % des dossiers des mineurs consultés étaient incomplets et la majorité ne comprenait pas la signature des deux parents, sans que figure l'acte de naissance de l'enfant ou un jugement fixant l'exercice de l'autorité parentale exclusive au seul parent signataire. De même, des dossiers étaient parfois signés par l'aide sociale à l'enfance (ASE) sans qu'un jugement de délégation d'autorité parentale ne soit versé au dossier. Un dossier comportait une ordonnance du juge des enfants autorisant l'ASE à signer les documents d'hospitalisation d'un mineur, sans faire usage de l'OPP sur le fondement de l'article 375-9⁹³ du code civil, pourtant applicable dans cette situation. Deux dossiers ne comportaient aucun document administratif autorisant l'hospitalisation du mineur en SL. Seuls trois dossiers comportaient les signatures des deux représentants légaux. Enfin, aucun dossier ne comportait le positionnement de l'adolescent hospitalisé.

Recommandation 51

Dans l'intérêt de l'enfant, toute admission à la demande des représentants légaux doit faire l'objet d'une demande spécifique, signée par les deux parents lorsque l'exercice de l'autorité parentale est conjoint. Lorsqu'un seul parent est titulaire de l'autorité parentale, l'autre parent doit être informé de la mesure sauf à avoir été privé de ce droit par un juge. De même, l'aide sociale à l'enfance ne peut se substituer à l'autorité parentale des parents, sauf jugement déléguant l'autorité parentale à ce service. À cette fin, les établissements doivent s'assurer de l'identité du ou des titulaires de l'autorité parentale.

Le positionnement de l'adolescent hospitalisé en soin libre doit être recherché et tracé dès son admission.

⁹³ Article 375-9 du code civil : « La décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable ».

Les mineurs hospitalisés font l'objet d'une attention particulière, ils sont systématiquement placés en chambre individuelle, proche du bureau infirmier. Les infirmiers et les médecins sont attentifs à leur accueil et ont une vigilance accrue à leur égard. Les parents sont associés autant que possible à la mesure et notamment aux projets de soins. Cependant, les enfants accueillis bénéficient des mêmes règles de vie que les adultes et sont soumis aux mêmes restrictions selon les unités dans lesquelles ils sont accueillis (port du pyjama, retrait du téléphone, limitation des visites à un parent après l'autre).

Recommandation 52

Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formée spécifiquement à la pédopsychiatrie et dans des conditions garantissant leur protection contre toute forme de violence, physique ou morale.

Le directeur du GHU précise dans sa réponse au rapport provisoire : La prise en charge des mineurs sur le GHU Paris, tant aux urgences qu'en hospitalisation, est un axe de travail prioritaire dégagé par l'institution, en lien avec les professionnels concernés. L'abaissement de l'âge des patients entrant dans le dispositif de soins, les difficultés liées à la prise en charge des publics

jeunes au sein des services d'hospitalisation, l'augmentation de l'accueil des mineurs non accompagnés et l'offre de soins limitée à destination de ce public convergent en effet vers la nécessité de mieux réfléchir et accompagner ces prises en charge.

C'est notamment l'une des missions dévolues au groupe de travail pluridisciplinaire « urgences/méxico-légal » de la Commission médicale de l'établissement (CME), qui s'est emparée du sujet sous deux angles, aux fins d'améliorer l'accueil et la prise en charge des mineurs au sein des structures psychiatriques de l'établissement.

Le sous-groupe « méxico-légal » travaille actuellement à la rédaction d'un référentiel à destination des professionnels sur le cadre légal et les modalités de prise en charge des mineurs en psychiatrie, dans des conditions permettant d'assurer leur meilleure qualité des soins et sécurité. Pédopsychiatres, psychiatres, soignants et juristes sont associés à ces travaux.

Parallèlement, un travail de benchmark sur les dispositifs existants à l'échelon territorial et de réflexion sur l'optimisation de la prise en charge des urgences psychiatriques pour les mineurs est mené par le sous-groupe « urgences », en vue de l'élaboration d'un dispositif d'offre de soins dédié à l'accueil et l'orientation en urgence de ces patients mineurs (Offre territorialisée d'avis pédopsychiatrique en lien avec les SAU pédopsychiatriques ou non sectorisée sur le modèle du CPOA en lien notamment avec l'Unité 10-15).

L'analyse des isollements des mineurs montre que deux patients ont fait l'objet d'un isolement en 2023, soit 15 % des mineurs accueillis, pour des durées de 103 et 82 heures. Un des mineurs a fait l'objet d'une contention durant 11 heures. Sur les quatre patients accueillis du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 2024, un patient a été isolé pendant 732 heures (soit un mois) et deux mesures de contention ont été prises sur des durées de 52 et 63 heures. Les enfants isolés, et parfois contentonnés, sont

pourtant restés sous un régime de SL⁹⁴. Les représentants légaux sont informés des mesures d'isolement et de contention et peuvent exceptionnellement visiter leur enfant. Une patiente à l'unité 2 bénéficiait des visites régulières de sa famille.

Recommandation 53

Les mesures d'isolement et de contention d'un mineur hospitalisé en soins libres sont dépourvues de base légale. Considérant en outre que de telles mesures sont contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant, elles doivent être proscrites, y compris pour les enfants placés en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.

9.2. L'ETABLISSEMENT ACCUEILLE PONCTUELLEMENT DES PATIENTS DETENUS

Les personnes détenues nécessitant une hospitalisation psychiatrique proviennent de la maison d'arrêt de la Santé. Ces hospitalisations relèvent de l'article L. 3214-3 du code de la santé publique en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale. Leur gestion et leur orientation sont assurées par le service de SSC du GHU. A défaut d'une admission à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Villejuif (94), qui est prioritaire, les patients détenus sont dirigés sur un des établissements du GHU. Le principe est l'admission sur l'unité correspondant à leur secteur, si l'intéressé est connu, à défaut sur l'unité désignée pour l'accueillir en fonction d'un tour (cf. § 2.1). Le protocole cadre relatif à la prise en charge sanitaire, psychiatrique, somatique et addictologique des personnes détenues relevant du centre pénitentiaire de Paris-La Santé est en attente de signature et de diffusion.

Le service des SSC assure la liaison avec le service médico psychologique régional (SMPR) implanté à la maison d'arrêt, le BASM de la préfecture de police qui établit les arrêtés et le service de soins désigné.

En 2022, six patients ont été admis sur le site de l'hôpital Henri Ey⁹⁵, neuf en 2023⁹⁶ et un depuis le début de l'année 2024. Aucun patient détenu n'était présent au moment du contrôle. Les patients sont hospitalisés dans les unités fermées. Il a été indiqué qu'il n'est pas fait de différence de traitement et qu'ils ne sont pas systématiquement hospitalisés en CI. La confidentialité de leur statut est par ailleurs préservée à l'égard des autres malades.

A l'arrivée, le patient est conduit dans son unité par les deux soignants chargés de le prendre en charge à la maison d'arrêt de la Santé. Toujours selon ce qui a été décrit aux contrôleurs, si la mise en pyjama doit intervenir, elle se fait à ce moment-là. Au moment de quitter l'établissement, le patient est remis au personnel d'escorte au rez-de-chaussée, hors de la vue du public.

⁹⁴ Pour l'une des situations, les médecins ont indiqué ne pas avoir voulu changer le statut afin de ne pas catégoriser le mineur en patient SDRE dès sa minorité.

⁹⁵ 2 admissions directes à l'UHSA.

⁹⁶ 3 admissions directes à l'UHSA.

ANNEXE 1 :

| N° Réco | Recommandation CS/PL | Catégorie CS/PL | Observations (si) | Actions mises en place (si/autres) | Échéance |
|---------|---|------------------------------|--|--|--------------------|
| 1 | Les dotations allouées à chaque unité pour organiser des activités thérapeutiques doivent être suffisantes | Politique de l'établissement | <p>CF courrier avec détail budgets. Des budgets importants dédiés aux activités et séjours thérapeutiques sont alloués aux pôles du CHU Paris, soit sous forme de financement direct par la direction des achats, sur justificatifs, ou sous forme de subvention allouée sur décision du directeur aux associations de santé mentale constituées au sein des pôles, sur la base d'un rapport moral et financier de l'année d'activité de l'année N-1 et d'un projet d'activités pour l'année en cours. Les enveloppes ont été renouvelées en 2023 et 2024 pour tenir compte notamment de l'inflation.</p> <p>CF Courrier avec détail des actions de formation. Des formations SOCLECARE ont été déployées sur tous les pôles du site avec nouvelles sessions programmées à la rentrée au vu de la forte demande. Des sessions de sensibilisation et d'accompagnement pratique-pratique sur le cadre des soins sans consentement (certificats, décisions...) sont également proposées dans les services de soins par le bureau de la loi.</p> <p>D'une façon générale, hormis la présentation du plan de formation annuel (via notamment l'organisation de petits déjeuners de la formation continue et la diffusion du plan dans tous les services), des rappels réguliers mensuels sur les formations du mois sont effectués par le service de formation, avec sensibilisation des cadres aux propositions de formations inscrites au plan.</p> <p>Des plaquettes d'information sur le rôle et les missions des services compétents au sein du pôle Santé, Social et Prévention sont en cours de réalisation.</p> | X | X |
| 2 | Le personnel soignant doit être formé aux droits des patients en SSC, à la prévention des situations de crise et aux alternatives aux mesures d'isolement/contention. | Politique de l'établissement | | | En cours - 2025 |
| 3 | Une information doit être relayée et renouvelée afin que les équipes bénéficiaires de supervision, des retours sur leurs pratiques professionnelles et puissent faire appel aux services déployés par le pôle santé prévention au travail | Politique de l'établissement | | | En cours - T4 2024 |
| 4 | Les membres du personnel doivent pouvoir déclarer un EI de manière anonyme et être informés du suivi et des suites apportées. Le traitement des EI doit apporter une réponse systématique au déclarant. Des REX et BNM doivent être mis en place après la survenance des EIG, notamment en cas de décès. | Politique de l'établissement | <p>Formulaire numérique et papier existant dans tous les services pour permettre aux intermédiaires de signaler les événements indésirables.</p> <p>Paramétrage du logiciel de déclaration des EI effectué en concertation avec les professionnels. Identification des signalements leur permettant d'avoir un retour systématique sur le traitement et le suivi de leur signalement.</p> <p>Mise en place systématique de REX en cas d'EIG.</p> | X | X |
| 5 | L'établissement ne doit pas transmettre de fiches signalétiques à la police pour les patients en SC dont l'absence est constatée sans commission d'infraction ni violation d'obligations particulières sauf danger grave et imminent pour le patient appelant le cas échéant une transformation du régime juridique en SSC. | Politique de l'établissement | <p>Les sorties non autorisées ou non retours dans les services des patients en SI, ne sont pas toujours déclarées sur le logiciel SSA mais uniquement si le médecin considère la disparition inéquivalente, après mise en place de la procédure de recherche décrite dans le rapport.</p> <p>Les forces de l'ordre reprennent systématiquement l'attache du service déclarant à réception de la fiche, pour confirmer le caractère inéquivalent de la disparition.</p> | Amélioration des informations dans le logiciel des membres/abonnés sur les modalités et le cadre spécifiques de déclaration (non systématique) des disparitions (inéquivalentes) de patients en SI, et re-sensibilisation des professionnels | T4 2024 |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <p>6 Les missions et les modalités de saisine du comité d'éthique doivent être connues de tous les soignants</p> | <p>Politique de l'établissement</p> | <p>Les missions, les modalités de saisine et de réunion du Comité d'éthique ont été présentées plusieurs fois aux instances. Le Comité d'éthique dispose également d'une page dédiée sur l'intranet du GHU où sont rappelées modalités de saisine et le mail de contact. Une restitution annuelle des travaux est prévue en fin d'année. L'intégration du comité d'éthique dans les pratiques professionnelles se fait progressivement.</p> | <p>Afin de mieux sensibiliser les professionnels à l'intégration de la réflexion éthique dans leurs pratiques quotidiennes et pour favoriser le questionnement éthique, des affiches sur le comité d'éthique à apposer dans les espaces réservés aux professionnels vont être déployés dans les services de soins.</p> <p>T4 2024</p> |
| <p>7 Le rôle des différentes instances de régulation des lits doit être clairement défini et les interventions de chaque acteur précisées dans une procédure coopérative efficace, tenant compte de l'organisation des unités de soins.</p> | <p>Admission en SSC</p> | <p>Sur Henri Ey, l'UJAPP est sollicitée en 1ère intention pour tout patient ementant dans un SAU nécessitant une hospitalisation. A défaut de solution sur le secteur et in situ, le cellule bed management prend le relais pour recherche une solution sur le GHU Paris. En cas d'attente supérieure à 24h, la demande est transmise à la Cellule régionale de régulation des lits (dispositif ARS) pour une recherche de lits éligible hors GHU. Mise en place sur le GHU en janvier 2024, la cellule de Bed-management est résente et va voir prochainement son fonctionnement évoluer en 2024. Son articulation avec les autres dispositifs existants, les services de soins du GHU et les structures d'amont ou d'aval extérieures, connue de l'encadrement, se fait progressivement.</p> | <p>Les procédures relatives au fonctionnement et à l'articulation des dispositifs de régulation des lits sont en cours de rédaction et seront diffusées à l'ensemble des équipes via l'encadrement de proximité. La nouvelle organisation de l'UJAPP (en 12h depuis mars 2024) sera évaluée au dernier trimestre 2024, avec ajustement le cas échéant du process et des interactions avec les autres dispositifs.</p> <p>T4 2024</p> |
| <p>8 Un projet structurel du service public de santé doit répondre aux besoins de soins des patients s'ajoutant des alternatives à l'hospitalisation, des parcours de soins, les conditions des SAU vers l'ITE puis vers une solution de soins ambulatoire. Un accueil adapté et la dispensation de soins de qualité doivent constituer son objectif premier.</p> | <p>Admission en SSC</p> | <p>Recommandation <i>obligatoire</i> ne concernant pas spécifiquement le GHU Paris en sa seule qualité d'établissement public de santé exerçant les politiques de santé en place.</p> | <p>X</p> |
| <p>9 Le recours aux procédures dérogatoires (SPPI et SDTU) doit être exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficace sa recherche de lits lorsqu'un patient nécessite des SSC sur décision du Directeur.</p> | <p>Admission en SSC</p> | <p>La recherche de lits est effective et efficiente sur le GHU Paris, mais la plupart des placements sont décidés en amont dans les SAU, auxquels il incombe de rechercher le tiers le cas échéant. La demande de tiers n'est par ailleurs pas toujours simple à obtenir, voire impossible pour certains patients selon leur profil ou provenance.</p> | <p>X</p> |
| <p>10 Le parcours des patients en doit pas être émaillé de ruptures et d'instabilités, conjuguant changements de sites, de secteurs, de chambres, au seul motif de la suroccupation continue des unités. Les patients non isolés doivent être accueillis en chambre hôtelière sans recours à des solutions d'hébergement en chambre sécurisées ou d'isolement. Seules les chambres hôtelières doivent être comptées dans le capacitaire.</p> | <p>Admission en SSC</p> | <p>Les chambres d'isolement ne doivent effectivement pas être comptabilisées dans le capacitaire. Cependant, la conjoncture actuelle impacte l'organisation et la gestion du capacitaire au sein de l'établissement, ainsi que la fluidité du séjour des patients accueillis. Si la pratique de la chambre dite "miroir" avec distraction de la chambre hôtelière et de la chambre sécurisée d'isolement était appliquée auparavant par les services du site, elle ne peut à ce jour être maintenue à raison des tensions majeures sur le capacitaire et la plénitude des lits. Bien que non optimale, il apparaît préférable pour les services d'hospitalisation de privilégier une prise en charge la plus rapide possible au sein d'un service de psychiatrie, le cas échéant en hébergement, y compris à l'UIST, plutôt que de laisser le patient en attente au sein des services d'urgence dans l'attente d'une place sur son secteur alors qu'un lit est disponible sur l'établissement.</p> | <p>Veiller à l'absence de comptabilisation des CSI dans le capacitaire.</p> |
| <p>11 Chaque patient doit recevoir dès son arrivée un livret d'accueil comportant des informations actualisées concernant ses droits et son mode d'admission ainsi qu'un règlement de fonctionnement conforme aux modalités de sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.</p> | <p>Admission en SSC</p> | <p>Livret d'accueil accessible sur la page internet du GHU avec le profil "usagers", rubrique "votre séjour". Disponibilité à venir dans plusieurs langues. Remis au patient à son arrivée en fonction de son état de santé au moment de l'admission. Plaquettes explicatives sur les différents modes d'admission en soins sans consentement également disponibles. Les affichages informatifs standardisés déployés dans l'ensemble des unités du GHU, comprennent des informations utiles et plus facilement accessibles à destination des usagers patients. Un travail a été amorcé avec une unité d'Henri Ey en début d'année pour l'aide à la rédaction de son règlement d'unité.</p> | <p>Actualiser les terminologies dans le livret d'accueil Poursuivre le travail en cours sur les règlements d'unités/de fonctionnement avec les services de soins et le COPIL vie quotidienne.</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>12 Les décisions du Directeur portant admission en SSC et prolongation de tels soins doivent être motivées afin de permettre au patient de consentir à leur seule lecture, les raisons de la mesure. Les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient qui, en outre, doit recevoir une explication des droits énoncés à l'article L.3211-3 du CSP. Le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé. Enfin, les délais de recours doivent figurer dans la notification des droits.</p> | <p>Admission en SSC</p> | <p>Les patients reçoivent bien systématiquement notification de leurs droits et voies de recours en cas de décision d'admission ou maintien en soins sans consentement, mais les certificats médicaux prédisant à cette décision ne leur sont pas systématiquement remis, si leur état de santé ne permet pas d'en recevoir et comprendre le contenu. Il leur est par contre systématiquement indiquée la possibilité de les solliciter ultérieurement auprès de l'équipe de soins.</p> | <p>Modifier la libellé des droits et voies de recours pour intégrer le délai (à tout moment) de contestation ou saine des autorités. Implication du GHU dans un travail de recherche (en cours) sur le respect et la justification des droits des personnes hospitalisées en soins sans consentement, visant notamment à optimiser à toutes les étapes de la prise en charge, l'accès aux droits et leur notification par les professionnels de soins.</p> |
| <p>13 La température dans les unités d'hospitalisation et les locaux du personnel doit être réglée, 4h4 comme hiver, en fonction des normes en vigueur. Les chambres doivent comporter l'équipement en tables et chaises correspondant au nombre d'occupants. Les tablettes doivent être dotées d'abatants et lunettes. Les chambres hospitalières ne doivent pas être équipées de verrous permettant l'enfermement des patients depuis l'extérieur.</p> | <p>Conditions de vie</p> | <p>Un système de ventilation double flux avec rafraîchissement est installé dans les unités d'hospitalisation des bébés et 7ème étages. Aux autres niveaux un système de ventilation simple flux est en place (entrées et air dans les chambres et VMV dans les salles d'eau notamment). L'ensemble des locaux communs est rafraîchi en ventilation double flux. Les normes en vigueur sont respectées, par exemple 26 degrés pour les espaces rafraîchis. Le chauffage est réglable. L'équipement des chambres hospitalières avec verrous permet aux patients qui le souhaitent de s'enfermer, et également aux professionnels de sécuriser temporairement l'espace de l'extérieur dans le cadre d'une mesure d'urgence, distincte d'un isolement (ex. mise en sécurité du personnel et des autres patients pendant un changement de chambre, ...)</p> | |
| <p>14 Le site Henri Ey doit disposer d'un vestiaire de dépannage afin d'éviter que des patients ne soient contraints au port du pyjama pendant tout leur séjour, soient présentés aux audiences ou soient d'hospitalisation ainsi vêtus.</p> | <p>Conditions de vie</p> | <p>Il existe bien un vestiaire sur le site Henri Ey et les soignants ou des associations apportent régulièrement des vêtements. Tous les patients se rendent aux audiences JLD habillés.</p> | |
| <p>15 Le retrait des effets personnels doit être proportionné et individualisé en fonction de l'état clinique du patient.</p> | <p>Conditions de vie</p> | <p>Le retrait des effets personnels, comme la mise en pyjama, n'est pas systématique mais adapté à la clinique et effectué sur prescription individualisée. Ils sont remis au patient dès que l'état de santé le permet.</p> | <p>A l'USI : projet de réflexion collective en cours sur la gestion des effets personnels et la mise en œuvre de restrictions aux libertés individuelles. Installation de coffres prévue à l'USI notamment pour permettre l'utilisation du téléphone portable dans les chambres.</p> |
| <p>16 Les interdictions de sortie hors des unités de soins, notamment de celle intersectorielle de soins intensifs, doivent être individualisées.</p> | <p>Restrictions aux libertés individuelles</p> | <p>Les patients de l'USI peuvent sortir accompagnés de soignants.</p> | |
| <p>17 Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir de l'établissement à leur convenance, sans être soumis à autorisation.</p> | <p>Restrictions aux libertés individuelles</p> | <p>L'accès du site Henri-Ey est effectivement contrôlé et les entrées et sorties sont filtrées. De ce fait, pour sortir du bâtiment, les patients doivent s'adresser aux équipes. Afin de supprimer cette contrainte, la direction des travaux a lancé le déploiement du système SALT O avec lecture des cartes sur l'ensemble des sites du GHU. Les patients en soins libres seront prochainement dotés d'un bracelet leur permettant de sortir librement du bâtiment sans autorisation à solliciter ou fournir.</p> | <p>74 2024</p> |
| <p>18 Les restrictions relatives à la consommation de tabac doivent répondre à des consignes médicales individualisées.</p> | <p>Restrictions aux libertés individuelles</p> | <p>Le retrait des bicyclettes répond prioritairement à des questions de sécurité et la régulation de la consommation de tabac à des objectifs préventifs de santé publique (prévention de la surconsommation et de la prise de toxicomanie), de qualité de prise en charge (prévention des interactions médicamenteuses) et de sécurité (prévention des crimes).</p> | <p>La gestion du tabac s'inscrit dans le projet global de réflexion collective de l'équipe de l'USI autour des restrictions individuelles. En cours</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|-----------------|
| <p>19 Le port du pyjama institutionnel doit respecter la dignité du patient et répondre à une consigne médicale individualisée.</p> | <p>Restrictions aux libertés individuelles</p> | <p>La prescription du pyjama en cas de mise à l'isolement est justifiée par des raisons médicales dues à la mobilité de prise en charge (dépense de soins intensifs) mais également par des considérations d'hygiène (vêtements parfois souillés, absence de change immédiatement disponible) et de sécurité (élimination du risque de détérioration d'objets dangereux ou brisables).</p> | <p>Mise en pyjama incluse dans le projet de travail collectif des professionnels de l'USJ autour des restrictions individuelles. Sujet également traité au niveau du COPIL vie quotidienne ainsi que l'accès au téléphone.</p> | <p>En cours</p> |
| <p>20 De manière générale, le principe doit être la libre disposition des moyens de communication. Les restrictions éventuelles comme les retraits des téléphones portables, ordinateurs, tablettes et de leur chargeurs doivent être individualisés et réalisés par un psychiatre, y compris dans l'unité intersectorielle de soins intensifs.</p> | <p>Restrictions aux libertés individuelles</p> | <p>La restriction individualisée des moyens de communication répond à une consigne médicale motivée, et le retrait des chargeurs de téléphone n'est pas systématique mais justifié par des raisons de sécurité et protection des patients (cf. risque suicidaire). Des raisons de santé publique et de qualité de la prise en charge peuvent aussi guider les décisions (ex. respect des rythmes du sommeil la nuit). A l'USJ, les téléphones sont effectivement retirés mais leur consultation reste possible.</p> | <p>L'accès au téléphone et moyens de communication est inclus dans la réflexion globale sur les restrictions individuelles à l'USJ. Projet de déploiement de téléphones cellulaires dans les chambres (espace privé : respect de la confidentialité et de la tranquillité d'autrui)</p> | <p>2025</p> |
| <p>21 Tous les soins doivent bénéficier d'une formation concernant la prise en compte de l'intimité et de la vie sexuelle de patients, afin d'être capables d'assurer une information adéquate s'agissant de la contraception, des infections sexuellement transmissibles et de leur prévention et de la notion de consentement à la sexualité.</p> | <p>Restrictions aux libertés individuelles</p> | <p>Intégration du droit à l'intimité dans l'offre de formation et sensibilisation des professionnels aux droits des patients.</p> | <p>Mise à l'ordre du jour du sujet de la sexualité et de l'intimité des patients à un prochain comité éthique.</p> | <p>2025</p> |
| <p>22 L'attention portée à la sécurité des patients ne peut justifier l'existence de dispositifs permettant de visualiser les sanitaires et WC, intrusifs et attentatoires à l'intimité et à la dignité. Les volets des fenestrons doivent sur le couloir doivent être protégés de sorte à empêcher toute vue sur l'intérieur de la chambre par des patients. Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel à portée de main du patient, y compris pendant les phases de contention.</p> | <p>Isolément et contention</p> | <p>Volets verrouillables en cours de déploiement sur les oculi des chambres d'isolement et des salles d'eau attenantes, afin de respecter l'intimité du patient.</p> | <p>Poursuite de recherches de solutions adaptées pour un système d'appel malade satisfaisant et sécurisé pour les patients contentonnés.</p> | <p>En cours</p> |
| <p>23 Un accès quotidien à l'air libre doit être ménagé pour les patients isolés, lequel ne doit pas être restreint aux seuls fumeurs.</p> | <p>Isolément et contention</p> | <p>L'accès de tous les patients à l'air libre, le cas échéant accompagné de soins, est privilégié autant que possible dans la limite de l'état clinique et des contraintes architecturales et bioclimatiques du site. La terrasse n'est pas accessible depuis les chambres d'isolement du 7c.</p> | | |
| <p>24 Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen médical somatique.</p> | <p>Isolément et contention</p> | <p>Ni la loi ni les recommandations HAS n'imposent que l'examen somatique, sa surveillance et son évaluation, dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, relèvent de la compétence exclusive du médecin généraliste. Ils sont assurés par le médecin psychiatre et le médecin généraliste qui intervient sur sollicitation des équipes du secteur, y compris lors d'un isolement, si le patient présente un problème de santé somatique.</p> | | <p>X</p> |
| <p>25 Un patient isolé ou contenu doit être dans un espace spécifique adapté, distinct de la chambre hospitalière qui doit être conservée afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure. Les chambres « sécurisées », qui ne présentent aucune garantie de sécurité ni pour le patient, ne doivent pas être utilisées comme des espaces d'isolement et doivent être réhabilitées en chambres hospitalières.</p> | <p>Isolément et contention</p> | <p>CF supra : la possibilité de conserver des chambres hospitalières pendant la mise en isolement des patients est inévitablement liée aux tensions capacitaires actuelles. Sur le pôle 75G19 et 75G20-21, la réhabilitation des chambres dites sécurisées en chambres hospitalières est en cours. Il n'y a aucune chambre dite sécurisée à l'USJ.</p> | <p>Poursuivre le travail en cours sur l'identification, la définition et les conditions d'utilisation des chambres, qui sera présenté en instances. Finaliser le référentiel à destination des professionnels relatif au cadre et à la pratique de l'isolement et la contention au sein de l'établissement.</p> | <p>2025</p> |
| <p>26 Les données exactes concernant les mesures d'isolement et de contention ainsi que leurs durées doivent figurer dans le registre ad hoc. Un tel enregistrement, régi par les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, constitue une mesure de dernier recours et ne peut se justifier sous couvert d'un contrat de soin verbal pris avec un patient en soin sans consentement, sur consigne médicale et à l'appréciation des soignants.</p> | <p>Isolément et contention</p> | <p>Sur le 75G20-21, la pratique de "contrat de soins" écrit (et non verbal), signé par la personne soignée, mise en évidence pendant la visite, a été immédiatement et définitivement arrêtée. Concernant les données d'isolement et de contention, le logiciel actuel ne permet pas de faciliter de manière efficace leur renseignement et la durée des mesures, notamment en cas d'oubli de la mesure dans le dossier informatisé ou de mise en place de mesures séquentielles (utilisées dans la perspective de la diminution et l'arrêt définitif de l'isolement).</p> | <p>Dans le cadre de la préparation du nouveau DPI, dont le déploiement débutera en 2025, des solutions sont testées pour permettre de simplifier et faciliter les données d'isolement et de contention renseignées dans le dossier.</p> | |

| | | | | |
|---|---|--|---|-----------------|
| <p>27) Le registre d'isolement et de contention doit être l'objet d'une analyse et d'une discussion pluridisciplinaire régulière au sein de chaque secteur afin de favoriser la réduction de ces pratiques ainsi que leur durée.</p> | <p>isolement et contention</p> | <p>Cf. supra sur la durée anormalement longue des durées liées à une défaillance du logiciel actuel et l'absence de prise en compte possible à ce jour des mesures séquentielles.</p> | <p>Les données du registre, actuellement traitées dans leur globalité au niveau institutionnel, vont être retravaillées périodiquement à chaque polysacteur concerné pour analyse collective ciblée et appropriation. Le COPIL isolement contention va se doter d'une sous-commission "analyse d'activités pluriprofessionnelle" avec les différents chefs de pôle pour étudier les données et travailler sur les alternatives aux mesures d'isolement contention.</p> | <p>T4 2024</p> |
| <p>28) Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement dont l'usage doit être pensé comme une alternative aux mesures d'isolement et de contention ; leur impact sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci doit être évalué. Les soignants doivent être formés aux alternatives à l'isolement et à la contention, qui doivent être recherchées avant tout placement à l'isolement. A la psychopathologie des patients et aux autres outils permettant un moindre recours à l'isolement qui doivent être explicités dans un protocole de mise en isolement.</p> | <p>isolement et contention</p> | <p>Projet de mise en place d'un espace d'apaisement au 7e étage Le déploiement de ces espaces d'apaisement requiert une appropriation progressive. Ils ne sont pas considérés comme des chambres et sont livrés avec une formation des professionnels à leur utilisation. Concernant leur incidence sur la réduction du recours à l'isolement contention, un projet d'étude d'impact est en cours de déploiement au niveau du GHU. Travail du groupe EPP du COPIL isolement Contention sur les référentiels et outils de débriefting à destination des professionnels, prochainement présentés aux instances, ainsi qu'un protocole formalisé avec plan de prévention partagé.</p> | <p>74 2024</p> | |
| <p>29) L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement l'objectif d'une réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour y parvenir. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement doit composer des indicateurs spécifiques des pratiques d'isolement et de contention.</p> | <p>isolement et contention</p> | <p>Le GHU poursuit effectivement l'objectif de réduction du recours à l'isolement et la contention. Outre le rapport d'activité annuel établi et présenté aux instances, ainsi qu'à l'ARS, une politique institutionnelle et médicale de recours à ces mesures va être formalisée au sein de l'établissement.</p> | <p>2025</p> | |
| <p>30) La commission départementale des soins psychiatriques doit produire un rapport d'activité contenant des observations sur les données recueillies et des conclusions concernant les constatations qu'elle a opérées.</p> | <p>Contrôle des droits des patients</p> | <p>Recommandation à destination de la CDSP</p> | <p>X</p> | |
| <p>31) La direction de l'établissement doit favoriser l'information dans les unités, à destination des professionnels et des usagers, sur le rôle de la commission des usagers et des représentants des usagers, et une visite complète de l'établissement à destination des associations d'usagers doit être organisée.</p> | <p>Contrôle des droits des patients</p> | <p>Compte tenu de la configuration multi-site du GHU et le manque de disponibilité lié à leurs divers engagements associatifs, les RU font pas le temps de déléguer une permanence sur le site Henri-Ey. Seule une présence est assurée à Saint-Arne le lundi matin de 9h30 à 12h, sauf en périodes de congés scolaires. Afin de favoriser leur connaissance par les professionnels du GHU, les CDU sont organisés sur chacun des sites à tour de rôle. Depuis le mois d'avril, les RU participent aux réunions soignés-soignants</p> | <p>X Améliorer la connaissance et la visibilité des RU par la création et la diffusion d'outils pédagogiques (plaquette d'information, diffusion périodique des recommandations de la CDU, capsules vidéo). Poursuivre l'organisation de la CDU à tour de rôle sur les sites d'hospitalisation (programme : matin : visite, échanges avec les patients et professionnels, après-midi : tenue CDU)</p> | <p>en cours</p> |
| <p>32) Le registre de la loi doit être renseigné dans le délai légal</p> | <p>Contrôle des droits des patients</p> | <p>Le registre de la loi est tenu rigoureusement par le service des soins sans consentement, qui réceptionne l'ensemble des documents médico-légaux relatifs aux mesures de soins psychiatriques sans consentement prises au sein du GHU Paris. Le délai de renseignement du registre a été nettement amélioré, notamment grâce à une meilleure stabilité des effectifs de gestionnaires, mais reste dépendant également du temps de transmission des documents par les différents services de soins et de la mise en place d'une fonctionnalité dans le DPI permettant d'alimenter le registre en temps réel.</p> | <p>Améliorer les fonctionnalités dans le nouveau DPI pour renseigner le registre en temps réel et la transmission en temps réel des documents médico-légaux au Bureau de la loi.</p> | <p>2025</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>33) Les patients ne peuvent être maintenus en situation de privation de liberté sans être, C'est-à-dire de manière arbitraire. Les décisions de placement en centre sans consentement du Directeur de l'établissement doivent être prises à l'aveu préalable du certificat médical initial et notifiées au patient dès que son état clinique le permet. Les certificats médicaux ultérieurs doivent être établis dans les délais légaux.</p> | <p>Contrôle des droits des patients</p> | <p>Les décisions administratives sont formalisées par le service des soins sans consentement le plus rapidement possible et dans un délai raisonnable, conformément à la jurisprudence en vigueur, en tenant compte des contraintes administratives hospitalières, notamment pour les admissions et maintiens ininterrompus en fin de semaine et les jours fériés, en l'absence de permanence administrative dans les services. Les décisions sont notifiées au patient à bref délai, le cas échéant dès que son état le permet.</p> | <p>Des pistes et solutions d'amélioration sont en cours de réflexion et d'expérimentation pour améliorer le délai de formalisation de ces décisions de fin de semaine (astreinte administrative avec signature électronique). Poursuite du travail de recherche engagé avec le GHU sur l'amélioration des notifications.</p> |
| <p>34) L'effectif des IDO doit être suffisant pour que les magistrats puissent exercer pleinement et sereinement le contrôle qui leur incombe. L'audition du patient placée à l'isolement ou en contention qui en fait la demande doit être réalisée par les moyens de communication audiovisuelle ou par communication téléphonique, sauf motif médical circonstancié et non systématique la contre-indiquant.</p> | <p>Contrôle des droits des patients</p> | <p>Recommandation à destination du Tribunal judiciaire.</p> | |
| <p>35) Les soins doivent connaître les projets des pôles dans lesquels ils exercent et être informés des orientations du projet médical du GHU qui les concernent.</p> | <p>Soins</p> | <p>Lors de la préparation de la visite de certification, une affiche reprenant les projets de chaque pôle a été réalisée et a servi de support d'échange avec les professionnels. Par ailleurs, chaque pôle organise un séminaire annuel au cours duquel le bilan des projets de pôle est présenté</p> | |
| <p>36) Les patients hébergés dans un autre pôle que celui d'origine doivent bénéficier d'une qualité de prise en charge équivalente à ceux hospitalisés dans l'unité de référence.</p> | <p>Soins</p> | <p>Bien que la prise en charge d'un patient sur un secteur autre que son secteur de rattachement, faute de lits disponibles, ne soit pas la solution optimale, les équipes de soins s'efforcent de garantir le même niveau de qualité de prise en charge aux patients hébergés et aux patients sectorisés.</p> | |
| <p>37) Tous les patients volontaires doivent bénéficier de réunions soignants-soignés, qui favorisent leur libre expression concernant l'organisation de la vie institutionnelle des unités.</p> | <p>Soins</p> | <p>Au 1er étage, les réunions soignants-soignés ont été suspendues provisoirement avec le départ du cadre mais vont être reprises en place.</p> | <p>(Re)déploiement des réunions soignants-soignés dans les unités qui n'en disposent pas ou plus</p> |
| <p>38) Les patients qui font l'objet d'une indication doivent bénéficier de prises en charge de réhabilitation psychosociale, animées par des soignants spécifiquement formés.</p> | <p>Soins</p> | <p>Il existe un programme d'ETP commençant à l'hôpital, notamment au G05/G06. Il est également possible d'aller au CREAUS</p> | |
| <p>39) L'enfermement continu dans l'espace restreint d'une unité, voire d'une chambre d'isolement ou d'hébergement pour certains, ne saurait constituer l'unique mode de prise en charge des patients de l'USI. Des activités thérapeutiques doivent leur être proposées.</p> | <p>Soins</p> | <p>STI n'y a effectivement ni animateur ni ergothérapeute, des activités sont bien proposées aux patients de l'USI notamment le week-end (activités avec la psychomotricienne et les IDE, jeux de sociétés, jardin thérapeutique, plongée/thérapie subaquatique...)</p> | |

| | | | | |
|---|--------------|--|--|-------------------------|
| <p>40) Les patients doivent, au-delà des activités occupationnelles qui leur sont proposées, bénéficier d'activités thérapeutiques, impliquant une participation sur indication médicale, une trajectoire de déroulement dans le dossier du patient et une restitution lors de l'abord des projets de soins pendant les soins en équipe pluriprofessionnelle.</p> | <p>Soins</p> | <p>Des activités thérapeutiques variées, individuelles et collectives, encadrées par différents professionnels et distribuées en staff, sont proposées toutes les semaines dans l'ensemble des services du site, sur prescription médicale et tracées dans le dossier patient.</p> <p>Des séjours thérapeutiques sont organisés mais le plus souvent proposés en ambulatoire, à raison notamment de la plus courte durée possible d'hospitalisation recherchée dans les services.</p> <p>Les médicaments sont désormais tous distribués dans une salle dédiée permettant de garantir l'intimité et la confidentialité.</p> | <p>Finalisation par le pôle somatique de tous documents visant à préciser et faciliter les modalités de recours au service de médecine (hors urgence, en cas d'urgence, identification des symptômes d'alerte somatique impliquant une évaluation médicale immédiate).</p> | <p>T4 2024</p> |
| <p>41) Les modalités de distribution des médicaments doivent systématiquement garantir le respect de l'identité et la confidentialité relative aux traitements.</p> | <p>Soins</p> | <p>Les équipes et l'encadrement sont sensibilisés aux bonnes pratiques sur l'identité et la confidentialité des traitements. Un rappel des bonnes pratiques et une campagne d'affichage en ce sens ont été réalisés dans l'ensemble des unités de soins.</p> | <p>En cas d'urgence vitale identifiée, l'appel au 15 ou la réanimation locale est privilégiée préalablement à l'appel du service somatique, conformément à la procédure d'urgence vitale en vigueur.</p> | |
| <p>42) Les infirmiers qui gèrent des situations cliniques d'urgence somatique, ou accueillent un patient dont l'état clinique somatique n'est pas stable, doivent pouvoir solliciter directement les médecins généralistes.</p> | <p>Soins</p> | <p>Afin de coordonner l'action médicale, en fonction de la clinique du patient, il est effectivement prévu que le généraliste soit interpellé directement par le psychiatre dans les situations urgentes, mais le personnel non médical peut également interpellé le service somatique dans des situations aiguës après information du médecin de l'unité d'hospitalisation du patient.</p> | <p>Le plateau technique du pôle Neuro Sainte Anne est ouvert à l'ensemble des sites du GIU Paris y compris Henri Ey. Globalement, de nombreux liens sont en place entre les différents équipes. On peut ainsi noter plus de 568 examens, toutes modalités d'imagerie confondues (radio, échographie, scanner, IRM) réalisés au bénéfice des patients psychiatriques du GIU Paris, ainsi que des examens de neurophysiologie, de stomatologie / Pas dentaire. Des neurologues sont également disponibles pour rendre des avis : en 2023 6% des avis concernaient des patients d'Henri Ey.</p> | |
| <p>43) L'organisation du plateau technique du centre hospitalier Sainte-Anne doit permettre la réalisation d'une IRM cérébrale au profit des patients du centre hospitalier Henri Ey présentant un premier épisode de décompensation psychiatrique, dans un délai adapté.</p> | <p>Soins</p> | <p>Les ECT (plus de 2500 actes annuels) réalisés au sein du pôle Neuro Sainte Anne bénéficient effectivement principalement aux patients du site Sainte Anne, mais de nouvelles plaques ont été proposées notamment au site d'Henri Ey.</p> | <p>Reforcer la communication sur l'offre de soins disponible au sein du pôle Neuro Sainte Anne, notamment en termes d'imagerie et d'avis neurologiques en rencontrant le communal médical local des sites extérieurs à Sainte-Anne</p> | |
| <p>44) La procédure d'accompagnement des patients à l'extérieur pour des consultations spécialisées ou des examens complémentaires doit garantir, lors du retour, la qualité de la transmission des éléments médicaux à l'équipe de référence.</p> | <p>Soins</p> | <p>La procédure d'accompagnement formalisée par le pôle somatique et diffusée aux unités de soins prévoit bien que le personnel accompagnant les patients vers des consultations spécialisées ou des examens complémentaires réalise systématiquement des transmissions orales et écrites à leur retour, tracées dans le DPI. Le médecin somaticien informe le psychiatre de secteur et le compte-rendu d'examen est scanné dans le DPI. (logigramme formalisé en ce sens par le service somatique)</p> | <p>Poursuivre la définition en cours de l'organisation à mettre en place notamment en termes de formation, de transport et d'accompagnement, pour permettre à l'ensemble des patients du GIU de bénéficier des ECT réalisés sur Sainte-Anne</p> | |
| <p>45) Les médecins généralistes doivent être associés aux actions d'éducation thérapeutique proposées aux patients.</p> | <p>Soins</p> | <p>La pertinence et la légitimité de l'équipe somatique pour la participation à des actions d'éducation thérapeutique est indiscutable, dès lors qu'elle renvoie dans leur champ de compétence.</p> <p>Une action associant les patients est menée par le pôle somatique et l'UTEP pour animer des groupes de patients et définir leur besoins d'éducation à la santé afin de mieux les orienter sur des dispositifs d'éducation thérapeutique existants. (Mise en place du dispositif en octobre 2024)</p> | <p>Rappeler la procédure aux unités par le service somatique</p> | |
| <p>46) La personne de confiance doit être informée de sa désignation par le patient et invitée à matérialiser son engagement par écrit. Elle doit être sollicitée lors des différentes étapes du projet de soins.</p> | <p>Soins</p> | <p>Une plaquette d'information sur le rôle et la mission de la personne de confiance est disponible et le formulaire de désignation a été actualisé en février 2024, avec information des professionnels sur les modalités de sa désignation.</p> | <p>Echanger avec les secteurs sur les actions d'éducation thérapeutique existantes au sein des unités de psychiatrie et déterminer la pertinence d'associer les soignants de l'unité somatique.</p> <p>Mise en place du dispositif d'éducation thérapeutique menés par le pôle somatique et l'UTEP</p> | <p>T4 2024</p> |
| | <p>Soins</p> | | <p>Réformer l'encadrement sur les procédures existantes et/ou actualisées Améliorer la visibilité et l'accès aux informations administratives dans le nouveau DPI</p> | <p>T4 2024 2025</p> |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|------------------------|
| <p>47) Les patients doivent se voir proposer la réduction systématique de directives anticipées, incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations, des soins sans consentement, et des mesures d'isolement et de contention.</p> | <p>Soins</p> | <p>Les indications du Plan de prévention partagé sont bariées, elles peuvent concerner "tout patient adulte majeur présentant une pathologie psychiatrique à évolution chronique ou de conduites addictives". La démarche est en cours de déploiement dans le GHU (déploiement débuté dans 12 pôles dont les 3 d'Henri-Ey). A ce jour plus de 230 PP sont intégrés dans CORTEXTE. Première enquête réalisée avec le DIM sur les effets des premiers PPF remplis.</p> | <p>Poursuivre les rencontres avec les pôles pour les soutenir dans la démarche et renforcer la communication envers les patients</p> | <p>T3 2024-2025</p> |
| <p>48) L'administration injectable urgente d'un médicament doit répondre à une prescription médicale émise immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicamenteusement évalué; la prescription et si besoin n ne saurait perdurer.</p> | <p>Soins</p> | <p>Tous les traitements font l'objet d'une prescription médicale et les IDE ne décident jamais seuls de faire un traitement injectable, notamment en cas d'agitation et de refus du traitement par os par le patient, dont le consentement est systématiquement recherché. Le patient est systématiquement informé en entretien médical de la possibilité d'administrer un traitement sous forme injectable en cas de refus du traitement per os.</p> | | |
| <p>49) L'efficacité de la pharmacie à usage intérieur doit lui permettre de réaliser la procédure de conciliation médicamenteuse avec tous les patients hospitalisés. La pharmacie doit notamment être informée dans ce cadre des dates de fin de prise en charge hospitalière, afin d'anticiper l'organisation de la procédure de conciliation de sortie.</p> | <p>Soins</p> | <p>L'efficacité de la pharmacie à usage intérieur doit lui permettre de réaliser la procédure de conciliation médicamenteuse avec tous les patients hospitalisés. La pharmacie doit notamment être informée dans ce cadre des dates de fin de prise en charge hospitalière, afin d'anticiper l'organisation de la procédure de conciliation de sortie.</p> | | |
| <p>50) Il ne peut être admis que les temps d'hospitalisation en soins sans consentement soient prolongés non selon des critères cliniques mais du fait d'obstacles administratifs et de manque de places en structures d'aval. L'ensemble des acteurs concernés doit rechercher de façon concertée les moyens de favoriser la sortie des patients dans des conditions adaptées à leur état de santé.</p> | <p>Soins</p> | <p>Recommandation générale non applicable spécifiquement au GHU Paris. (conjoncture)</p> | | |
| <p>51) Dans l'intérêt de l'enfant, toute admission à la demande des représentants légaux doit faire l'objet d'une demande spécifique, signée par les deux parents lorsque l'exercice de l'autorité parentale est conjoint. Lorsqu'un seul parent est titulaire de l'autorité parentale, l'autre parent doit être informé de la mesure et/ou il avoir été privé de ce droit par un juge. De même, l'aide sociale à l'enfance ne peut se substituer à l'autorité parentale des parents, sauf jugement définitif. L'autorité parentale a ce service. A cet égard, les établissements doivent s'assurer de l'identité du ou des titulaires de l'autorité parentale. Le positionnement de l'adolescent hospitalisé en soin libre doit être recherché et tracé dès son admission.</p> | <p>Prises en charge spécifiques</p> | <p>La prise en charge des mineurs sur le GHU Paris, tant aux urgences qu'en hospitalisation, est un axe de travail prioritaire délégué par l'institution en 2024. Le Groupe pluridisciplinaire "Urgence/médo-legal" de la CME s'en est emparé, avec la rédaction en cours d'un référentiel à destination des professionnels sur le cadre légal et les modalités de prise en charge des mineurs en psychiatrie, dans des conditions permettant d'assurer leur meilleure qualité des soins et sécurité. Pédiopsychiatres, psychiatres, soignants et juristes sont associés à la démarche. Des travaux de réflexion sont en cours également en vue de la proposition d'un dispositif délégué à la prise en charge des mineurs en urgence.</p> | <p>Finaliser et diffuser le référentiel sur la prise en charge des mineurs en psychiatrie et sensibiliser les professionnels Poursuivre les travaux engagés en vue de l'élaboration d'un dispositif délégué à la prise en charge des urgences pédiopsychiatriques</p> | <p>En cours - 2025</p> |
| <p>52) Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formée spécifiquement à la pédiopsychiatrie et dans des conditions garantissant leur protection contre toute forme de violence, physique ou morale.</p> | <p>Prises en charge spécifiques</p> | <p>Cf. supra recommandation 51</p> | <p>Finaliser et diffuser le référentiel sur la prise en charge des mineurs en psychiatrie et sensibiliser les professionnels Poursuivre les travaux engagés en vue de l'élaboration d'un dispositif délégué à la prise en charge des urgences pédiopsychiatriques</p> | |
| <p>53) Les mesures d'isolement et de contention d'un mineur hospitalisé en soins libres sont dépourvues de base légale. Considérant en outre que de telles mesures sont contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant, elles doivent être proscrites, y compris pour les enfants placés en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.</p> | <p>Prises en charge spécifiques</p> | <p>Cf. supra recommandation 51 Un référentiel actualisé sur le cadre médico-légal de l'isolement contention, son périmètre et ses alternatives est également en cours d'élaboration.</p> | <p>Finaliser et diffuser le référentiel sur la prise en charge des mineurs en psychiatrie et sensibiliser les professionnels, ainsi que sur l'isolement contention. Poursuivre les travaux engagés en vue de l'élaboration d'un dispositif délégué à la prise en charge des urgences pédiopsychiatriques</p> | |

| | | |
|---|--|-------------------------|
| | Restrictions aux libertés individuelles | |
| 1 | Les patients bénéficient de séances diversifiées d'éducation thérapeutique, notamment de celles, peu observées ailleurs, de «aller & sexologie », qui permettent l'abord des thèmes du consentement à la sexualité, des infections sexuellement transmissibles, des effets secondaires sexuels des médicaments psychotropes, des pratiques sexuelles, de la notion de genre, de la notion de plaisir, de la contraception et du désir de procréer. | |
| 2 | L'intervention de professionnels paramédicaux durant la période d'isolement du patient permet une diversification des soins. | isolement et contention |
| 3 | Les réunions «familial» permettent leur information adaptée concernant les coordonnées et les objectifs des groupes psychoéducatifs et des associations car leur souffrance est liée aux signes avant-coureurs de la récompensation des troubles psychiques. La remise d'une carte «urgences», qui présente les numéros de téléphones des sites à contacter en cas d'urgence somatique ou psychiatrique, se distingue par sa pertinence. | Soins |
| 4 | L'espace socioculturel «Animation et Bibliothèque» propose une diversité d'activités occupationnelles rarement observée, à tous les patients et tout les jours de l'année. | Soins |
| 5 | La pharmacie édite un livret de recommandations médicamenteuses, utilisable par tous les soignants au quotidien sur divers supports, et au bénéfice des patients, des carnets explicatifs pour les médicaments dont les modalités de suivi sont complexes, favorisant la qualité de l'observance et de l'administration des traitements. | Soins |

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