



---

## Rapport de visite :

6 au 10 février 2023 – 2<sup>ème</sup> visite

Nouvel hôpital de Navarre –  
Centre hospitalier spécialisé  
d'Evreux

*(Eure)*



## SYNTHESE

Neuf contrôleurs ont effectué une visite du nouvel hôpital de Navarre (NHN) – centre hospitalier spécialisé d'Evreux du 6 au 10 février 2023. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Il s'agissait d'une seconde visite, l'établissement ayant déjà été contrôlé en novembre 2010<sup>1</sup>.

Un rapport provisoire a été adressé au directeur du NHN, aux autorités judiciaires, à l'agence régionale de santé de Normandie et à la préfecture de l'Eure pour une période d'échange contradictoire d'un mois. Seule la direction de l'établissement a transmis ses observations au CGLPL ; elles sont intégrées au présent rapport définitif dans une police spécifique.

Le NHN prend en charge l'ensemble des patients des secteurs de psychiatrie générale adulte et de pédopsychiatrie de l'Eure. Si le principe de la sectorisation perdure, le dispositif de soins s'organise autour du parcours du patient et s'articule autour de trois pôles cliniques : un pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, un pôle départemental de psychiatrie adulte et un pôle somatique et de réadaptation.

L'établissement compte 288 lits d'hospitalisation répartis dans 14 unités, dont une unité d'hospitalisation pour adolescents (UHA) de huit lits et une unité d'hospitalisation psychiatrique de courte durée située au centre hospitalier de Vernon n'accueillant jamais de patients en soins sans consentement et qui n'a pas été visitée.

L'établissement met en œuvre une politique attractive de recrutement du personnel ; l'effectif des médecins exerçant en psychiatrie est pratiquement complet mais seul 50 % de l'effectif a compétence pour signer les certificats médicaux.

La filière d'admission est fluide et bien organisée ; elle permet d'éviter des attentes trop longues avant une éventuelle hospitalisation.

Les prises en charge psychiatrique et somatique sont satisfaisantes. La création de l'UHA en 2021 est une avancée dans la prise en charge des mineurs mais la capacité d'hospitalisation est manifestement insuffisante puisque certains continuent régulièrement d'être hospitalisés dans les unités pour adultes. Ils y sont fréquemment placés à l'isolement « pour leur sécurité ».

Les conditions matérielles d'accueil et d'hébergement des patients, dans des bâtiments reconstruits dans les années 2000, sont de bonne qualité et permettent une prise en charge respectueuse de la dignité et des droits de ces derniers.

Les dispositions légales encadrant la prise en charge de patients en soins sans consentement sont globalement connues et maîtrisées ; les modifications législatives intervenues ces dernières années ont été intégrées, les protocoles et l'organisation du bureau des entrées adaptés en conséquence. Les instances et autorités en charge du contrôle des droits des patients exercent leurs missions.

L'information générale donnée aux patients sur l'hospitalisation et les règles de vie est globalement de bonne qualité, les supports didactiques sont complets. Néanmoins, ils ne sont pas systématiquement remis aux patients dans toutes les unités. Le processus de notification des décisions d'admission et de maintien et l'information sur les droits et voies de recours spécifiques des patients en soins sans consentement doivent être améliorés.

---

<sup>1</sup> CGLPL, [Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé d'Evreux, nov. 2010](#) (en ligne).

Toutes les unités sont officiellement ouvertes à l'exception de l'unité fermée sécurisée et de l'unité pour adolescents. Dans les unités ouvertes, la liberté d'aller et venir est assurée sauf lorsque l'état de certains patients impose une fermeture temporaire des portes. Dans ces mêmes unités, il n'existe pas de restriction générale de principe aux droits des patients dans leur vie quotidienne.

Enfin, le registre d'isolement et contention ne permet pas d'obtenir une vision synthétique et réelle des pratiques, et devra être retravaillé pour être véritablement exploitable par les soignants et alimenter une réflexion sur ces pratiques. L'usage de l'isolement et de la contention n'est pas anecdotique puisque, selon les chiffres fournis, près que la moitié des patients en SSC ont été placés au moins une fois à l'isolement au cours de leur hospitalisation en 2021 et près de 16 % ont subi au moins une mesure de contention.

Il ressort des observations de la direction du NHN en réponse au rapport provisoire que l'établissement a engagé une réflexion pluridisciplinaire sur différentes thématiques évoquées dans le rapport, et qu'une partie des recommandations qui pouvaient être prises en compte à court terme l'ont été ou sont en voie de l'être.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

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

#### **BONNE PRATIQUE 1 ..... 29**

L'établissement met à disposition des patients un service gratuit et quasi-quotidien de lavage de leurs vêtements.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 30**

La situation des personnes démunies est prise en compte par l'existence de vestiaires bien dotés au sein des unités et d'un lieu, au niveau de la blanchisserie, prenant la forme d'une boutique d'habillement.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 52**

La possibilité d'une poursuite des soins somatiques en ambulatoire dans un CMP est un bénéfice pour les patients précarisés n'ayant pas désigné de médecin traitant, dans le déni des troubles ou lorsque le territoire est déserté par les praticiens.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 60**

Les formations dispensées par la cheffe du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent permettent d'accroître les compétences de l'équipe de l'UHA.

### RECOMMANDATIONS

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

#### **RECOMMANDATION 1 ..... 22**

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 24**

Tous les documents concernant un patient (décisions administratives, certificats médicaux en constituant la motivation, document d'informations et de notification) doivent lui être remis ou, en cas de refus, être conservés et laissés à sa libre disposition pour consultation sur simple demande.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 28**

Le revêtement endommagé des sols des unités d'hospitalisation et des locaux collectifs doit être changé pour garantir la sécurité des patients et du personnel.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 36**

Le CGLPL rappelle le principe de la liberté d'aller et venir, *a fortiori* pour les patients en soins libres. Une réflexion autour d'une surveillance des patients alliant sécurité et liberté d'aller et venir doit être engagée.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 37**

Les patients de l'unité fermée doivent pouvoir, par principe, conserver leur téléphone personnel à l'admission et au cours de leur séjour, sauf contre-indication médicale régulièrement réévaluée et pouvant fonder des restrictions proportionnées.

<b>RECOMMANDATION 6 .....</b>	<b>38</b>
Les patients de l’unité fermée doivent bénéficier, comme les autres, d’une télévision dans leurs chambres et d’un accès à Internet.	
<b>RECOMMANDATION 7 .....</b>	<b>38</b>
L’information sur la possibilité pour les patients de ne pas révéler leur présence à l’hôpital ou de préserver la confidentialité sur leur état de santé doit être assurée, leur volonté effectivement interrogée et tracée, et un protocole doit être établi pour la mise en œuvre de ces droits, y compris au niveau du standard général du NHN.	
<b>RECOMMANDATION 8 .....</b>	<b>41</b>
L’ensemble des chambres d’isolement doit comprendre un dispositif d’appel accessible au patient attaché, une horloge permettant de se repérer dans le temps et un miroir sécurisé. Les commandes de climatisation, d’électricité et de volets roulants doivent être accessibles au patient.	
<b>RECOMMANDATION 9 .....</b>	<b>42</b>
L’établissement doit se doter d’un registre des mesures d’isolement et de contention permettant une analyse des pratiques au plus près de la réalité.	
<b>RECOMMANDATION 10 .....</b>	<b>45</b>
Les décisions du JLD devraient être annoncées et explicitées par le juge au patient à l’issue de l’audience, même si elles sont rédigées et notifiées ultérieurement. Le juge doit informer le patient que sa décision est susceptible de recours et en détailler les modalités. Lors de la notification, une copie de la décision doit obligatoirement être remise au patient.	
<b>RECOMMANDATION 11 .....</b>	<b>49</b>
La coordination entre les soins proposés dans les unités d’hospitalisation et les unités ambulatoires doit être accrue afin d’améliorer la qualité des soins.	
<b>RECOMMANDATION 12 .....</b>	<b>50</b>
L’organisation actuelle en pôle départemental unique pour la psychiatrie adulte doit s’entourer d’espaces de réflexion et de supervision afin de garantir un accès aux soins diversifié.	
<b>RECOMMANDATION 13 .....</b>	<b>51</b>
La mise en chambre d’isolement avec ou sans pose de contention nécessite une surveillance médicale avec un examen somatique complet, relevant de la compétence du médecin généraliste, dont le résultat doit figurer dans le dossier du patient.	
<b>RECOMMANDATION 14 .....</b>	<b>52</b>
La prévention des maladies thrombo-emboliques, en cas de contention, doit être envisagée pour chaque patient en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d’un traitement anticoagulant.	
<b>RECOMMANDATION 15 .....</b>	<b>53</b>
Une réflexion doit être engagée sur l’organisation et la formalisation d’un accès spécialisé aux soins en addictologie.	
<b>RECOMMANDATION 16 .....</b>	<b>54</b>
La conciliation médicamenteuse, comme l’éducation thérapeutique sont des démarches de prévention et d’interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge du patient dans son parcours de soins ; l’établissement doit apporter son soutien aux professionnels en charge de leur mise en place.	

**RECOMMANDATION 17 ..... 55**

Le circuit de traitement de certains examens sanguins doit être évalué afin d’améliorer la rapidité des résultats dans un objectif de qualité et de sécurité des soins.

**RECOMMANDATION 18 ..... 56**

La recherche du consentement et de l’adhésion aux soins doit s’appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.

**RECOMMANDATION 19 ..... 56**

La prescription de traitement en « *si besoin* » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n’est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration.

**RECOMMANDATION 20 ..... 58**

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes mais dans des unités spécifiques, adaptées à leur âge et à leurs besoins, notamment en matière d’activités et de scolarité. En conséquence, il est urgent que des solutions soient dégagées, comme l’augmentation de la capacité de l’UHA, pour que tout enfant bénéficie d’une prise en charge spécialisée. Dans l’attente, aucun mineur ne doit être hébergé dans des chambres d’isolement des unités adultes.

**RECOMMANDATION 21 ..... 59**

Des réunions avec l’ensemble des acteurs concernés doivent se tenir afin de lever les difficultés avec le service d’aide sociale à l’enfance et éviter que des enfants se trouvent hospitalisés pour la seule raison d’absence de solutions de sortie.

**RECOMMANDATION 22 ..... 61**

L’unité d’hospitalisation pour adolescents doit bénéficier de l’intervention d’enseignants de l’Education nationale.

**RECOMMANDATION 23 ..... 64**

Les patients isolés doivent avoir accès à un dispositif d’appel des soignants accessible en situation de contention. Ils doivent pouvoir, de manière autonome, avoir accès à de l’eau, à un espace sanitaire et à des WC, actionner la lumière, les volets, aérer la pièce, se repérer dans le temps grâce à une horloge horodatée.

**RECOMMANDATION 24 ..... 65**

Le téléphone portable ne peut être retiré à tous les mineurs de façon générale et absolue. Le principe doit être son utilisation, sauf prescription médicale contraire, en lien avec les consignes des titulaires de l’autorité parentale, dans un cadre défini et sur des temps spécifiques permettant ainsi aux soignants d’accompagner les enfants dans l’utilisation de cet outil et de les éduquer au numérique et aux réseaux sociaux.

**RECOMMANDATION 25 ..... 66**

Toute mesure d’isolement, *a fortiori* de contention, d’un patient mineur doit être proscrite dès lors que, sauf dans l’hypothèse où le patient concerné est pris en charge au titre de soins sur demande du représentant de l’Etat (SDRE), elle est contraire à la loi. Considérant en outre qu’une telle mesure, y compris dans cette dernière hypothèse, est contraire à l’intérêt supérieur de l’enfant, le CGLPL recommande qu’il n’y soit jamais recouru.

En tout état de cause, aucune mesure d’isolement ou de contention ne doit être mise en œuvre sans que soient respectées les exigences de l’article L.3222-5-1 du code de la santé publique quant au contrôle juridictionnel de ces mesures.

**RECOMMANDATION 26 ..... 67**

Les mesures systématiques d’isolement à l’encontre des personnes détenues, qui ne sont motivées que par le statut pénal du patient et non son état clinique, doivent être proscrites.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>9</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>9</b>
<b>2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE .....</b>	<b>11</b>
<b>3. LA POLITIQUE DE L’ETABLISSEMENT .....</b>	<b>12</b>
3.1 L’établissement est au cœur du dispositif départemental de prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques .....	12
3.2 Le budget se traduit par des investissements d’amélioration limités .....	12
3.3 L’établissement met en œuvre une politique de recrutement du personnel attractive.....	13
3.4 Les événements indésirables font l’objet d’une attention particulière du service qualité .....	16
3.5 Le comité d’éthique est actif et se penche sur des sujets relatifs aux droits des patients .....	17
<b>4. LES MODALITES D’ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT .....</b>	<b>19</b>
4.1 La prise en charge des urgences psychiatriques départementales est assurée de manière cohérente et coordonnée .....	19
4.2 Les patients hospitalisés en soins sans consentement le sont majoritairement sur la base d’un seul certificat médical .....	21
4.3 Les patients en soins sans consentement sont insuffisamment informés de leurs droits.....	22
<b>5. LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>25</b>
5.1 Les patients sont hospitalisés dans des locaux de qualité .....	25
5.2 L’hygiène des patients est assurée .....	28
5.3 Les biens des patients sont protégés et leur sont accessibles .....	30
5.4 L’établissement est attentif à l’amélioration des repas proposés .....	31
<b>6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>34</b>
6.1 A part dans l’unité fermée sécurisée, la liberté d’aller et venir semble respectée .....	34
6.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont limitées .....	36
6.3 Les communications avec l’extérieur sont excessivement limitées pour les patients hospitalisés dans l’unité fermée.....	36
6.4 Le droit de vote est pris en compte par l’établissement mais les patients sont peu mobilisés .....	38
6.5 L’information relative à l’exercice du culte est donnée aux patients .....	38
6.6 La vie affective et sexuelle des patients commence à faire l’objet d’une réflexion collective .....	39

<b>7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT .....</b>	<b>40</b>
7.1 Les chambres d'isolement ne disposent pas de tous les équipements requis ...	40
7.2 Les réflexions institutionnelles sur les pratiques d'isolement et de contention ne semblent pas avoir encore infléchi significativement leur usage .....	41
<b>8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>43</b>
8.1 La commission départementale des soins psychiatriques exerce ses missions et les représentants des usagers sont impliqués dans les instances de l'établissement .....	43
8.2 Le contrôle du JLD est effectif .....	44
<b>9. LES SOINS.....</b>	<b>47</b>
9.1 Les soins psychiatriques reposent sur une organisation départementale centrée sur un unique pôle de psychiatrie adulte .....	47
9.2 Les soins somatiques sont globalement assurés mais des améliorations sont nécessaires.....	50
9.3 Les fins d'hospitalisation sont préparées, notamment grâce à des autorisations de sortie, y compris pour les patients en SDRE .....	55
9.4 Le consentement du patient aux soins n'est pas toujours recherché .....	56
<b>10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>57</b>
10.1 De nombreux mineurs font l'objet de décisions d'isolement et de contention et certains sont hospitalisés en unités pour adultes malgré l'existence d'une unité spécifique.....	57
10.2 Les patients détenus sont systématiquement hospitalisés en chambre fermée	66

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, cheffe de mission ;
- Dominique Bataillard ;
- Jean-François Carrillo ;
- Marie-Agnès Crédoz ;
- Maria de Castro Cavalli ;
- Augustin Laborde ;
- Pierre Levené ;
- Louisa Mathoux ;
- Marion Testud.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, neuf contrôleurs ont effectué une visite du nouvel hôpital de Navarre (NHN) – centre hospitalier spécialisé d’Evreux – situé 62, route de Conches – du 6 au 10 février 2023. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Il s’agissait d’une seconde visite, l’établissement ayant déjà été contrôlé en novembre 2010<sup>2</sup>.

Les contrôleurs sont arrivés à l’établissement à 11h30 ; une réunion de présentation de la mission a été organisée en présence d’une vingtaine de personnes dont le directeur, des directeurs adjoints, la présidente de la commission médicale d’établissement (CME), des médecins chefs de pôle et des cadres supérieurs de santé.

Le directeur de cabinet du préfet de l’Eure, le directeur départemental de l’agence régionale de santé (ARS), la présidente du tribunal judiciaire (TJ) d’Evreux et le procureur près ce tribunal ont été informés de la visite. Les contrôleurs ont rencontré le juge des libertés et de la détention (JLD) chargé du contrôle des mesures d’hospitalisation en soins sans consentement et des mesures d’isolement et de contention.

Une salle de travail a été mise à la disposition des contrôleurs. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités d’hospitalisation. Les contrôleurs ont pu s’entretenir avec de nombreux patients, des membres du personnel de santé, des agents de l’administration et des intervenants extérieurs exerçant sur le site.

Une réunion de restitution s’est tenue le 10 février à 13h30 en présence du directeur du centre hospitalier et d’un auditoire sensiblement équivalent à celui ayant assisté à la réunion de présentation.

<sup>2</sup> CGLPL, [Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé d’Evreux, nov. 2010](#) (en ligne).

Un rapport provisoire a été adressé au directeur du NHN, aux autorités judiciaires, à l'agence régionale de santé de Normandie et à la préfecture de l'Eure pour une période d'échange contradictoire d'un mois. Seule la direction de l'établissement a transmis ses observations au CGLPL ; elles sont intégrées au présent rapport définitif dans une police spécifique.

## 2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

Les évolutions législatives relatives aux soins sans consentement (SSC), la construction de nouveaux bâtiments d'hospitalisation, ainsi que les changements intervenus depuis la précédente visite dans l'organisation sectorielle du département et dans les prises en charge, ont justifié que l'établissement fasse l'objet d'un contrôle ne prenant pas en compte les observations formulées en 2010.

### 3. LA POLITIQUE DE L’ETABLISSEMENT

#### 3.1 L’ETABLISSEMENT EST AU CŒUR DU DISPOSITIF DEPARTEMENTAL DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Le NHN prend en charge l’ensemble des patients des secteurs de psychiatrie générale adulte et de pédopsychiatrie de l’Eure. En effet, les secteurs dépendant des centres hospitaliers (CH) de Bernay et Vernon ont été respectivement transférés au NHN en 2012 et 2013.

L’établissement est en situation de quasi-monopole sur son territoire : les deux cliniques privées du département attirant essentiellement des patientèles originaires de la région parisienne et de Rouen et ses environs. De plus, la démographie médicale libérale du département est défavorable tant au niveau des médecins généralistes que des spécialistes, notamment psychiatres ; le seul recours de soins étant, dans de nombreuses zones, l’hôpital ou le centre médico-psychologique (CMP).

Si la sectorisation perdure, le dispositif de soins s’organise autour du parcours du patient et s’articule autour de trois pôles cliniques : un pôle départemental de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent (cf. § 10.1), un pôle départemental de psychiatrie adulte et un pôle somatique et de réadaptation (cf. § 9.2).

L’établissement compte 288 lits d’hospitalisation répartis dans :

- 5 unités d’admission de 25 lits chacune ;
- 3 unités de long cours de 25 lits chacune ;
- 3 unités spécialisées « transversales » : 1 unité pour troubles anxio-dépressifs et troubles du comportement alimentaire (21 lits) ; 1 unité fermée sécurisée (15 lits) ; 1 unité de préparation à la sortie (21 lits) ;
- 1 centre d’accueil et de crise (CAC) de 9 lits d’hospitalisation de courte durée, situé au CH général d’Evreux ;
- 1 unité d’hospitalisation pour adolescents (UHA) de 8 lits ;
- 1 unité d’hospitalisation psychiatrique de courte durée (UHPCD) située au CH de Vernon (qui n’accueille jamais de patients en soins sans consentement). Les contrôleurs ne s’y sont pas déplacés.

L’offre extra hospitalière compte une soixantaine de structures de soins dont, pour la psychiatrie adulte, 11 centres médico-psychologiques (CMP), 9 centres d’accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et 5 hôpitaux de jour (HDJ).

#### 3.2 LE BUDGET SE TRADUIT PAR DES INVESTISSEMENTS D’AMELIORATION LIMITES

La situation budgétaire du Nouvel hôpital de Navarre (NHN) se traduit par une sous-dotation chronique comparativement à d’autres établissements et au regard du nombre de patients accueillis<sup>3</sup>. Ainsi, son projet médical 2020-2024 relevait qu’en Haute-Normandie, la dotation annuelle de financement (DAF) était inférieure à la moyenne nationale et que celle du NHN n’avait pas évolué depuis 2012<sup>4</sup>. Cette situation considérée comme un héritage historique de la

<sup>3</sup> Population de référence : 601 948 habitants.

<sup>4</sup> Projet médical 2020-2024, Nouvel hôpital de Navarre, septembre 2019.

réforme de financement de la psychiatrie s'est traduit, jusque-là, par l'absence de rebasage global même si ce constat est à tempérer par l'attribution de financements complémentaires.

En termes d'investissement, les années à venir seront marquées, au titre du « Ségur de l'investissement », par le financement de la reconstruction des sites extrahospitaliers les plus vétustes<sup>5</sup> pour un montant de 24,5 millions d'euros. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)<sup>6</sup> fait apparaître sur la période 2022-2032 un résultat prévisionnel du compte de résultat principal déficitaire jusqu'en 2026 avant de redevenir excédentaire à partir de 2027. A cette date, le solde ressources – emplois du tableau de financement prévisionnel redevient positif<sup>7</sup>. Au titre de la réforme du financement de la psychiatrie, l'établissement espère bénéficier d'une dynamique favorable par une prise en compte de la variable socio-démographique, attendue en 2024-2025<sup>8</sup>.

Bien que disposant de marges de manœuvre réduites, le nouvel hôpital de Navarre procède à quelques améliorations au profit des conditions de séjour des patients. Ainsi, les chambres ont été équipées de téléviseurs. Pour 2023, le plan d'investissement courant s'établit à 1 310 000 euros. Il comprend une enveloppe « d'investissement du quotidien » de 130 000 euros fléchée par l'ARS, en partie dédiée à l'installation de chambres d'apaisement dans les unités au long cours, à la végétalisation des terrasses et des patios ainsi qu'au projet multimédia de l'unité d'hospitalisation pour adolescents (UHA). Une enveloppe de 200 000 euros doit être consacrée au renouvellement de véhicules<sup>9</sup>. Bien qu'il ait été indiqué que les conditions de vie des patients ne seraient pas impactées, le montant prévu pour les investissements courants est contraint au regard des besoins et des mises à niveau réglementaires. Il en est de même pour le développement de solutions alternatives à l'isolement et à la contention.

En termes de fonctionnement courant, la préoccupation actuelle de l'établissement porte sur le montant de l'inflation qui devrait impacter les dépenses à caractère médical et les dépenses hôtelières avec une forte augmentation pour l'énergie (+ 1 100 000 en 2023). Le financement des activités, tant au centre d'activité thérapeutique interservices (CATIS) que dans les unités, a été assuré en 2022. Pour ces dernières, le retour des demandes des unités de soins, pour 2023, n'était pas parvenu mais il a été indiqué qu'elles devraient être reconduites.

### 3.3 L'ETABLISSEMENT MET EN ŒUVRE UNE POLITIQUE DE RECRUTEMENT DU PERSONNEL ATTRACTIVE

#### 3.3.1 Les effectifs

L'effectif des médecins exerçant en psychiatrie est pratiquement complet, il compte 50 % de praticiens hospitaliers et 50 % de médecins étrangers en parcours de consolidation des

---

<sup>5</sup> Neuf projets concernés.

<sup>6</sup> EPRD 2023 et PGFP « Ségur de l'investissement », Instances de décembre 2022.

<sup>7</sup> Le tableau de financement prévisionnel met en évidence une variation négative du fonds de roulement net global (FNRG) de 2023 à 2026.

<sup>8</sup> En 2024-2025, les critères de répartition de dotation populationnelle devront être fixés par l'agence régionale de santé (ARS), sur avis du comité d'allocation des ressources, en fonction des variables socio-démographiques, le territoire de l'Eure étant actuellement sous-doté au niveau régional.

<sup>9</sup> De manière positive, il a été observé la présence d'un véhicule léger dans chaque unité de soins. Dans celles de long cours, il permet notamment de conduire les patients à leurs rendez-vous et à certaines activités extérieures.

compétences. Ce recrutement initié et favorisé depuis plusieurs années par le chef de pôle, s'appuie sur une politique d'établissement forte en termes d'attractivité pour ces candidats. Ces jeunes praticiens sont accompagnés par un programme de formation et dans les différentes démarches administratives. Ils bénéficient à leur arrivée d'un hébergement gratuit afin de faciliter leur implantation. Ce parcours existe depuis 2015 et, au moment de la visite, cinq des six médecins accueillis en 2020 exercent toujours au sein de l'établissement.

Les 45 ETP (22 praticiens en ambulatoire et autant en intra hospitalier) sont pourvus mais seul 50 % de l'effectif médical a compétence pour signer les certificats médicaux.

Trois internes étaient en poste au cours de la visite ainsi qu'un médecin junior.

Le déficit de temps médical porte sur les temps de médecin généraliste avec un effectif montrant un manque de 2,4 ETP.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « En 2020, l'effectif des médecins au sein du pôle somatique était de 3 ETP, correspondant aux effectifs budgétés dans le cadre de l'EPRD. Dans l'optique d'une meilleure prise en compte des problématiques somatiques et afin d'accroître la présence au sein des unités, il a été décidé de porter cet effectif à 4 ETP en 2021, avec le recrutement d'un praticien supplémentaire. Lors de la visite du CGLPL, l'effectif présent était de 3,2 ETP sur 4 (manque de 0,8 ETP) en raison de l'absentéisme de 2 praticiens. Pour faire face à cette difficulté, un temps de 0,4 ETP de praticien attaché a été créé, et ce praticien était en exercice lors de la visite du CGLPL (2,8 ETP + 0,4 ETP). L'établissement, n'ayant alors aucune visibilité quant à la reprise des deux praticiens absents, a validé le recrutement de deux stagiaires associés fin 2022. Cette décision a été prise aussi dans une logique d'accompagnement du pôle, afin que les praticiens non-inscrits à l'ordre des médecins et lauréat des EVC puissent réaliser des parcours de consolidation des compétences dans d'autres structures en vue de leur inscription à l'ordre des médecins. Ces nouveaux recrutements visent à maintenir un effectif minimum de fonctionnement pour le pôle somatique lors de la réalisation de ces parcours et en cas d'absentéisme. À ce jour, l'effectif total est de 5,6 ETP, avec un effectif présent de 5,4 ETP. Ces données sont hors temps odontologie (0,2 ETP) et hors temps interne (0,2 ETP) ».*

Il n'existe pas de difficultés pour le recrutement des aides-soignants.

Les difficultés concernent essentiellement le recrutement infirmier. Sont avancés le constat d'un certain nomadisme et une réticence de la part des agents à s'engager dans une carrière au long court à la sortie de leurs études. L'effectif infirmier ne permet pas la constitution d'un pool de remplacement.

Dans les unités de 25 lits, l'effectif soignant est arrêté à 14 infirmiers et 10 aides-soignants. Ces effectifs étaient globalement respectés au moment de la visite bien que certaines unités soient confrontées à un fort absentéisme.

Le personnel a choisi majoritairement un travail en douze heures avec deux à trois infirmiers en journée et deux aides-soignants, soit cinq professionnels par rotation.

La mise en place du logiciel *Hublo* permet aux cadres de faire appel à des heures supplémentaires pour les remplacements des professionnels absents ou en arrêt.

Pour le temps des vacances, des postes de vacataires sont proposés aux étudiants en fin de cursus professionnel et ayant fait leur stage dans les unités.

Les équipes de nuit sont dédiées et composées d'un poste d'infirmier et d'un poste d'aide-soignant, sauf à l'unité fermée sécurisée où l'équipe de nuit compte deux infirmiers et un aide-soignant.

Ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, art thérapeutes, éducateurs sportifs, psychomotricien sont présents dans les services et accompagnent les soignants dans les prises en charge avec médiation des activités thérapeutiques.

L'établissement s'est également engagé dans la formation de deux infirmiers en pratique avancée. Leurs projets, dont l'un repose sur la prise en charge des patients chroniques en CMP, doivent être consolidés à leur retour de formation.

### 3.3.2 La formation du personnel

Le plan de formation a été réalisé avec l'ensemble des professionnels et validé par les instances. De nombreuses formations sont proposées en plus des quelques formations obligatoires comme les gestes d'urgence et la formation incendie. Une formation aux droits des patients existe mais elle n'est pas obligatoire.

Il n'existe pas de formation organisée par l'établissement pour les nouveaux arrivants. Les formations thématiques se font en fonction des disponibilités des agents. Un projet de mise en place d'un dispositif d'accompagnement à la professionnalisation en psychiatrie (DAPP) avec un programme socle sur deux ans pour les nouveaux arrivants (plusieurs modules dont entretien infirmier, droit des patients, désescalade et prévention des violences) était en cours d'élaboration au moment de la visite.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Dès 2023, la journée d'accueil des nouveaux arrivants s'est remise en place au sein du NHN, à raison d'une session le 16 novembre 2023 et deux sessions prévues pour 2024 (celle du 15 février d'ores-et-déjà réalisée et une programmée le 13 juin). Par ailleurs et conformément à ce qui avait été annoncé lors de la visite du CGLPL, le DAPP (dispositif d'accompagnement et de professionnalisation en psychiatrie) a aussi redémarré dès octobre 2023, et deux sessions prévues sur 2024 (février et octobre). Les premières sessions de 2023 ont aussi permis de réajuster les programmes pour inclure les professionnels non soignants du NHN (administratifs, logistiques...) au dispositif, et leur proposer une thématique sur les droits des patients et les aspects réglementaires des soins sans consentement ».*

### 3.3.3 L'attractivité

La politique d'attractivité des soignants repose sur des rencontres avec les écoles limitrophes avec présentation de l'établissement et des séances de *job dating*. Un projet de remise en place d'allocations d'étude dont six contrats va être proposé. Enfin, pour tenter de fidéliser les agents, la période contractuelle est réduite à son minimum avant la titularisation.

L'établissement met à la disposition des agents de nombreux services comme des séances de réflexologie faciale, des séances d'ostéopathie sur prescription du médecin du travail dans le cadre de la prévention des TMS (troubles musculosquelettiques), une conciergerie, *La Minut'Rit*, avec deux permanences par semaine de 16h à 17h30 pour de menus services afin d'améliorer la qualité de vie au travail (repassage, dépôt de pressing, paniers fruits et légumes, etc.). Un psychologue et une assistante sociale peuvent être sollicités et sont rattachés au service de santé au travail.

### 3.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES FONT L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIERE DU SERVICE QUALITE

Le département qualité, directement rattaché à la direction générale de l'hôpital et placé sous la responsabilité d'une ingénieure hospitalière, assure le traitement des événements indésirables (EI).

Il revendique une approche qui se veut en prise avec le terrain et pragmatique. A ce titre, il veille à observer et évaluer les pratiques, et à faire de la pédagogie auprès des agents, qu'il cherche à impliquer le plus possible dans la démarche qualité, notamment par l'organisation, tout au long de l'année, de diverses actions de sensibilisation (journées thérapeutiques, semaine de la sécurité des patients, cafés-débats, rencontres éthiques, etc.).

Les agents sont invités à signaler tout ce qui relève selon eux d'un dysfonctionnement, la qualification d'événement indésirable incombant au seul service qualité, à l'aune du critère central que constitue l'existence d'un risque pour le patient ou l'établissement.

Les EI sont renseignés sur un logiciel *ad hoc*, *Bluekango*, en fonction depuis septembre 2022, après un changement de logiciel visant à simplifier la déclaration par les agents et à faciliter leur accès à l'information sur les suites données à leurs signalements. Cette nouvelle plateforme est, de l'avis de tous, nettement plus fonctionnelle.

En 2022, 658 EI ont été enregistrés, dont 90 % ont donné lieu à une réponse (contre 72 % des 464 signalements effectués en 2021) ; en janvier 2023, 22,34 % de ces signalements avaient été traités, 62,77 % étaient en attente de traitement et 14,98 % en cours d'analyse. Les données chiffrées contenues dans le bilan d'activité<sup>10</sup> semblent par ailleurs indiquer une réduction significative des délais de traitement des EI depuis la mise en fonction du logiciel *Bluekango* (57,14 % des 231 signalements effectués après le 27 septembre 2022 traités en janvier 2023). 28 % des EI signalés en 2022 concernaient des faits d'agression ou de violences (contre 21 % en 2021).

Chaque agent peut utiliser le logiciel de manière autonome, sans intervention de sa hiérarchie ; cette autonomie permet par exemple aux équipes de nuit de déclarer sans délai tout incident. Le logiciel ne permet pas, en revanche, la déclaration anonyme. Chaque déclaration reçoit une réponse.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Techniquement, le logiciel offre cette possibilité d'anonymisation. Les déclarations d'événements indésirables ne sont pas anonymes pour en faciliter le traitement. Seules les personnes directement concernées par la situation et/ou expertes du sujet sont destinataires de l'événement, afin de pouvoir y apporter une réponse. Une charte de confiance et d'incitation à la déclaration signée du directoire est diffusée à l'ensemble des professionnels. Elle rappelle les principes de traitement des événements indésirables et promeut une culture positive de la déclaration des événements indésirables axée sur le retour d'expérience et l'apprentissage suite à une erreur/dysfonctionnement ».*

Tous les « événements significatifs », c'est-à-dire graves et devant être signalés à l'ARS (car soumis à déclaration obligatoire) ou susceptibles d'affecter le fonctionnement de

<sup>10</sup> Document intitulé « Bilan d'activité – Présentation aux instances et en copil qualité déc. 2022-Janv 2023 ».

l'établissement, font systématiquement l'objet d'un retour d'expérience (RETEX) mené par la cellule qualité. Tous les autres EI peuvent quant à eux faire l'objet d'un RETEX à la demande de l'équipe concernée.

En 2021, 3 EI graves ont été déclarés à l'ARS (deux suicides et un incendie), et 10 EI ont fait l'objet d'un RETEX sur des « situations jugées significatives ». En 2022, aucun EI n'a été déclaré à l'ARS et 14 EI ont donné lieu à des RETEX.

Depuis septembre 2020, les RETEX ont lieu selon des modalités qui font une grande place aux échanges individuels avec les agents concernés ou qui en font la demande et témoignent de la volonté de permettre à tous les acteurs impliqués de s'exprimer et de s'investir dans la prévention des situations à risque. Dans tous les cas, le compte-rendu du RETEX est à la disposition de toute l'équipe concernée par l'événement en cause. Les RETEX se font par unités, mais une synthèse en est faite à destination de l'ensemble du personnel de l'établissement.

Par ailleurs, le département qualité fait état de l'expérimentation, en cours au moment de la visite, d'un dispositif trimestriel de « retour sur les EI de manière anonyme » dans les unités : le service qualité passe dans chaque unité et revient avec les équipes sur les événements indésirables ayant concerné l'unité, en évoquant uniquement les faits et les suites données au signalement correspondant. Il fait état de retours très positifs et prévoit de pérenniser le dispositif.

S'agissant en particulier des violences, la consigne est que tout acte de violence doit impérativement être signalé, quel qu'il soit, ce qui permet notamment d'en connaître le nombre par unité. Toute déclaration de violence donne lieu à une prise de contact du département qualité avec l'agent déclarant et sa hiérarchie. Le service qualité souligne l'intérêt de l'approche consistant à faire remonter tout fait de violence, même « mineur », qui donne lieu à toutes sortes de questionnements et réflexions bénéfiques à tous les niveaux. C'est de cette manière, par exemple, que serait née la réflexion sur l'opportunité de prévoir des chambres d'apaisement dans toutes les unités.

Les membres du personnel entendus dans les unités confirment l'évolution positive depuis le changement de logiciel et l'investissement du service qualité dans la prise en charge des événements indésirables, notamment s'agissant des RETEX.

Selon les unités, les membres du personnel rencontrés font état d'une ambiance plus ou moins sereine, d'un sentiment d'insécurité plus ou moins fort. De fait, le nombre d'incidents est très variable d'une unité à l'autre, de même que la « culture de la déclaration » : dans certaines unités le moindre incident fait l'objet d'un signalement, tandis que dans d'autres les déclarations portent uniquement sur les incidents marquants ou les violences physiques caractérisées. Une harmonisation dans les remontées des EI serait souhaitable.

### 3.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST ACTIF ET SE PENCHE SUR DES SUJETS RELATIFS AUX DROITS DES PATIENTS

Le comité d'éthique, composé de 23 membres, se réunit quatre fois par an. Y participent des membres de la direction, des représentants de la communauté médicale (médecins, soignants et paramédicaux), des représentants des usagers, le service social et le mandataire judiciaire. Un expert est invité permanent.

Le comité s'empare régulièrement de sujets relatifs aux droits fondamentaux des patients hospitalisés. A titre d'exemples, en 2022, il a organisé un « *café éthique sur la vie affective et la*

*sexualité en psychiatrie* » et lancé une « *enquête sur les mesures restrictives de libertés* » au sein des unités d'hospitalisation.

Le comité d'éthique conduit ses travaux en partenariat avec l'EREN (espace de réflexion éthique de Normandie), rattaché au CH de Caen.

Les travaux du comité d'éthique font l'objet d'une communication auprès de la CME. Il est à noter que les travaux du comité sont connus dans les unités notamment grâce à la forte représentation de soignants dans celui-ci.

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

### 4.1 LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES DEPARTEMENTALES EST ASSUREE DE MANIERE COHERENTE ET COORDONNEE

Le service d'urgences psychiatriques du NHN comprend un centre d'accueil de crise (CAC), créé en 2010, et un dispositif d'accueil et d'orientation (DAO), créé en 2017, dont les locaux sont situés au sein du CH d'Évreux. Ces deux structures constituent un dispositif complet d'accueil et d'orientation téléphonique des urgences psychiatriques pour l'ensemble du département.

L'équipe soignante des urgences psychiatriques intervient dans les deux services, CAC et DAO, et se compose d'une vingtaine de professionnels : dix-sept infirmiers, trois aides-soignants, une assistante médicale administrative et un cadre. Quatre infirmiers ont été formés à la réponse téléphonique pour le DAO. Il n'y a pas de temps de psychologue ni d'assistante sociale : les temps prévus initialement pour ces professionnels ont été transformés en temps infirmiers pour l'ouverture du DAO. Les agents d'entretien, les circuits du linge et de la restauration sont pris en charge par l'hôpital général d'Évreux.

L'ensemble de l'équipe travaille en 12 heures. En journée cinq soignants, dont trois infirmiers et deux aides-soignants, assurent les activités du CAC et du DAO ; la nuit, deux infirmiers sont présents. Il n'y a pas d'équipe de nuit spécifique.

Un staff se tient tous les matins, il n'y a que très rarement des réunions de service.

L'équipe médicale comprend 4,5 équivalents temps plein médical. La présence médicale est assurée du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi matin par un médecin de l'équipe. Le reste du temps, la ligne de garde sur place du CAC et du DAO prend le relais de 18h30 à 8h30 en semaine et assure la permanence de soin, le week-end de 13h à 8h et de 8h à 8h les dimanche et jours fériés (cf. § 9.1).

La crise suicidaire représente 70 % des motifs de consultation et 90 % des demandes d'avis émanent des urgences.

Le parcours du patient suicidaire est clairement défini avec le plus souvent un retour à domicile accompagné de consultations post critiques ou de rendez-vous au CMP de secteur. Lors de tout passage à l'acte suicidaire une inclusion au dispositif *VigilanS* est réalisée après l'accord du patient.

Si l'état du patient le nécessite, une prise en charge hospitalière plus longue est organisée vers le NHN ou éventuellement des structures privées. En fonction de la clinique du patient, l'orientation se fera au NHN vers l'unité Tulipier Pourpre, spécialisée dans le soin aux personnes présentant des troubles anxiodépressifs, ou dans l'unité d'admission sectorielle.

La durée moyenne de séjour au CAC est de 2,3 jours et le taux d'occupation des neuf lits de 93 % sur les onze premiers mois de l'année 2022.

Parmi les 1 745 entrées en hospitalisation au CAC, 835 (47 %) ont donné lieu à des mutations vers les unités d'admission du NHN.

#### 4.1.1 Le centre d'accueil et de crise (CAC)

Le service est ouvert 24 heures sur 24 heures, sept jours sur sept, et reçoit les patients nécessitant des soins psychiatriques en urgence. Les hospitalisations éventuelles sont de très courte durée, 72h au maximum ; certaines peuvent exceptionnellement être prolongées.

Il est situé à proximité immédiate du service des urgences générales et des urgences pédiatriques. La circulation est aisée et les portes et couloirs d'accès sont grand ouverts entre les trois services ; ils peuvent néanmoins être fermés afin d'éviter les intrusions de personnes étrangères au service et les déambulations de certains patients agités.

Ce service ouvert compte neuf chambres individuelles dotées d'une salle d'eau, d'un téléviseur, d'un coffre pour les affaires personnelles et pourvues d'un bouton d'appel. Le service héberge également un secrétariat, une pharmacie, un bureau infirmier et un bureau médical, ainsi qu'un espace permettant d'accueillir les familles. L'ensemble est propre et bien entretenu.

La prise en charge psychiatrique des mineurs aux urgences générales est effectuée par l'équipe de liaison de pédopsychiatrie et, en cas d'absence de cette dernière, par l'équipe de psychiatrie de liaison adulte dépendant du CAC. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, après évaluation par les équipes de liaison adultes ou de pédopsychiatrie, certains jeunes patients âgés de plus de 15 ans et trois mois peuvent être accueillis au CAC. D'autres sont pris en charge en pédiatrie ou peuvent être admis, après négociation et selon des protocoles très détaillés dans l'unité d'hospitalisation des adolescents (cf. § 10.1). Après évaluation, en cas de nécessité absolue d'une hospitalisation au NHN, les jeunes patients sont accueillis dans l'une des unités d'admission.

Les personnes détenues (cf. § 10.2) ne passent pas par cette unité. Elles arrivent aux urgences générales, sont examinées par les médecins urgentistes et l'équipe de psychiatrie de liaison et sont directement orientées vers l'unité fermée sécurisée (UFS), située dans le pavillon Érable Pourpre du NHN, au moyen d'une ambulance privée avec un accompagnement de deux soignants. En cas de nécessité le médecin demande, dans le certificat médical, la présence d'une escorte. Le patient détenu reste aux urgences somatiques le temps des démarches administratives réalisées par l'équipe du DAO.

Les neuf lits n'accueillent que des patients en soins libres mais l'équipe accompagne et organise les soins sans consentement. Ce temps d'organisation, parfois un peu long, peut donner lieu à un bref séjour au CAC. Les personnes peuvent alors être sédâtées pendant deux ou trois heures en attendant le transfert vers le NHN. Pendant ce laps de temps, elles sont installées en chambre à proximité de l'office infirmier pour une surveillance. Si leur état nécessite une contention, celle-ci sera faite sur un brancard placé en chambre au plus près de l'office infirmier pour une surveillance rapprochée ; cette mesure est uniquement tracée dans le dossier patient. Il n'y a pas de chambre d'isolement aux urgences ni au CAC.

La psychiatrie de liaison est effectuée par l'équipe du CAC qui reçoit également les mineurs en dehors des horaires de fonctionnement de l'équipe de liaison de pédopsychiatrie. Elle assure également les consultations post crise ou post suicidaire dans l'attente d'un relais par les équipes des CMP.

Des consultations en addictologie sont réalisées au sein du CAC par l'équipe de liaison en addictologie (ELSA) du CH d'Évreux.

#### 4.1.2 Le dispositif d'accueil et d'orientation

Les locaux du DAO, situés à proximité du CAC, sont composés d'un grand bureau, avec deux postes informatiques, où les infirmiers prennent les appels téléphoniques et d'un bureau médical.

Cette unité assure la gestion des lits. Il s'agit d'une plateforme téléphonique qui gère toutes les demandes d'hospitalisation psychiatriques du département. Le numéro de téléphone unique a

été diffusé à l'ensemble des professionnels (régulation du SAMU, médecins généralistes, personnels de santé, hôpitaux périphériques, EHPAD, pompiers, forces de l'ordre, etc.).

L'accueil téléphonique fonctionne 24 heures /24 et 7 jours /7.

Les infirmiers recueillent les informations, effectuent une orientation et pilotent l'hospitalisation avec la recherche de lit disponible. Le DAO est relié au dispositif informatique du NHN et accède à la liste des lits vacants en temps réel. Les soignants accompagnent téléphoniquement les professionnels et vérifient la conformité des hospitalisations sous contrainte (validité des certificats, etc.). Un médecin présent sur place valide les procédures et orientations. La sectorisation pour le choix d'une place dans les unités est respectée dans la mesure des disponibilités. La recherche d'une éventuelle chambre d'isolement est également effectuée par l'équipe.

En journée, week-end et jours fériés compris, c'est un infirmier physiquement posté au DAO qui assure la permanence ; en revanche, la nuit, l'appel est traité par l'équipe de nuit du CAC.

## 4.2 LES PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS SANS CONSENTEMENT LE SONT MAJORITAIREMENT SUR LA BASE D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL

### 4.2.1 L'activité de psychiatrie générale

Les chiffres communiqués pour les années 2019, 2020 et 2021, qu'ils concernent la file active globale, la part des hospitalisations à temps complet ou de celles en soins sans consentement, laissent apparaître une relative stabilité dans le temps. Quand il y a lieu de les comparer à ceux d'autres établissements de santé mentale, ils se situent généralement dans les moyennes nationales. Plusieurs données illustrent ce propos :

Sur les trois années précédant le contrôle, la file active globale du NHN est stable : 16 674 personnes ont ainsi été accueillies en 2019, pour 15 457 en 2020 et 16 683 en 2021.

De même, la proportion d'hospitalisations à temps complet par rapport à la file active globale demeure presque identique, entre 13 % et 15 %. Le nombre de patients admis en hospitalisation à temps complet, qui s'élevait à 2 286 en 2020 (14,7 %) était de 2 210 en 2021 (13,2 %), le reste des patients étant pris en charge en ambulatoire.

La durée moyenne d'hospitalisation par patient dans les unités du pôle de psychiatrie adulte s'établit à 55 jours sur les deux dernières années.

### 4.2.1 Le suivi et l'évolution des procédures de soins sans consentement

Le nombre de patients admis en soins sans consentement demeure presque le même au fil des ans. Ainsi, en 2021, 679 patients ont été admis dans ce cadre, tous statuts confondus ; ils étaient 675 en 2020 et 699 en 2019.

Rapportée à la file active totale, la part des patients hospitalisés en soins sans consentement représente environ 4 % sur les trois années précédant le contrôle. Rapportée à la totalité des hospitalisations à temps complet, elle représente 30 %.

Les patients admis en SSC sur la base d'un seul certificat médical sont largement majoritaires. Ainsi, en 2021, 84 % des patients hospitalisés en SSC sont entrés à l'hôpital sous le statut de soins à la demande d'un tiers en urgence (44 %) ou au regard d'un péril imminent (40 %).

Les procédures de soins à la demande d'un tiers (SDT) ou sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sont donc minoritaires (respectivement 7,5 % et 8,5 %). Les SDRE représentent moins d'une mesure sur dix.

Il est rappelé que les admissions sur la base d'un seul certificat médical sont supposées être l'exception, et celles sur la base de deux certificats la règle. Ces dernières, quoique plus contraignantes à mettre en place, présentent en effet une garantie de protection des droits des patients supérieure.

### RECOMMANDATION 1

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « L'hospitalisation sans consentement est souvent mise en œuvre en situation de crise et ne permet pas toujours de recourir à une mesure de soins sur demande d'un tiers (SOT - Cas général impliquant deux certificats médicaux). Cependant, face au constat d'un faible recours aux mesures de SOT en 2022, des actions de sensibilisation ont été entreprises avec le soutien du chef de pôle de psychiatrie adulte. Ces initiatives ont conduit à une augmentation significative des SOT en 2023, avec une hausse de 196 %, passant de 28 à 83 mesures. Parmi les mesures de soins sur décision du directeur (SDT, SDTU et SPI), la proportion des SOT est passée de 4,2 % à 12,5 %. Aussi, l'intégration de praticiens inscrits à l'ordre des médecins au Centre d'Accueil et de Crise (CAC) pourrait permettre une amélioration des résultats. Cependant, les défis liés à la démographie médicale n'ont pas permis d'envisager cette possibilité jusqu'à présent. En 2024, un praticien inscrit à l'ordre exercera effectivement au CAC, ouvrant ainsi de nouvelles perspectives pour mieux recourir en fonction des situations aux mesures de SDT 2 certificats (L.3212-1 du CSP) ».*

#### 4.2.2 L'occupation des unités

En 2021, le taux moyen d'occupation des lits était de 96 % ; il varie d'une unité à l'autre, certaines étant chroniquement suroccupées. Des solutions, temporaires, doivent parfois être trouvées comme le transfert dans une autre unité. L'établissement rencontre également fréquemment des difficultés à maintenir un lit miroir en cas d'utilisation de la chambre d'isolement et il arrive parfois qu'une chambre d'isolement doive être utilisée en chambre hôtelière. Tel était le cas dans l'unité « Erable pourpre » au moment de la visite.

### 4.3 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT INSUFFISAMMENT INFORMES DE LEURS DROITS

#### 4.3.1 Information générale

L'établissement dispose d'un règlement intérieur dont la dernière mise à jour date du 19 août 2022. Ce règlement, de 137 pages, est très complet et précise, au chapitre 8, les dispositions légales concernant les soins psychiatriques sans consentement ; les unités n'en possèdent pas un exemplaire mais peuvent s'en procurer sur demande des patients.

Un livret d'accueil est remis au patient lors de son arrivée – soit en main propre par l'infirmier qui le prend en charge, soit par dépôt dans la chambre par les agents des services hospitaliers – dans la plupart des unités mais pas dans toutes. Les contrôleurs ont recueilli quelques témoignages de patients qui estimaient ne pas avoir été suffisamment informés oralement des règles de vie. Ce livret est clair, très complet, et donne les informations nécessaires sur les services à disposition des patients durant leur hospitalisation, les repas, les horaires de visite, les interdictions diverses, l'équipe soignante, les sorties. Il donne au surplus avec simplicité et pédagogie des informations sur les différents modes d'hospitalisation et les droits et les devoirs des patients qui en découlent. Y est joint un recueil de 15 fiches annexes, chacune explicative de l'organisation de l'hôpital tels par exemple son organigramme, le rôle de la commission des usagers (CDU), du conseil de surveillance, les modalités de gestion et de retrait des dépôts, la protection des données à caractère personnel et diverses adresses utiles au patient et à sa famille. Un accusé de réception est présenté au patient pour signature ; le refus ou l'impossibilité de le signer est attesté par le paraphe de deux professionnels.

Chaque unité dispose de règles de vie spécifiques qui ne sont que rarement formalisées sous forme de document écrit et affiché. Selon les informations recueillies, ces règles sont exposées oralement par les soignants à l'admission des patients puis régulièrement reprises et discutées avec eux.

#### 4.3.2 Information spécifique des patients en soins sans consentement

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique prévoit que chaque personne faisant l'objet de soins psychiatriques contraints doit être informée, dans la mesure où son état le permet, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes.

A cette fin, un document d'informations est supposé être remis, contre émargement, au patient admis en SSC dans l'établissement lors de la notification de la décision d'admission (qu'elle émane du représentant de l'Etat ou du directeur de l'établissement) ; complet et très compréhensible, ce document décline l'ensemble des droits énoncés par cet article L. 3211-3.

Cependant, ce document ainsi que la copie des décisions d'admission ou des décisions ultérieures ne sont pas remis aux patients dans de nombreuses unités ou seulement à la demande expresse de ces derniers.

Par ailleurs, les certificats médicaux sur lesquels se fondent des décisions du directeur ou les arrêtés du préfet ne sont jamais joints à la notification, alors même que ces décisions ne reprennent pas les termes de ces certificats.

Le personnel soignant, bien que regrettant n'avoir qu'une connaissance imparfaite du droit des patients, a certes précisé aux contrôleurs s'efforcer de prendre le temps d'expliquer « *au mieux* » au patient la particularité de son statut juridique, « *bien que ce dernier ne s'y intéresse guère* ». Les médecins rencontrés ont également déclaré donner des explications les plus claires possibles au patient lors de la rédaction des certificats médicaux, tout en admettant ne tracer que de manière très lacunaire le recueil des observations éventuelles de celui-ci – de telle sorte qu'à l'examen des dossiers, les contrôleurs n'ont pas trouvé trace d'observations qui auraient permis de s'assurer de la complète information du patient sur son statut et ses droits en découlant (cf. § 9.4).

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « L'établissement fait un effort continu, depuis plusieurs années, sur la formation des professionnels aux droits des patients, priorité par ailleurs affichée au sein du projet institutionnel de formations arrêté annuellement. 46 agents ont ainsi été formés en 2021, 36 professionnels en 2022 et 66 professionnels en 2023. En plus des formations proposées, l'établissement organise différents temps d'échanges et de sensibilisation aux droits des patients. On peut citer les cafés qualité (échanges sur des cas concrets) réalisés en 2022 et 2023 sur les soins sous contrainte ou sur la vie affective et sexuelle, qui ont réuni 35 professionnels. Par ailleurs, l'établissement participe chaque année à la semaine de la sécurité des patients et des résidents. Les éditions 2021 et 2022 ont intégré la question des droits des patients à travers des quizz, un café-débat sur l'isolement et la contention, ou encore d'un mur des erreurs, touchant 131 professionnels. Conscient de l'enjeu que représente la formation du personnel aux composantes juridiques de l'exercice professionnel, le NHN a intégré un module spécifique à sa formation interne "dispositif d'accompagnement à la professionnalisation en psychiatrie (DAPP)" ».*

## RECOMMANDATION 2

Tous les documents concernant un patient (décisions administratives, certificats médicaux en constituant la motivation, document d'informations et de notification) doivent lui être remis ou, en cas de refus, être conservés et laissés à sa libre disposition pour consultation sur simple demande.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Le NHN se conforme à la recommandation numéro 2 relative à l'obligation d'informer spécifiquement les patients sur les mesures de soins sans consentement les concernant, conformément aux dispositions de l'article L.3211-3 du Code de la Santé Publique. En effet, les équipes soignantes délivrent aux patients des informations sur les décisions administratives et les certificats médicaux qui les concernent, tout en leur notifiant systématiquement leurs droits et les voies de recours disponibles. Les patients peuvent accéder à ces documents à la demande. Afin de garantir un accès renforcé à ce droit pour l'ensemble des patients pris en charge sous contrainte, le NHN propose d'intégrer dans la notification et le livret d'accueil le droit explicite d'accéder à tout moment aux documents relatifs à la mesure les concernant ».*



Les installations collectives sont hébergées dans des pavillons répartis de part et d'autre du vaste domaine de plus de 25 hectares : une cafétéria, les salles d'activité (bâtiment « Peuplier » ou CATIS), des infrastructures sportives, etc.



*Cafétéria de l'établissement*



*Bâtiment accueillant les unités « Chêne Miel » et « Chêne Pourpre » (à gauche) et « Fayard Miel » et « Fayard Pourpre » (à droite)*



*Parc*



*Hall d'entrée du bâtiment CATIS*

Accueillis dans des bâtiments de seulement dix ans d'âge et dans l'ensemble bien entretenus, les patients bénéficient de conditions d'hospitalisation de qualité. L'immense majorité des personnes rencontrées – patients et membres du personnel – l'ont d'ailleurs souligné : pour ceux ayant connu les anciens et les nouveaux bâtiments, « *c'est le jour et la nuit* ». Sont notamment positivement relevés, de manière transversale à toutes les unités, les aspects suivants : des chambres individuelles (seulement une ou deux chambres doubles par unité, réservées aux patients avec des profils suicidaires), équipées de sanitaires, des portes dotées de verrous de confort, la possibilité pour les patients de décorer leur chambre, une télévision par chambre (à l'exception de l'unité fermée sécurisée), du mobilier dans les chambres en quantité suffisante et en bon état (table, chaise, armoire), de nombreuses salles collectives permettant diverses activités (salons, ateliers, salle de balnéothérapie, etc.), et un espace extérieur réservé (terrasse ou jardin).

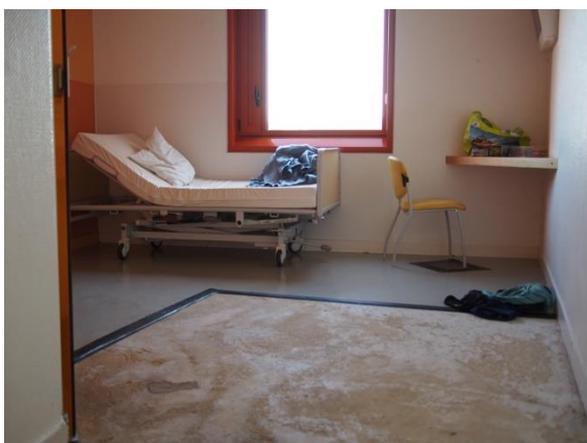


*Chambre individuelle de l'unité « Châtaigner Pourpre »*

Concernant les locaux, une seule véritable difficulté est à relever : dans la plupart des bâtiments, y compris ceux accueillant les unités d'hospitalisation, les sols, du fait de dégâts des eaux faisant suite à un défaut de construction, sont dans un état tel que le revêtement gondole, nécessitant parfois d'être découpé et retiré pour éviter les chutes. Au terme d'une longue procédure impliquant les assurances des différents acteurs concernés, des travaux, échelonnés sur deux ans, devaient débiter en 2023 pour résoudre ce problème.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Selon l'expertise réalisée le 20 janvier 2022 par la Société Française de Céramique, les défauts des sols sont dus à une détérioration prématurée de la chape anhydrite et un défaut de l'accroche du ragréage. Le facteur aggravant est l'humidité provoquée par le chauffage aux sols sous un revêtement PVC qui ne laisse pas l'humidité s'évacuer ».*

Pour le reste, quelques pistes d'amélioration peuvent être suggérées, notamment l'« humanisation » des terrasses, à l'équipement et à la décoration minimalistes voire rudimentaires, la végétalisation des cours et l'installation de davantage de bancs dans le parc.



*Revêtement du sol d'une chambre de l'unité « Chataignier Pourpre » découpé car trop endommagé*



*Terrasse de l'unité « Châtaignier Miel »*

### RECOMMANDATION 3

Le revêtement endommagé des sols des unités d'hospitalisation et des locaux collectifs doit être changé pour garantir la sécurité des patients et du personnel.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « La végétalisation du patio du service Charme pourpre a été réalisée en octobre 2023. En 2024, l'aménagement et la végétalisation des patios et des terrasses de 6 services de soins sont prévus. En mars 2024, huit bancs supplémentaires ont été installés dans le parc, sous les galeries. Ces projets étaient budgétés et planifiés au moment de la visite. La réfection des sols est en projet dans le cadre d'un Dommage Ouvrage ouvert depuis la mise en service des bâtiments. Les experts sont arrivés à un accord fin 2023 (annexe 1). Les travaux, pris en charge par notre assurance, débuteront au 2<sup>ème</sup> semestre 2024 par la mise en place d'une unité tampon, puis débuteront en 2025 pour refaire les sols de l'ensemble des unités de soins en intra hospitalier. Ils devraient durer 2 ans (annexe 2). Aussi, nous pouvons considérer que cette recommandation est d'ores-et-déjà prise en compte par le NHN ».*

## 5.2 L'HYGIENE DES PATIENTS EST ASSUREE

### 5.2.1 L'entretien des locaux et du linge hôtelier

Les locaux des unités visitées, qu'il s'agisse des chambres ou des parties communes, sont apparus en parfait état de propreté. L'effectif théorique des agents de service hospitalier (ASH) est globalement assuré sauf dans les unités où il est supérieur à cinq<sup>11</sup>.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Les effectifs cibles ASH sont à 5 ETP pour toutes les équipes des unités de soins en intra hospitalier, il n'y a pas d'unité où les effectifs ASH en poste sont supérieurs à cet effectif cible, mais il y a des ASH sur des contrats de remplacement positionnés en plus des effectifs cibles pour faire face à l'absentéisme. Aussi, au jour de la visite du CGLPL, l'ensemble des cibles ASHQ étaient occupées à raison de (5ETP présents /5 ETP cibles) ».*

Le linge hôtelier est fréquemment renouvelé. La fourniture des effets de couchage (draps, taies d'oreiller et couvertures) est externalisée. Un changement de prestataire est intervenu en mai 2022 ce qui, selon les propos convergents recueillis, s'est manifestement traduit par une amélioration du service au regard de la situation antérieure<sup>12</sup>. Le linge de toilette, les serviettes de table, les bavettes, les torchons et les pyjamas sont fournis en régie par le service de blanchisserie de l'hôpital.

Ce dernier, en sous-effectif, au moment de la visite, traite 500 à 600 kg de linge quotidiennement, ce qui inclut celui des patients et les effets professionnels. Le ramassage du linge sale dans les unités est effectué six jours sur sept, la distribution de linge propre, cinq jours sur sept. Une armoire avec un stock de sécurité est accessible pendant les week-ends. Le processus apparaît bien rodé, globalement sans difficulté majeure<sup>13</sup>. Un dysfonctionnement récurrent concerne

<sup>11</sup> Erable Miel : -1 (5/6) ; Fayard Pourpre : -1 (5/6) ; Chêne Pourpre (-1 (5/6) ; Erable Pourpre : -2 (5/7).

<sup>12</sup> Un stock tampon de 2 000 draps a, entre autres mesures, été constitué.

<sup>13</sup> Ce qui n'exclut pas des difficultés ponctuelles dont certaines ont fait l'objet de signalement sous forme de FEI.

l'insuffisance des sacs en toile destinés à recueillir le linge sale du prestataire. Il appartient à l'établissement de traiter ce point dans le cadre de l'amélioration de ses processus.

### 5.2.2 L'accès à l'hygiène individuelle

L'accès des patients à l'hygiène individuelle est facilité par la conception et la modernité des locaux. Un accompagnement pour ceux qui le nécessitent est effectué par le personnel soignant. Les produits d'hygiène individuelle, destinés aux personnes qui en sont dépourvues, sont fournis aux unités par le magasin de l'établissement.

Les vêtements des patients sont lavés gratuitement sans limite de périodicité ou de poids. Il s'agit d'une facilité appréciable notamment pour ceux, les plus nombreux, qui ne peuvent remettre leur linge à des proches.

#### BONNE PRATIQUE 1

L'établissement met à disposition des patients un service gratuit et quasi-quotidien de lavage de leurs vêtements.

Le service offert inclut le marquage préalable des vêtements. Sur ce point, des dysfonctionnements ponctuels ont été signalés dans la restitution du linge neuf, avec des retours incomplets. Certaines unités ont opté pour une remise et une récupération directe auprès de la lingerie sans faire appel au circuit de ramassage. Ce type d'incident constitue un point de vigilance pour l'établissement<sup>14</sup>.

L'établissement prend en compte la situation des personnes démunies en leur fournissant des vêtements en provenance de dons. Les vestiaires des unités sont apparus bien dotés avec un éventail d'articles dans différentes tailles. Cependant, il a été relevé qu'au moment du passage des contrôleurs, deux patients arrivés dans l'unité fermée sans vêtements de rechange, ne s'en étaient pas vu proposer.

Une offre originale a été mise en place avec l'existence d'un lieu accueillant appelé « la boutique ». Les patients, accompagnés d'un soignant, ont la possibilité de faire leur choix parmi les effets qui leurs sont proposés, comme ils le feraient dans un magasin.

<sup>14</sup> A fait également l'objet d'une FEI, ce qui n'est pas systématique, le 9 décembre 2022 (Erable Pourpre).



« La boutique »

## BONNE PRATIQUE 2

La situation des personnes démunies est prise en compte par l'existence de vestiaires bien dotés au sein des unités et d'un lieu, au niveau de la blanchisserie, prenant la forme d'une boutique d'habillement.

### 5.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT PROTEGES ET LEUR SONT ACCESSIBLES

Toutes les personnes admises dans l'établissement sont invitées à déposer leurs objets de valeurs (bijoux, argent liquide, carte bancaire et chéquier) au bureau des entrées (BDE). Une procédure en date du 6 juillet 2020 détaille « la gestion de l'argent de poche des patients ».

Les objets dangereux et les produits illicites sont systématiquement retirés. Cependant la règle est de laisser à disposition du patient l'ensemble de ses biens (téléphone, ordinateur, tabac etc.). La restriction de l'accès à certains objets se fait sur avis médical. Les cordons téléphoniques sont retirés la nuit ; cette pratique devrait être adaptée en fonction du profil des patients.

Toutes les chambres sont équipées d'un verrou de confort. Les portes des placards ferment à clef. Suivant les unités et le profil des patients la clef est laissée, ou pas, à la personne hospitalisée.

Quand l'admission est faite en urgence, compte tenu de l'impossibilité de mettre rapidement en sécurité les valeurs du patient, le coffre disponible au BDE accueille toutes les valeurs supérieures à 50 euros.

Au-delà des situations d'urgence et dans la mesure du possible, il est fait appel à la famille ou à un proche pour sécuriser les biens du patient en dehors de l'hôpital. Dans le cas contraire les sommes d'argent sont déposées au coffre ainsi que les objets de valeurs. Un inventaire en trois exemplaires est réalisé au moment du dépôt. Un exemplaire en est remis au patient, le deuxième au soignant et le troisième est conservé par le BDE. En dehors des horaires d'ouverture du BDE, une urne sécurisée permet de déposer l'ensemble des valeurs sous enveloppe nominative.

Pendant son hospitalisation le patient peut disposer de l'argent déposé pour faire ses achats au cours d'une sortie accompagnée par les soignants ou lors d'une permission. Il s'adresse alors à la Banque des Malades (BDM) qui est située au sein du BDE. Il peut alors disposer de son argent liquide, de sa carte bancaire ou de son chéquier. Au retour de la sortie ou de la permission, il dépose ses valeurs à la BDM. L'inventaire est remis à jour.

Pour ses menus frais, le patient peut disposer d'argent liquide (10 euros). Cette somme peut être sécurisée dans le casier du patient situé dans le bureau des infirmiers.

Pour les patients qui dépendent du service des tutelles de l'hôpital, une carte de retrait individuelle a été mise en place avec paramétrage du montant pour chaque retrait. Lors des sorties, le patient peut venir retirer sa carte au service des tutelles et la restituer à son retour.

Pour les patients qui dépendent d'un service de tutelle extérieur ou d'un tuteur familial, un système de bons d'achats, valable dans plusieurs magasins de la ville, a été instauré. Les bons d'achat sont distribués par le BDM.

Les patients sous mesure de protection disposent également d'un compte à la cafétéria, alimenté par leur tuteur, afin de pouvoir consommer et effectuer des achats.

A la fin de son hospitalisation le patient récupère ses valeurs au BDE où se font toutes les formalités de sortie.

Le NHN dispose d'un service des tutelles. Le jour du contrôle, ce service gérait cinquante-quatre majeurs protégés. Au-delà de l'hospitalisation au NHN, le service suit les personnes sous tutelle ou curatelle à leur domicile ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou maisons d'accueil spécialisées (MAS) où elles sont hébergées.

En juin 2022, les juges du contentieux et de la protection d'Evreux ont visité le service des tutelles ainsi qu'une unité de soins. Le service des tutelles est en lien avec la CPAM, la MSA, la Banque de France. La responsable du service des tutelles participe au comité des usagers, au comité d'éthique et aux réunions de service organisées par l'hôpital. Elle assiste une fois par mois à l'audience du JLD. Elle travaille en liens étroits avec les assistants de service social.

Elle est également en lien avec les cinq associations tutélaires qui agissent sur le département de l'Eure, ainsi qu'avec les mandataires individuels et familiaux.

La qualité de la prise en charge des majeurs protégés dépend de la réactivité et de la disponibilité des mandataires. Il est remarqué que certains se mobilisent peu et doivent être relancés fréquemment. C'est pour pallier ce type de carence que le service des tutelles des majeurs protégés du NHN ambitionne d'augmenter le nombre de ses prises en charge en ciblant particulièrement les patients hospitalisés dans les unités de long séjour.

#### 5.4 L'ETABLISSEMENT EST ATTENTIF A L'AMELIORATION DES REPAS PROPOSES

Les repas sont confectionnés et livrés par l'unité centrale de production alimentaire (UCPA) qui fait partie du groupement de coopération sanitaire, identifié sous l'appellation de logipôle Cambolle<sup>15</sup>.

Le processus comprend les commandes passées par les unités sanitaires qui tiennent compte des prescriptions médicales et des aversions. Deux diététiciens apportent leur concours pour adapter les repas aux besoins de chaque patient (cf. § 9.2.2). Ils se déplacent dans les unités pour les rencontrer en présence d'un soignant, en principe à l'issue de leur première semaine de

---

<sup>15</sup> Le centre hospitalier Eure-Seine, le nouvel hôpital de Navarre, l'hôpital La Musse y sont abonnés. Ce rattachement était déjà en vigueur lors de la première visite effectuée en novembre 2010.

présence. Un deuxième entretien a lieu, généralement sous quinzaine, puis dans le cadre du suivi<sup>16</sup>. Certains patients bénéficient de compléments alimentaires, fournis par l'établissement.

Les repas préparés par l'UCPA sont livrés à l'unité relais du NHN qui, quotidiennement, le matin et l'après-midi, procède à un allotissement par unité de soins puis à la livraison au moyen d'un véhicule isotherme. Les remises à température sont effectuées avant la distribution aux patients. Une vérification de la livraison et deux contrôles de température sont effectués au sein des unités. La consultation des feuilles de traçabilité révèle que ces derniers ne sont pas toujours réalisés avec la régularité prévue. Il n'a pas été constaté de difficulté sur les livraisons, les écarts ponctuels étant corrigés sur appel téléphonique à l'unité relais dont la réactivité a été soulignée. Pour les arrivées tardives, quatre plateaux repas sont mis en place au niveau du standard téléphonique.

Les salles à manger des unités, claires et fonctionnelles, n'appellent pas d'observation, tout comme le service.

Il n'est pas prévu de goûter sauf à l'unité d'hospitalisation pour adolescents et à l'unité fermée sécurisée. L'explication donnée tient à la possibilité pour les patients des autres unités d'accéder à la cafétéria. La généralisation du goûter pour les unités intra-hospitalières est envisagée, une somme de 20 000 euros ayant été prévue dans le budget hôtelier pour 2023.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Une collation, composée de biscuits, produits laitiers et fruits, est mise en place dans chaque service d'hospitalisation complète depuis le 9 octobre 2023 ».*

Le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) s'est réuni à trois reprises en 2022<sup>17</sup>. Plusieurs évolutions positives sont à souligner. Il s'agit de l'inclusion du repas à thème dans le menu des patients en 2022 et de l'accès de ceux des unités de long cours au self du personnel, le mardi et le jeudi par rotation. Les patients volontaires sont accompagnés de soignants, étant observé que cette activité qui participe à leur socialisation n'est pas considérée comme repas thérapeutique. Dans la composition des menus, l'association d'un légume vert à un féculent dans la garniture, afin de mieux correspondre aux goûts des convives tout en respectant les impératifs diététiques, a été introduite. Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2022. Les résultats, avec un taux de retour de 65,7 % pour les patients<sup>18</sup>, ont été communiqués à l'occasion de la réunion du CLAN du 6 mai 2022. Ils sont majoritairement positifs<sup>19</sup>. Outre le CLAN, une commission des menus associant les partenaires de l'UCPA se réunit également.

Les contrôleurs n'ont pas recueilli, dans l'ensemble, de doléances sur la qualité de la restauration. Le point de vigilance concerne la qualité gustative des repas affectée par le mode de confection, de conditionnement et de remise à température inhérents à ce type de fabrication. A ce titre, la

---

<sup>16</sup> Un onglet spécifique « diététique » est prévu dans le progiciel *aXigate* pour assurer la traçabilité et le suivi des prescriptions.

<sup>17</sup> 25 février, 6 mai, 13 septembre.

<sup>18</sup> Il s'agit d'un chiffre global, des disparités étant observées par unité.

<sup>19</sup> *Taux de satisfaction* : très satisfait 25 % ; satisfait 51 % ; peu satisfait 18 % ; insatisfait 2 % ; non répondu 3 %.

*Diversité des menus* : très satisfait 18 % ; satisfait 37 % ; peu satisfait 28 % ; insatisfait 13 % ; non répondu 4 %.

*Goût des repas* : très satisfait 21 % ; satisfait 34 % ; peu satisfait 36 % ; insatisfait 7 % ; non répondu 2 %.

*Quantités servies* : très satisfait 32 % ; satisfait 37 % ; peu satisfait 18 % ; insatisfait 9 % ; non répondu 4 %.

dotation mensuelle de condiments est apparue contingentée sans possibilité de reconstituer. De même, il a été indiqué que le grammage des plats en sauce pouvait se révéler insuffisant. Il est également observé que, sur les six derniers mois, la majorité de fiches d’événement indésirables relatives à la restauration des patients ont été émises par l’unité relais. Elles concernent principalement l’UCPA et portent sur des livraisons insuffisantes, sur des non-conformités et sur des dépassements de dates de consommation<sup>20</sup>. Ce sont donc ces aspects en lien avec les fournisseurs qui constituent des éléments d’attention.

Enfin, des repas thérapeutiques sont organisés de manière variable en fonction des unités. L’unité de long séjour « Charme Pourpre » dispose d’un local spécifiquement prévu à cet effet.



*Cuisine thérapeutique de l’unité de long séjour Charme Pourpre*

---

<sup>20</sup> Sur 25 fiches d’événements indésirables, en lien direct avec la restauration des patients sur le site du NHN (hors incidents techniques sur les chambres froides), cinq concernent la boulangerie, les autres l’UCPA. 20 ont été émises par l’unité relais, cinq par les unités de soins.

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1 A PART DANS L'UNITE FERMEE SECURISEE, LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SEMBLE RESPECTEE

#### 6.1.1 La circulation extérieure et la sécurité du site

L'hôpital est doté d'un vaste parc clos par un grillage, dans lequel se répartissent 11 bâtiments abritant les 14 unités de soins et les locaux administratifs.

L'accès à l'établissement se fait par un portail grillagé flanqué d'une guérite et d'un poste de sécurité, qui héberge notamment le standard téléphonique. Un agent de sécurité est en poste dans la guérite de 6h à 22h.

Les agents du standard assurent l'accueil des visiteurs lorsqu'aucun agent de sécurité n'est présent. Leur mission principale consiste à transférer les appels et donner les renseignements de base. Ils gèrent également les échanges avec les pompiers (appels, accueil et orientation) et l'alarme incendie.

L'espace du parc étant clos, il semble parfaitement adapté pour les promenades des patients, accompagnés ou non de visiteurs ou de soignants.

Les patients autorisés à sortir de l'hôpital doivent présenter un « bon de sortie » à l'agent de sécurité posté à l'entrée de l'établissement. Lorsqu'un patient qui n'a pas l'autorisation de sortir tente de passer, l'agent de sécurité le retient du mieux qu'il peut, mais ne peut pas maîtriser quelqu'un qui tenterait de forcer le passage. Le cas échéant, il appelle le service concerné pour que des infirmiers viennent chercher le patient.

L'agent de sécurité demande l'identité des visiteurs qui se présentent, mais ne peut la contrôler (en exigeant un document d'identité, par exemple). Il appelle l'unité concernée : si le visiteur n'a pas de rendez-vous, l'autorisation d'accès est laissée à l'appréciation du service, généralement un soignant après avis du cadre.

#### 6.1.2 La circulation dans et depuis les unités

D'après les informations recueillies par les contrôleurs auprès de divers interlocuteurs, en dehors de l'unité fermée (« Erable Pourpre » – qui n'accueille que des patients en SSC – et de l'unité de pédopsychiatrie), le principe est la liberté d'aller et venir de tous les patients majeurs, quel que soit leur régime d'hospitalisation. Dans l'enceinte de l'hôpital, toute restriction à la liberté d'aller et venir d'un patient doit être justifiée par un motif clinique et relève donc de la seule compétence d'un médecin. Pour sortir de l'hôpital, les patients doivent solliciter un bon de sortie, qui leur est remis par le personnel soignant lorsqu'ils sont effectivement autorisés à sortir.

Dans les unités pour adultes, les patients circulent librement et disposent de leur chambre, globalement sans aucune restriction de 7h à 23h. Les espaces extérieurs (cour au rez-de-chaussée, terrasse à l'étage) y sont également accessibles sans restriction, de 7h à 22 ou 23h selon les unités, voire à toute heure dans au moins l'une d'entre elles.

Les horaires d'ouverture des portes de l'unité varient légèrement d'une unité à l'autre : entre 9h au plus tôt et 19h au plus tard, avec une fermeture méridienne dans certaines unités. Sur cette plage horaire et en dehors des temps de repas et de consultation médicale, les patients peuvent entrer dans les unités et en sortir librement pour se rendre dans le parc, à la cafétéria et, pour ceux dont l'état le permet, aux activités du CATIS.

Lorsque l'état d'un patient nécessite de restreindre sa liberté de mouvement, ces unités peuvent être ponctuellement fermées (pour une durée pouvant aller de 1 heure 30 à 72 heures, selon les interlocuteurs entendus, une occurrence de deux semaines étant également évoquée). Le cas échéant, les autres patients peuvent continuer d'aller et venir en demandant l'ouverture des portes à chaque sortie ou entrée.

Si, au cours de la visite, les contrôleurs ont effectivement observé que les portes des unités restaient ouvertes, une nuance doit être apportée à ce dernier point. En effet, selon un témoignage de soignant n'ayant pu être objectivé car recueilli en toute fin de visite, toutes les unités de l'établissement ne fonctionneraient pas d'ordinaire selon un régime ouvert et ce serait en application d'une consigne spécifiquement donnée par la direction en prévision de la venue du CGLPL qu'elles auraient été présentées comme étant toutes ouvertes par principe. De plus, dans un document rendant compte d'une réunion du comité d'éthique du 2 décembre 2022 (soit deux mois avant la visite du CGLPL), il n'est question que de « 4 unités dites ouvertes » et de « 9/13 unités [qui] assurent une fermeture selon qu'elles accueillent des patients à risques (fugue, mineur, démence) (...) pas toujours sur décision médicale ». La combinaison de ces éléments peut, en tout état de cause, être regardée comme susceptible de jeter un doute sur les constats opérés pendant la visite relativement à la liberté d'aller et venir des patients depuis les unités d'hospitalisation.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Depuis de nombreuses années, la communauté hospitalière du NHN est engagée sur la question du respect de la libre circulation des patients. D'ailleurs, le protocole en vigueur, (rédigé initialement en 2012) et actualisé en 2023 (annexe 3), publié sur la borne de gestion documentaire, confirme ce principe : « La fermeture de l'unité est à retenir de manière très exceptionnelle, en raison d'un risque majeur de sécurité [...]. Dans le cas d'une fermeture exceptionnelle d'unité, les professionnels s'assurent de permettre la sortie de l'unité des patients en soins libres [...] » (cf. protocole). Même en période de circulation épidémique intense du COVID, la Direction avait confirmé le principe d'ouverture des unités : « Le confinement s'applique aux limites du parc de l'établissement. La gestion des restrictions à la liberté d'aller et venir des patients n'est pas modifiée, en fonctionnement, par ce nouveau contexte » (cf. note d'information 2020/09). Par ailleurs, il est fait mention d'un document rendant compte d'une réunion du comité éthique du 2 décembre 2022. Les éléments mentionnés de manière synthétique sur ce PowerPoint ont été explicités à savoir que l'ensemble des 13 unités répondantes étaient bien ouvertes : unités assuraient une ouverture permanente (sans notion de fermeture selon des risques particuliers). 9 assuraient la fermeture ponctuelle de l'unité en fonction de l'accueil de patients présentant des risques particuliers (fugues, suicides, etc.). Lors de la visite de Certification HAS en avril 2023, les experts-visiteurs ont constaté la libre circulation des patients au sein de l'établissement, à l'exception de l'Unité fermée sécurisée de par sa vocation spécifique : « Les patients peuvent aller et venir très librement au sein de l'établissement et se rendre en ville et le week-end à leur domicile - avec l'accord du médecin qui signe une « autorisation de sortie » - Les patients en soins sans consentement sont accueillis dans une unité sécurisée et fermée à clé. Mais dès que leur état de santé le permet, ils sont hospitalisés dans une unité « ouverte » tout en demeurant en soins sans consentement ». Enfin, la Direction dément n'avoir jamais donné de consignes spécifiques quant à une modification de l'organisation habituelle de ses services, et cela dans aucun domaine, pour la visite de l'équipe du CGLPL. Aussi, cette recommandation semble apparaître*

*comme une erreur d'appréciation de la situation de l'établissement et au vu de son engagement constant sur ce sujet et de l'absence d'objectivation, le NHN sollicite la levée de cette recommandation ».*

L'unité « Erable Pourpre » est quant à elle fermée pour tous les patients. La cour centrale, équipée d'un abri, y est accessible en permanence. La porte de l'unité peut être ouverte uniquement par un membre du personnel. Les déplacements se font accompagnés d'un soignant, et souvent en groupe (par exemple pour aller à la cafétéria). La circulation des patients dans l'unité est libre, sauf dans l'aile réservée aux détenus : ces derniers sont en permanence enfermés dans leur chambre, et n'en sortent qu'accompagnés d'un soignant (cf. § 10.2).

#### RECOMMANDATION 4

Le CGLPL rappelle le principe de la liberté d'aller et venir, *a fortiori* pour les patients en soins libres. Une réflexion autour d'une surveillance des patients alliant sécurité et liberté d'aller et venir doit être engagée.

## 6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES

Les règles de vie dans les unités sont rarement écrites. Les patients sont réveillés entre 7h30 et 8h30. Les temps de vie quotidienne s'articulent autour des rassemblements en salle à manger (9h, 12h, 16h et 19h) et des activités.

Le soir, les patients sont invités à rejoindre leur chambre au plus tard après le premier programme télévisé du soir vers 23h. Toutefois, il a été indiqué que les équipes font preuve de souplesse si un patient rencontre des difficultés pour s'endormir en lui laissant regarder la télévision plus longtemps.

En journée, les patients ont accès à tout moment à leur chambre librement mais pas à celles des autres.

Le tabac est, sauf contre-indication médicale, géré par le patient lui-même. Aucun briquet n'est laissé à disposition mais des allumes-cigarettes électroniques sont disponibles à l'entrée des unités et dans les patios et terrasses.

A l'unité fermée, l'accès au tabac est régulé par les soignants qui conservent le tabac et distribuent les cigarettes aux patients quatre fois par jour après chaque repas. Les règles de vie précisent : « *le tabac n'est plus distribué après 21h* » et « *pas de cigarette avant le petit déjeuner* ».

Le port du pyjama sur prescription médicale est très rare sauf lors des placements à l'isolement où il est systématique.

## 6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT EXCESSIVEMENT LIMITEES POUR LES PATIENTS HOSPITALISES DANS L'UNITE FERMEE

### 6.3.1 Courrier et téléphone

Le « *guide d'accueil du patient adulte* » précise que le courrier est distribué du lundi au vendredi et que le téléphone portable « *est toléré au sein du service sous certaines conditions et sauf prescription médicale contraire et en fonction des règles de vie de l'unité* ».

En pratique, les patients ont la possibilité d'envoyer et de recevoir du courrier ou des colis mais elle serait assez peu exercée. Ils peuvent également être assistés par les soignants s'ils rencontrent des difficultés pour lire et écrire. Des timbres peuvent être achetés à la cafétéria.

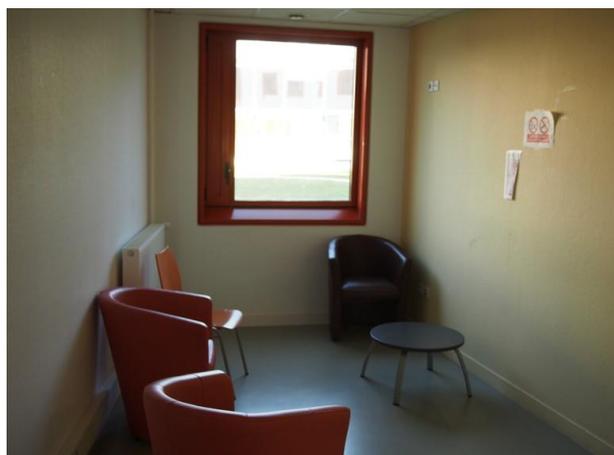
Les téléphones portables sont laissés aux patients sauf prescription médicale contraire à l'exception de l'unité fermée où ils sont systématiquement retirés, comme le précisent les règles de vie. Dans cette unité, les appels téléphoniques ne sont autorisés que sur avis médical – le principe étant donc l'interdiction – et ne peuvent être émis ou reçus que depuis le téléphone du service situé dans le bureau infirmier, ce qui interdit toute confidentialité. De plus, les patients ne peuvent bénéficier que d'un appel téléphonique quotidien, sauf protocole thérapeutique plus restrictif.

### RECOMMANDATION 5

Les patients de l'unité fermée doivent pouvoir, par principe, conserver leur téléphone personnel à l'admission et au cours de leur séjour, sauf contre-indication médicale régulièrement réévaluée et pouvant fonder des restrictions proportionnées.

#### 6.3.2 Visites

Les unités disposent de salons spécifiques pour accueillir les familles. Les patients peuvent également rencontrer leurs proches dans le parc ou à la cafeteria.



Salon famille de l'unité « Châtaigner Pourpre »

Le « guide d'accueil du patient adulte » indique que « les visites ont lieu de 14h à 19h tous les jours ».

Les visites sont effectivement possibles l'après-midi, sur réservation et sur des créneaux spécifiques (trois d'1h maximum par jour par exemple dans l'unité « Chêne Pourpre »). Dans l'unité fermée, les visites sont autorisées uniquement sur avis médical ; au moment du contrôle, les quatorze patients hospitalisés dans cette unité étaient autorisés à recevoir des visites.

#### 6.3.3 Accès à l'information et aux réseaux sociaux

A l'exception de l'unité fermée, les patients disposent d'un accès large à la télévision : toutes les chambres en sont équipées, ce qui est rarement constaté dans les établissements similaires, et les unités disposent en outre de salons spécifiques. L'accès à internet est possible via le réseau

« patients et visiteurs » et les patients peuvent conserver leur ordinateur portable. Ils peuvent consulter la presse quotidienne locale grâce à des abonnements renouvelés chaque année.

Dans l'unité fermée, en revanche, aucune télévision n'équipe les chambres et l'accès à internet n'est pas possible.

#### RECOMMANDATION 6

Les patients de l'unité fermée doivent bénéficier, comme les autres, d'une télévision dans leurs chambres et d'un accès à Internet.

#### 6.3.4 Confidentialité et anonymat

La possibilité pour les patients de ne pas révéler leur présence à l'hôpital ou de préserver la confidentialité sur leur état de santé (cf. art. R112-45 du CSP) est mentionnée dans le « guide d'accueil du patient adulte » qui précise : « si ne souhaitez pas recevoir d'appel ou si vous ne voulez pas que votre hospitalisation soit connue de votre entourage, vous devez le signaler à l'équipe paramédicale de votre unité d'hospitalisation ». Ce livret d'accueil n'est toutefois pas remis systématiquement dans toutes les unités.

Les patients ont la possibilité de faire envoyer leur arrêt de travail par le médecin traitant et non l'hôpital de Navarre pour préserver la confidentialité des soins vis-à-vis de l'employeur.

En pratique, si cette procédure est rarement engagée, elle apparaît insuffisamment protocolisée. Il a ainsi été rapporté que le standard ne respectait pas toujours le principe d'anonymisation.

#### RECOMMANDATION 7

L'information sur la possibilité pour les patients de ne pas révéler leur présence à l'hôpital ou de préserver la confidentialité sur leur état de santé doit être assurée, leur volonté effectivement interrogée et tracée, et un protocole doit être établi pour la mise en œuvre de ces droits, y compris au niveau du standard général du NHN.

#### 6.4 LE DROIT DE VOTE EST PRIS EN COMPTE PAR L'ETABLISSEMENT MAIS LES PATIENTS SONT PEU MOBILISES

Lors des dernières élections législatives une information a été donnée aux patients afin de leur faciliter l'accès au vote. Une note du 18 mars 2022, adressée à l'ensemble des cadres de l'hôpital, indique les modalités pour exercer son droit de vote. L'accès à la plateforme [www.maprocuration.gouv.fr](http://www.maprocuration.gouv.fr) a fait l'objet d'une communication.

Le bureau des entrées s'est mobilisé pour être en mesure d'établir les procurations nécessaires, en lien avec un officier de police judiciaire du commissariat d'Evreux. Des permissions ont été proposées aux patients en capacité d'aller voter sur leur lieu d'inscription électorale.

Dans les faits, et malgré cette communication, seuls deux patients ont exercé leur droit de vote lors des dernières élections.

#### 6.5 L'INFORMATION RELATIVE A L'EXERCICE DU CULTES EST DONNEE AUX PATIENTS

Le « guide d'accueil du patient adulte » mentionne les coordonnées postales et téléphoniques de représentants de six cultes ; certains n'ont pas de représentation locale. Dans ce cas, les

coordonnées indiquées sont parisiennes. Les patients peuvent donc faire appel à l'un ou l'autre culte.

Dans les faits, seul des représentants du culte catholique interviennent dans l'établissement. L'aumônerie catholique dispose de locaux à l'entrée de l'hôpital. Des religieuses interviennent à la demande auprès des patients dans les unités et une célébration a lieu chaque semaine dans l'église située au centre de l'hôpital.

## **6.6 LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS COMMENCE A FAIRE L'OBJET D'UNE REFLEXION COLLECTIVE**

Cette thématique ne constitue pas un tabou mais est abordée essentiellement sous l'angle de la protection des personnes vulnérables, particulièrement les mineurs.

Un document de trois pages intitulé « Conduite à tenir en cas de suspicion d'agression sexuelle au NHN » indique les mesures nécessaires à prendre. Le document s'appuyant sur le code de la santé publique et le code pénal, décrit les actions à mener et les personnes concernées.

Les soignants sont attentifs à aider les patients à travailler sur le consentement et le respect de celui-ci. Les médecins abordent la question de la libido avec certains malades. L'éducation à la sexualité fait partie du soin. La contraception féminine et l'usage du préservatif sont proposés aux patients actifs. Le dépistage des maladies sexuellement transmissibles est également proposé quand cela paraît nécessaire.

Le comité d'éthique s'est emparé de la question de la vie affective et sexuelle, dans sa séance de décembre 2022, en traitant le sujet à partir du droit. Une conférence intitulée « la sexualité un bruyant tabou » a ouvert le débat. Le juriste, interne à l'établissement, s'est notamment appuyé sur la jurisprudence nationale et européenne et sur le rapport thématique du CGLPL intitulé « L'intimité au risque de la Privation de liberté ». Lors de cette intervention, 21 rapports de visite du CGLPL contenant des recommandations sur le sujet ont été exploités.

Toutes les unités du NHN n'en sont pas au même point de réflexion. Les contrôleurs ont pu constater l'absence de préservatifs dans certains services. Il reste que la question est posée et la réflexion amorcée.

Un couple croisé par un contrôleur a témoigné de la difficulté de vivre sa relation amoureuse. L'un et l'autre n'étant pas hospitalisés dans la même unité, les espaces de rencontre se limitaient à la cafétéria, à l'escalier d'une des unités ou dans le parc de l'hôpital.

## 7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

### 7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE DISPOSENT PAS DE TOUS LES EQUIPEMENTS REQUIS

Le NHN dispose de seize chambres d'isolement (CI) : deux dans chaque unité d'admission, trois dans l'unité fermée sécurisée, une dans deux des trois unités au long cours et une dans l'unité d'hospitalisation pour adolescents (cf. § 10.1.4).

Au moment du contrôle, seule l'UHA est équipée d'un espace d'apaisement. L'établissement a validé le déploiement d'espaces d'apaisement dans les autres unités ; l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2023 prévoyait au titre du plan d'investissement courant, un montant crédité de 60 000 euros sur la tranche 2023, au profit de la création de ces chambres d'apaisement.

L'aménagement des CI répond dans l'ensemble aux exigences de sécurité et d'intimité. Elles sont toutes précédées d'un sas qui comporte une porte d'accès à la chambre – percée d'un oculus qui permet de voir l'intérieur de la chambre sans avoir à y entrer – et une porte d'accès à la salle d'eau attenante à la chambre. Cette porte est percée d'un oculus dont certains permettent une vue directe sur les WC.

Chaque salle d'eau est équipée d'une douche à l'italienne dont le pommeau est fixé au mur, une cuvette de WC en inox sans abattant ni lunette, un lavabo, également en inox, elle est dépourvue de miroir. La salle d'eau sert aussi de deuxième accès à la CI en cas d'intervention d'équipe en urgence.



*Chambre d'isolement et sa salle d'eau dans l'unité « Erable Miel »*

La CI elle-même est uniquement meublée d'un lit en mousse enveloppé de plastique. La fenêtre peut être entrouverte pour ventilation lorsque la chambre n'est pas occupée. Les commandes de climatisation, d'électricité et de volets roulants sont situées à l'extérieur de la pièce et ne sont donc actionnables que par les soignants.

Une horloge indiquant l'heure, mais pas la date, est fixée dans le sas. Elle est illisible pour les patients attachés et n'est pas éclairée la nuit. Le repérage de l'occupant dans le temps est donc médiocrement assuré.

Le dispositif d'appel installé dans la CI n'est pas non plus accessible au patient attaché.

Dans le sas sont stockées des tables cylindriques et rectangulaires en mousse recouvertes de plastique, utilisées lors de la prise des repas.

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sous un mode séquentiel (repas, sortie extérieure, tabac), parfois pendant plusieurs jours avant la sortie définitive, ce qui interroge sur le caractère de dernier recours de la mesure.

La chambre hôtelière du patient ne peut pas toujours être conservée pendant ses placements en CI en raison de la suroccupation de l'unité.

### RECOMMANDATION 8

L'ensemble des chambres d'isolement doit comprendre un dispositif d'appel accessible au patient attaché, une horloge permettant de se repérer dans le temps et un miroir sécurisé. Les commandes de climatisation, d'électricité et de volets roulants doivent être accessibles au patient.

## 7.2 LES REFLEXIONS INSTITUTIONNELLES SUR LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE SEMBLANT PAS AVOIR ENCORE INFLECHI SIGNIFICATIVEMENT LEUR USAGE

Le projet médical 2020-2024 se fixe comme enjeu prioritaire de « *faire évoluer les pratiques pour prévenir et limiter les mesures d'isolement et de contention* ». Il préconise pour se faire un « *reporting des pratiques de SSC et d'isolement auprès des instances de l'établissement dans le cadre de la politique qualité et sécurité des soins* » et une « *réflexion inter-institutionnelle sur les pratiques d'isolement et de contention* ».

Le rapport sur les pratiques d'isolement et de contention de 2021 évoque quelques éléments de la politique de l'établissement pour en limiter le recours : « *désignation de référents médicaux dédiés aux mesures d'isolement et de contention* », cinq référents étaient d'ores et déjà identifiés au moment de la visite ; « *formations sur l'opportunité des prescriptions des mesures isolement et contention et sur les techniques de désescalade et l'utilisation des chambres d'apaisement* », ces formations n'avaient pas encore été mises en place au moment du contrôle ; « *étude immobilière sur les chambres d'apaisement* », comme indiqué supra, seule l'UHA en était dotée au jour du contrôle.

Le protocole de « *mise en œuvre et contrôle judiciaire des mesures isolement/contention* » a été modifié pour prendre en compte les réformes législatives et la direction de la qualité a réalisé en janvier 2022 un audit sur ces mesures à partir de l'étude de 133 dossiers.

Les procédures de décision sont respectées. Lorsque l'isolement est initié par un IDE de manière conservatoire, la confirmation par le psychiatre est sollicitée et tracée. La surveillance est assurée, tant médicale – avec deux visites physiques par vingt-quatre heures et toute les 6 heures en cas de contention – que soignante par les infirmiers. Ces surveillances sont tracées sur l'outil informatique. En revanche, les alternatives mises en œuvre afin d'éviter le recours à l'isolement ou à la contention ne sont pas tracées.

L'ensemble des mesures se déroule en CI sauf au sein de l'unité réservée aux patients détenus où l'isolement a lieu en chambre ordinaire et n'est par ailleurs pas tracé (cf. § 10.2).

Selon les chiffres fournis – et en décalage par rapport aux discours des équipes qui présentent le recours à ces mesures comme très modéré voire exceptionnel pour la contention – la pratique de l'isolement et de la contention n'est pas anecdotique puisque près de la moitié des patients en SSC ont été placés au moins une fois à l'isolement au cours de leur hospitalisation en 2021 et près de 16 % ont subi au moins une mesure de contention.

Le registre d'isolement et de contention, tel que fourni au cours de la mission, ne permet pas d'obtenir une vision synthétique et réelle des pratiques, notamment unité par unité. En effet, si l'ensemble des mesures y sont a priori tracées (à l'exception des mesures d'isolement des détenus), l'observation de ce registre révèle notamment l'absence de fusion de nombreuses mesures successives, probablement due à l'interruption informatique automatique à l'issue des délais de 12h ou 6h. Ces mesures d'isolement ou de contention qui s'enchaînent et ne sont pas fusionnées, minimise la durée moyenne des mesures mais également augmente artificiellement le nombre de mesures.

#### RECOMMANDATION 9

L'établissement doit se doter d'un registre des mesures d'isolement et de contention permettant une analyse des pratiques au plus près de la réalité.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN a pu confirmer que, techniquement, le registre permet de retraiter les informations relatives aux pratiques d'isolement et de contention avec une vision par unité. Il a indiqué que l'établissement analysera ces données dans son rapport 2023 en intégrant désormais une analyse des pratiques par unité.*

## 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 8.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE SES MISSIONS ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT IMPLIQUES DANS LES INSTANCES DE L'ETABLISSEMENT

#### 8.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Par arrêté du 9 juillet 2021, le préfet de l'Eure a désigné les membres de la CDSP conformément aux dispositions de l'article L.3223-2 du code de la santé publique (CSP) modifié par la loi de la programmation de la justice du 22 mars 2019 en actant la suppression de la participation d'un magistrat judiciaire. Au jour du contrôle, le poste de médecin généraliste et celui du représentant d'une association agréée des familles de personnes malades étaient vacants.

Le secrétariat de la commission est assuré par un agent de l'ARS de Normandie. Le rapport annuel d'activité est, comme l'exige la loi, transmis au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Compétente pour contrôler le NHN, seul établissement hospitalier départemental habilité à recevoir des patients en soins sans consentement, la commission, après une suspension d'activité en 2020 pendant la période COVID, a très vite repris ses trois réunions annuelles dont deux sont suivies de la visite des unités d'hospitalisation de l'hôpital d'Evreux. La dernière visite a eu lieu le 1<sup>er</sup> février 2023. Lors de ses venues, la commission qui procède à l'examen des dossiers signalés et au contrôle du registre de la loi, se réserve suffisamment de temps pour échanger avec les médecins, les soignants et les responsables administratifs sur le fonctionnement de l'établissement et les pratiques professionnelles autant que sur des sujets spécifiques, tels le recours à l'isolement ou l'usage fréquent de la procédure du péril imminent.

Favorable à la mise en œuvre du registre d'isolement et de contention, elle le trouve toutefois difficilement exploitable pour se livrer à une analyse visant à réduire le recours à l'isolement. La CDSP dit s'être tenue informée de la juridictionnalisation du contrôle des mesures d'isolement et de contention.

Ses visites au NHN sont explicitement annoncées aux patients par distribution d'affichettes dans chacune des unités, pourtant très peu d'entre eux demandent à être entendus : lors de la dernière visite, seuls deux patients avaient sollicité un entretien.

Au cours de l'année 2021, les membres de la CDSP ont examiné 88 dossiers concernant des patients hospitalisés soit en SDRE, soit au vu d'un péril imminent, ou en hospitalisation complète sans consentement depuis plus d'un an. N'ayant constaté aucune irrégularité ou manquement grave aux droits et à la dignité des patients, la CDSP n'a jamais proposé de mainlevée au JLD.

Il a été fait part aux contrôleurs des excellentes relations entretenues avec l'établissement.

#### 8.1.2 Les représentants des usagers

Une maison des usagers, installée à proximité de l'entrée dans l'établissement, est utilisée sous la forme de permanences par les principales associations d'usagers (UNAFAM, UDAF, ADMD et des groupes d'entraides mutuelles). Elle apporte ainsi une bonne visibilité aux représentants des usagers.

Cette représentation des usagers est portée à la connaissance des patients dans le livret d'accueil qui présente succinctement le rôle de la Commission des usagers (CDU) et en décline l'intégralité de sa composition. Ainsi, conformément à l'article R.1112-81 du CSP, elle est composée des

membres obligatoires qui sont le représentant de l'établissement, deux médecins médiateurs (titulaire et suppléant), deux autres médiateurs non-médecins et deux représentants titulaires des usagers membres d'une association agréée, l'un de l'*Entraid'Addict* et l'autre de l'UDAF. S'y ajoutent des membres dits « facultatifs » que l'établissement a souhaité voir participer aux travaux de cet organe, notamment des représentants de la commission des soins infirmiers, du conseil de surveillance et du personnel. Au surplus, une représentante de l'UNAFAM est systématiquement invitée pour y siéger avec voix consultative. Cette même personne est également membre du conseil de surveillance.

Deux représentants des usagers se sont déplacés pour rencontrer les contrôleurs ; ils ont fait état de relations aisées avec la direction autant que des informations complètes qui leur sont transmises, permettant ainsi leur participation active à la CDU.

Celle-ci se réunit au minimum, tous les trimestres et les représentants des usagers y sont toujours présents. Les comptes-rendus rédigés après chaque réunion sont suffisamment détaillés pour suivre l'investissement et le rôle de cette commission qui, en 2021, a été informée de cinquante-deux réclamations et y apporte une réponse dans un délai moyen de neuf jours.

A noter que la tenue des permanences à la maison des usagers n'a conduit à aucune réception de plainte en 2021.

Alors que la CDU s'était fixée pour objectif d'augmenter, en 2022, sa visibilité au sein des unités, il est regrettable qu'au jour du contrôle n'y soient toujours pas organisés des temps de rencontres entre les représentants des usagers et les patients. Si l'élargissement du champ d'association de la CDU au fonctionnement de l'établissement issu du décret n° 2016-726 du 1<sup>er</sup> juin 2016 a certes été pris en compte, une rencontre à fréquence régulière organisée institutionnellement entre les représentants des usagers et les patients dans leurs unités serait bénéfique pour l'amélioration de leur prise en charge et donc le respect de leurs droits.

## 8.2 LE CONTROLE DU JLD EST EFFECTIF

Le 6 octobre 2014 une convention a été signée entre les chefs de juridiction du tribunal judiciaire d'Evreux et la direction de l'établissement pour que des locaux spécialement aménagés soient affectés à la tenue des audiences du JLD sur le site hospitalier. Un vice-président nommé par décret aux fonctions de juge des libertés et de la détention au tribunal judiciaire d'Evreux assure de façon pérenne les audiences ; en cas d'indisponibilité il est remplacé par un autre vice-président lui aussi JLD.

Une pièce lumineuse, située dans un bâtiment indépendant des unités d'hospitalisation, est utilisée comme salle d'audience ; s'y ajoutent un hall d'attente, une petite pièce voisine réservée à l'entretien avec les avocats et des sanitaires qui sont à la disposition des justiciables. Ces locaux sont équipés de mobilier, en bon état de maintenance et de propreté. L'audience du JLD se passe ainsi dans des conditions de confort propices à un climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Un fléchage, situé à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement, permet de localiser facilement la salle d'audience.

Les audiences se tiennent chaque semaine, le mardi et le jeudi. Elles débutent vers 10h après l'entretien avec l'avocat et se terminent souvent en début d'après-midi, le nombre de dossiers enrôlés étant de l'ordre de quatre à cinq par audience.

### 8.2.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les échanges entre les agents hospitaliers en charge de la mise en œuvre du contentieux devant le JLD et le greffe du tribunal judiciaire d'Evreux sont, selon les dires, d'excellente qualité.

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

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

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des entrées avant d'être transmise à l'unité d'affectation du malade. Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de constater quelles explications étaient données aux patients mais les différents échanges dans chaque unité ont fait ressortir que « l'agent notificateur » prenait le temps d'expliquer le sens de l'audience tout en rassurant l'intéressé sur les modalités de son déroulement.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du mardi 7 février 2023. Pour chaque affaire le magistrat s'est présenté comme le juge des libertés ; il a expliqué son rôle, la publicité de l'audience et la possibilité de demander qu'elle se tienne à huis-clos avant de procéder à un recueil d'informations en cherchant à faciliter la parole du patient. Les patients se sont exprimés sur leur conditions d'hospitalisation. Une curatrice et un tiers demandeur à l'hospitalisation s'étaient déplacés et ont pu, sans difficulté, prendre la parole.

Les décisions ne sont pas annoncées par le juge au patient, à l'issue de l'audience, même en l'absence de moyen soulevé par la défense et, lors de l'audience du 7 février 2023, les modalités de voies de recours n'ont aucunement été expliquées aux patients par le magistrat. La notification des ordonnances repose sur les soignants qui peuvent se trouver en difficulté pour expliquer au patient la position du JLD ; selon les constats des contrôleurs et les témoignages recueillis, les ordonnances ne sont pas systématiquement remises au patient après notification.

#### RECOMMANDATION 10

Les décisions du JLD devraient être annoncées et explicitées par le juge au patient à l'issue de l'audience, même si elles sont rédigées et notifiées ultérieurement. Le juge doit informer le patient que sa décision est susceptible de recours et en détailler les modalités.

Lors de la notification, une copie de la décision doit obligatoirement être remise au patient.

Le contentieux généré dans l'établissement par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est stable depuis plusieurs années même si on peut noter une légère diminution depuis 2021 ; il est de l'ordre de 550 nouvelles mesures enregistrées annuellement.

- En 2022, après convocation de 549 patients dont 492 présents à l'audience, 475 décisions de maintien ont été prononcées, 17 mainlevées dont 11 à effet immédiat, furent ordonnées tandis que 57 ordonnances ont constaté que la levée de l'hospitalisation était effective avant l'audience ;

- Entre le 1<sup>er</sup> et le 31 janvier 2023, sur 42 patients convoqués 33 ont comparu et ont vu leur hospitalisation maintenue alors que pour les 9 autres il avait d'ores et déjà été mis fin à la mesure.

Les recours sont rares, sept patients ayant interjeté appel en 2022. La cour a rendu un arrêt d'irrecevabilité, quatre confirmatifs tandis que deux ont modifié la décision du premier juge pour lever la mesure après mise en place d'un programme de soins.

La lecture de quelques ordonnances a permis de constater l'attention rigoureuse du juge à contrôler la réalité des troubles psychiatriques au regard des éléments qui lui sont soumis et la nécessité du maintien de la mesure de SSC au vu de l'évolution de l'état de santé du patient lors de l'audience.

### 8.2.2 Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Les modalités de mise en œuvre de l'office du JLD sur le contentieux de l'isolement et de la contention conformément aux dispositions de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique ont fait l'objet de réflexions pour aboutir à la rédaction, à compter du mois d'avril 2022, d'un memo à destination des praticiens. Ce document, particulièrement exhaustif (18 pages), explique aux médecins les exigences posées par la loi quant au respect du droit des patients et à la durée des mesures autant qu'il décrit les modalités de mise en œuvre du contrôle subséquent dévolu au JLD. Des fiches techniques et des formulaires ad hoc ont de plus été diffusés dans tous les services concernés. Comme pour le contentieux des mesures d'hospitalisation, le bureau des entrées centralise l'ensemble des documents.

Du 23 avril au 31 décembre 2022, le JLD, saisi 410 fois pour contrôler la régularité de mesures d'isolements, a levé 55 d'entre elles. De l'analyse de la trentaine des ordonnances communiquées aux contrôleurs, il ressort que ces mainlevées sont essentiellement motivées par la saisine tardive du JLD mais aussi par le manque de notification des droits du patient et par des délais de renouvellement non conformes. Plus rarement, le juge a constaté des certificats médicaux insuffisamment circonstanciés pour établir objectivement le risque de dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. La plupart des patients ne sollicitent pas leur comparution en audience. Ceux qui le demandent sont, sauf contre-indication médicale, entendus par le JLD qui se déplace à l'hôpital.

## 9. LES SOINS

### 9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES REPOSENT SUR UNE ORGANISATION DEPARTEMENTALE CENTREE SUR UN UNIQUE POLE DE PSYCHIATRIE ADULTE

#### 9.1.1 L'organisation des soins psychiatriques

Différentes crises institutionnelles ont modelé l'organisation des soins psychiatriques. La démission en 2016 de la CME suivie de la démission d'un chef de pôle sans candidat pour la reprise, puis l'absence de certification par la haute autorité de santé (HAS) en 2018 ainsi que différents audits montrant de grandes disparités et inégalités dans l'offre de soins entre intra et extrahospitalier, conjugués au départ des praticiens hospitaliers vers l'extrahospitalier, ont entraîné l'intervention de l'ARS afin d'accompagner une nouvelle organisation.

Le choix d'un seul pôle départemental de psychiatrie adulte couvrant les trois secteurs a conduit à repenser l'organisation des soins psychiatriques avec le regroupement des différents secteurs en deux territoires Est et Ouest et un territoire transversal comprenant notamment la préparation à la sortie, le CAC et le DAO, l'unité fermée et les équipes mobiles. Le pôle de pédopsychiatrie s'organisant autour de l'intersecteur et la création d'une unité d'hospitalisation pour adolescents.

Le projet médical s'oriente vers la transformation des trois unités au long cours en deux unités long cours et une unité pour hospitalisation libre.

Cette organisation unipolaire pour toute la psychiatrie adulte, couvrant tout le département avec un seul chef de pôle, propose une offre de soins que l'on peut penser égale pour tous les patients.

Cette organisation unipolaire de la psychiatrie adulte confère au chef de pôle une place prépondérante mal équilibrée par une présidence de la commission médicale d'établissement (CME) dont le nom n'apparaît pas sur l'organigramme de l'établissement remis aux contrôleurs au moment de la visite.

Les différentes instances (collège médical, bureau) liées à la CME fonctionnent mal et n'apportent pas la part contradictoire et les éléments critiques et variés nécessaires à une politique managériale qu'un audit réalisé par un cabinet extérieur à la suite d'une alerte du CHSCT, a qualifiée d'agressive.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique :*

*« La mise en place d'un pôle unique de psychiatrie adulte correspond à une évolution stratégique souhaitée par la direction et la gouvernance médicale de l'établissement dans un contexte général de difficultés de recrutements médicaux. A 3 ans de sa mise en œuvre, nous constatons que cette organisation a permis de fluidifier le parcours du patient intra-extra hospitalier et les admissions, de sécuriser l'organisation de la permanence des soins et les procédures de soins sans consentement par un pilotage équilibré des ressources médicales (entre médecins inscrits à l'Ordre et médecins en parcours de qualification). Cette structure d'organisation polaire (un pôle adulte et un pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, déclinés ensuite en territoires de proximité) est d'ailleurs un modèle actuellement en vigueur*

*dans d'autres établissements psychiatriques de la région (de taille plus importante ou plus petite).*

*Vous notez par ailleurs que les différentes instances liées à la CME fonctionnent mal. Or, il est à souligner que la CME, dont l'une des missions principales porte sur le développement d'une politique de qualité et de sécurité des soins, a priorisé le réengagement de l'ensemble de ses sous-commissions thématiques : douleur, éthique et bientraitance, liaison en alimentation et nutrition, lutte contre les infections nosocomiales, médicaments et dispositifs médicaux, identitovigilance, urgences vitales et dossier patient. Ainsi, ce ne sont pas moins de 8 commissions pluridisciplinaires, chacune pilotée par un médecin, qui sont actives. Cette dynamique a d'ailleurs été soulignée positivement par les experts de la Haute Autorité de Santé lors de leur visite en mars 2023. Par ailleurs, depuis début 2024, une réunion préparatoire à la CME, pilotée par Madame la Présidente de CME et réunissant la direction et les médecins chefs de pôle, est instituée et permet un premier échange contradictoire sur les sujets portés à l'ordre du jour. Ces éléments témoignent d'un fonctionnement dynamique, auquel la direction est associée, lui permettant de remplir pleinement les missions réglementaires qui lui sont dévolues, conformément aux dernières évolutions souhaitées en matière de gouvernance hospitalière. Enfin, vous citez le rapport d'audit ADDHOC. Or, celui-ci ne qualifie à aucun moment d'agressive la politique managériale globale du NHN. Le rapport fait état de certains positionnements managériaux individuels que la direction a d'ailleurs pu ensuite accompagner. D'ailleurs, en témoigne le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé, publié en juillet 2023, qui a très bien noté l'ensemble des critères relatifs au leadership de la gouvernance (94 % de satisfaction), à l'organisation de l'établissement qui favorise le travail en équipe et le développement des compétences (90 %), ou encore le fait que "les professionnels de l'établissement sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance" (93 %). Ainsi, la direction, la présidence de la CME et l'ensemble des membres du Directoire du NHN demandent la suppression de ces deux paragraphes qui ne reflètent en rien le fonctionnement de la gouvernance de l'établissement. »*

### 9.1.2 La commission de l'organisation de la permanence des soins

Active, elle se réunit tous les six mois pour présenter quatre lignes de garde afin de couvrir tous les sites et une réponse 24h sur 24.

Un protocole très précis décrit les différentes lignes de gardes et leur organisation selon les sites et les statuts des praticiens.

- une ligne de garde en présentiel au CAC à l'hôpital d'Evreux ;
- une ligne de garde sur le site de Navarre ouverte à tous mais le plus souvent effectuée par les médecins associés ou les internes ;
- une ligne de garde sur Vernon organisée en deux temps avec, de 18h30 à 22h30 garde en présentielle et ensuite pendant la « nuit profonde », une astreinte de sécurité ;
- une ligne d'astreinte opérationnelle à domicile, assurée obligatoirement par les médecins psychiatres inscrits à l'ordre départemental des médecins et ayant la possibilité de signer les certificats.

Les praticiens effectuant des déplacements pendant l'astreinte notent leur venue au standard et sont payés en conséquence.

### 9.1.3 Le parcours de soins

L'orientation des hospitalisations vers les services est orchestrée par l'équipe du DAO qui traite toutes les demandes. Il est précisé que l'organisation sectorielle est favorisée mais c'est surtout la disponibilité des places qui fait loi ce qui compromet les liens entre les équipes extra et intra hospitalières nécessaires à la continuité du soin.

Les personnes admises en unité d'entrée peuvent ensuite être hospitalisées dans l'unité plus spécifiquement orientée vers la prise en charge des troubles anxieux et des troubles dépressifs, ou, selon la durée d'hospitalisation, vers des unités dites de longs séjours ou de préparation à la sortie. Tous les pavillons peuvent accueillir des personnes en soins sans consentement.

L'unité fermée ne reçoit jamais de personnes en hospitalisation libre. Y sont accueillis des patients en SSC en phase aiguë, des patients détenus, les patients en SDRE au moins à leur arrivée pour une évaluation ainsi que les irresponsables pénaux.

### 9.1.4 Le fonctionnement institutionnel

Le nombre de médecins étant suffisant, les patients sont reçus très régulièrement en entretien. Les supervisions ou les analyses de la pratique sont très rarement organisées.

La tenue de réunions de service régulières et systématiques comme les synthèses autour de situations cliniques sont variables d'une unité à l'autre, dans certaines les rencontres entre intra et extrahospitalier ne sont pas favorisées. Les réunions de services sont souvent limitées aux simples transmissions réalisées au moment des changements d'équipe. Il a été rapporté que les transmissions se faisaient vers les services extra hospitaliers par le biais des écrits dans le dossier informatisé.

#### RECOMMANDATION 11

La coordination entre les soins proposés dans les unités d'hospitalisation et les unités ambulatoires doit être accrue afin d'améliorer la qualité des soins.

Des réunions de fonctionnement sont réalisées une fois par an.

Des activités occupationnelles variées sont organisées dans les services avec des budgets dédiés renouvelés chaque année en fonction des projets portés par l'équipe de soignants : atelier cuisine, dessin, sortie piscine, pêche, sorties culturelles, etc. Les bâtiments disposent d'espaces adaptés et de matériel adéquat. La présence de temps d'éducateur spécialisé et autres métiers dans certains services d'hospitalisation pour adultes atteste de cette volonté d'améliorer et d'organiser le séjour des personnes hospitalisées.

La cafétéria de l'établissement, lieu très prisé des patients, n'est ouverte que de 13h30 à 17h en semaine et fermée le week-end.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Cette affirmation nécessite une précision. La cafétéria des patients est gérée par le Centre Institutionnel des Activités Thérapeutiques (CATIS). Aussi, il a été noté qu'en l'absence d'une option de restauration le matin, les patients sont davantage encouragés à participer aux activités thérapeutiques du CATIS qui leur sont proposées pendant cette période. Cette concentration d'activités peut favoriser l'engagement des patients et leur offrir des opportunités*

*personnelles et sociales et participent à leur prise en charge globale. Il est enfin à noter que depuis avril 2023, la cafétéria est également ouverte le week-end. »*

Les activités thérapeutiques, sur prescription médicale, se font au sein de l'unité CATIS (centre d'activité thérapeutique interservices), unité de réhabilitation psychosociale, ouverte en juin 2022, et également dans l'unité « Duplex » qui regroupe les soins somatiques (cf. infra).

Les activités sont ouvertes à tous les patients, quel que soit leur statut, sur prescription médicale en fonction de l'état clinique. Les personnes accueillies à l'unité fermée ont également accès aux activités du CATIS sur prescription et y sont accompagnées par un éducateur. Au moment de la visite, 140 patients hospitalisés bénéficiaient d'activités variées au CATIS.

### 9.1.5 Les psychologues

Quatre-vingts psychologues, dont les deux tiers sont contractuels, sont présents dans l'ensemble des structures de soins du NHN. Ils se réunissent régulièrement en collège des psychologues.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Au 31 janvier 2023, date de visite de l'équipe du CGLPL, le NHN comptait 70 psychologues, dont la moitié étaient contractuels. Depuis, l'établissement a organisé un concours (en juin 2023) qui a permis la mise en stage de 9 psychologues. »*

Ils reçoivent les patients en entretien dans les unités, participent à la vie institutionnelle auprès des équipes de soignants et certains organisent des activités groupales.

Leur statut de titulaire leur donne accès au tiers temps ou temps FIR (formation, information, recherche) consacré à leur formation.

Les psychologues déplorent l'absence de réunion de soignants-soignés, en dehors d'une seule unité, et la rareté des synthèses sur des situations cliniques qui permettent de maintenir le lien entre intra et extra hospitalier, de coconstruire les parcours de soins et de réduire les ruptures de soins.

## RECOMMANDATION 12

L'organisation actuelle en pôle départemental unique pour la psychiatrie adulte doit s'entourer d'espaces de réflexion et de supervision afin de garantir un accès aux soins diversifié.

## 9.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT GLOBALEMENT ASSURES MAIS DES AMELIORATIONS SONT NECESSAIRES

L'organisation des soins somatiques et de la pharmacie porte l'empreinte des difficultés organisationnelles et fonctionnelles de l'établissement. En effet la pharmacie est rattachée au pôle de psychiatrie adulte alors que les soins somatiques et les activités de réadaptation sont à eux seuls regroupés en un pôle, le troisième pôle étant l'inter secteur de pédopsychiatrie avec la nouvelle unité d'hospitalisation des adolescents.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Le rattachement de la Pharmacie au Pôle de Psychiatrie adulte lors de la dernière réorganisation polaire relève d'une stratégie institutionnelle, au regard des projets portés par l'équipe de*

*pharmacie, et témoigne de l'appui de l'établissement au déploiement des activités de pharmacie clinique. Cela s'explique notamment par le fait que la grande majorité des dispensations assurées par la pharmacie sont de nature psychiatrique. Les pharmaciens sont ainsi plus étroitement associés à la prise en charge des patients. »*

### 9.2.1 L'organisation des soins somatiques

Un pavillon « Duplex » abrite le centre de soins somatiques. Il regroupe, sur deux étages, des cabinets de consultation médicale, un cabinet dentaire, une salle de kinésithérapie et différents bureaux où se déroulent des consultations, différentes activités individuelles (activité d'aromathérapie, soins esthétiques, etc.) et quelques activités en groupe comme la remédiation cognitive. Ce bâtiment héberge également les bureaux des diététiciens et du neuropsychologue (*cf. infra*).

Les locaux sont spacieux, avec de grandes salles pour les activités, bien entretenus et lumineux, l'accès y est aisé.

L'effectif médical théorique est de 4,8 équivalents temps plein (ETP) de praticien. Au moment de la visite, l'effectif réel n'était que de 2,6 ETP.

Les unités d'hospitalisation disposent d'un référent médical qui intervient sur place selon un planning hebdomadaire précisant les différentes demi-journées de présence. Les consultations et les soins, sur rendez-vous, sont également proposés dans les cabinets de l'unité « Duplex ». En l'absence du référent, une permanence est assurée en journée. La nuit, le médecin assurant la garde psychiatrique prend en charge les demandes de soins somatiques et le 15 est appelé en cas d'urgence vitale. Il n'y a pas de garde ni d'astreinte le week-end.

L'examen somatique des personnes hospitalisées sous contrainte est réalisé dans les 24 heures qui suivent l'admission. En dehors de la prise des constantes et de la réalisation d'un électrocardiogramme, aucun bilan systématique n'est réalisé et les examens biologiques ou spécialisés sont prescrits par le psychiatre ou à l'issue de l'examen somatique.

En revanche, il n'existe pas de consultation systématique par un médecin somaticien du pôle lors des placements en isolement et des mises sous contention.

#### RECOMMANDATION 13

La mise en chambre d'isolement avec ou sans pose de contention nécessite une surveillance médicale avec un examen somatique complet, relevant de la compétence du médecin généraliste, dont le résultat doit figurer dans le dossier du patient.

La mise sous contention ne fait pas l'objet de protocole précisant la nécessité de prévention des troubles thrombo-emboliques.

**RECOMMANDATION 14**

La prévention des maladies thrombo-emboliques, en cas de contention, doit être envisagée pour chaque patient en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant.

Deux demi-journées par semaine sont prévues pour des consultations de médecine générale dans les CMP d'Évreux afin de permettre une poursuite des soins initiés au cours de l'hospitalisation de certains patients chroniques qui n'ont pas de médecin traitant.

**BONNE PRATIQUE 3**

La possibilité d'une poursuite des soins somatiques en ambulatoire dans un CMP est un bénéfice pour les patients précarisés n'ayant pas désigné de médecin traitant, dans le déni des troubles ou lorsque le territoire est déserté par les praticiens.

**9.2.2 L'accès aux soins spécialisés**

Il est facilité par l'appartenance de l'établissement au GHT regroupant dix établissements de santé.

Il existe un accord tacite entre le service de cardiologie et le NHN pour une lecture rapide des électrocardiogrammes et la possibilité d'obtenir un rendez-vous pour une échocardiographie dans des délais raisonnables.

Les consultations dentaires sont assurées par un dentiste à raison d'une journée par semaine avec la possibilité d'effectuer des prothèses. Il n'existe pas de suivi ambulatoire pour les personnes retournant à domicile.

Des consultations sont possibles au CH d'Évreux en ophtalmologie, en diabétologie, en gynécologie.

Il est fait appel indifféremment aux ressources du privé et du public pour les spécialités de chirurgie et toute l'imagerie (radiographie, scanner et IRM). Les électro-encéphalogrammes sont réalisés en privé.

Les actes de sismothérapie sont effectués dans la clinique des Portes de l'Eure.

La kinésithérapie est assurée par deux vacataires à raison de trois demi-journées par semaine.

Une neuro-psychologue, nouvellement recrutée, effectue des bilans neuropsychologiques et propose des prises en charge sous forme de remédiation cognitive en individuel ou en groupe et en partenariat avec les diététiciens et les ergothérapeutes. Elle intervient également dans le centre d'activité thérapeutique. Les projets sont nombreux mais la réalisation peine à se mettre en place.

La prise en charge de la diététique est assurée par deux diététiciens autant pour les patients hospitalisés qu'en ambulatoire. Leurs prestations sont ordonnées sur prescription médicale. Des échanges avec l'équipe des cuisines permettent d'établir les régimes particuliers et adaptés aux situations cliniques. Sollicités par une des pharmaciennes, les diététiciens ont animé des ateliers sur la sensibilisation à l'hygiène alimentaire. Les retours très positifs sont à l'origine d'un projet de groupe thérapeutique en cours d'élaboration.

Des consultations avec un pédicure sont assurées par un ancien infirmier psychiatrie formé en pédicurie-podologie.

Régulièrement, la venue, sur le parking, d'un camion d'une société privée d'optique offre la possibilité aux personnes hospitalisées au long cours, d'obtenir la mesure de leur acuité et éventuellement la commande de lunettes de vue.

Les locaux sont également ouverts à différents intervenants pour des journées d'information et de prévention autour de différents sujets comme la diététique, la pratique sportive, les infections sexuellement transmissibles et les vaccinations.

### 9.2.3 L'addictologie

Il n'y a pas de filière addictologie avec un service d'addictologie spécifique. Les soins sont apportés par les médecins psychiatres dans les unités. Les consultations externes sont assurées par le CSAPA qui gère la délivrance de la méthadone en ambulatoire.

L'équipe de liaison en addictologie (ELSA) du CH d'Évreux intervient sur demande au CAC et dans les unités d'hospitalisation.

La prise en charge est morcelée par une absence de filière clairement identifiée.

#### RECOMMANDATION 15

Une réflexion doit être engagée sur l'organisation et la formalisation d'un accès spécialisé aux soins en addictologie.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « L'équipe ELSA du CH Eure-Seine intervient seulement au CAC du fait de l'implantation de cette unité au sein du CH. Le NHN dispose d'une équipe interne ELSA qui intervient dans les unités d'hospitalisation du site principal (cf. rubrique « Addictologie » de notre site internet). L'équipe ELSA est composée d'un 0,2 ETP de médecin généraliste, de 0,5 ETP d'une psychologue et 0,5 ETP d'infirmière qui exerce en temps partagé avec le CSAPA. Par ailleurs, le NHN gère un CSAPA de manière collaborative dans le cadre d'un GCSMS avec l'Association L'Abri et assure, à ce titre, une consultation d'addictologie au sein de la Maison d'Arrêt d'Evreux. De plus, il est à souligner que 36% des praticiens du NHN disposent d'une formation diplômante en addictologie (28 médecins au total). »*

### 9.2.4 La pharmacie

Trois pharmaciens et cinq préparateurs en pharmacie constituent l'équipe de pharmacie ; l'une des pharmaciennes est présidente de la CME depuis 2016. Bien que service à vocation transversale, la pharmacie fait partie du pôle de psychiatrie adulte.

Le service est force de proposition mais peine à retenir l'attention des autres partenaires.

Le logiciel de prescription est *Axigate*. Les ordonnances ne sont pas toutes vérifiées. En cas de suspicion de prescription erronée, et en plus des alertes incluses dans le logiciel informatique, les pharmaciens contactent téléphoniquement le praticien. Le livret du médicament est accessible dans le logiciel et une substitution par des génériques est effectuée sauf avis contraire.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit régulièrement.

La délivrance des traitements se fait par dotation par service et délivrance nominative hebdomadaire individuelle avec une périodicité de sept jours pour les entrants et quatorze jours pour les longs séjours.

Dans le cadre de la qualité, des audits sur la tenue des pharmacies des services pour les gouttes et l'administration des traitements ont été réalisés.

Des projets de préparations de gouttes par un robot est à l'étude.

Il n'existe pas de permanence la nuit ni le week-end, mais un accès à une armoire à pharmacie de dépannage est possible au personnel soignant par un système de clés et de codes très sécurisés faisant intervenir la garde administrative.

De nombreux projets sont proposés et peinent à être validés par l'établissement. Si la conciliation médicamenteuse d'entrée a débuté au CAC, d'autres demeurent à l'état de projet comme la consultation pharmaceutique avec entretien individuel avec le patient et éventuellement ses proches. Une pharmacienne est titulaire d'un DU d'éducation thérapeutique et une autre est formée à la prise en charge spécifique des plaies ; leurs propositions d'animer des groupes ou de partager leurs acquis ne recueillent pas d'échos dans les services ni auprès de la communauté médicale et il n'existe pas de groupes d'éducation thérapeutique.

#### RECOMMANDATION 16

La conciliation médicamenteuse, comme l'éducation thérapeutique sont des démarches de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge du patient dans son parcours de soins ; l'établissement doit apporter son soutien aux professionnels en charge de leur mise en place.

Les soignants regrettent le faible temps de présence des pharmaciens et des préparateurs dans certaines unités. Une présence plus régulière par des visites dans les services pourrait permettre un décloisonnement des pratiques et susciter un intérêt des soignants et des médecins pour l'apport de ces démarches dans l'alliance thérapeutique et dans l'observance des traitements.

#### 9.2.5 Les examens biologiques

Ils sont réalisés par le laboratoire de l'hôpital général d'Évreux, et transmis par voie informatique. Néanmoins, certains dosages sanguins de molécules spécifiques à la psychiatrie <sup>21</sup>, ne sont pas réalisés sur place et la multiplication des intermédiaires a pour conséquence un retard dans la remise des résultats. Cette situation peut avoir des conséquences non négligeables sur la prise en charge de certaines situations cliniques (toxicité ou inefficacité de certains traitements).

<sup>21</sup> Lithémie, dosage sanguin de médicaments comme la CLOZAPINE, certains neuroleptiques.

**RECOMMANDATION 17**

Le circuit de traitement de certains examens sanguins doit être évalué afin d'améliorer la rapidité des résultats dans un objectif de qualité et de sécurité des soins.

**9.3 LES FINS D'HOSPITALISATION SONT PREPAREES, NOTAMMENT GRACE A DES AUTORISATIONS DE SORTIE, Y COMPRIS POUR LES PATIENTS EN SDRE****9.3.1 Les sorties**

La fin de l'hospitalisation est préparée dès que l'état clinique du patient le permet, et ce en associant l'ensemble des professionnels, en intra et en extra hospitalier, et les familles lorsque cela est possible. Ainsi, au regard des informations recueillies, il semble que les sorties sans préparation soient exceptionnelles.

A cet égard, il est positivement relevé que même les patients hospitalisés sous le statut de SDRE bénéficient de sorties de courte durée – accompagnées de moins de 12h ou non accompagnées de 48h maximum – quand bien même le nombre de refus par la préfecture a eu tendance à augmenter au cours des derniers mois précédant le contrôle. Lorsqu'il y a des refus, ceux-ci sont sommairement motivés.

Il est cependant regretté qu'à l'instar de ce qui se passe dans d'autres établissements, le manque d'effectif en personnel infirmier ne permette pas toujours d'assurer l'accompagnement des patients qui le nécessitent à l'extérieur.

De même, l'absence de places dans certaines structures d'aval (MAS et foyers occupationnels notamment) retarde parfois la fin de l'hospitalisation.

De manière plus problématique, la sous-exploitation du potentiel offert par l'unité « Châtaignier Miel » (appelée aussi « Passerelle » ou « unité de préparation à la sortie ») est déplorée. Ainsi, au moment de la visite des contrôleurs, les appartements thérapeutiques relevant de l'unité étaient aux trois quarts vides. Il apparaît dès lors crucial de définir plus clairement l'objet de cette unité et de lui dédier un cadre de santé pour remobiliser l'équipe et de « reconnecter » cette unité au reste des unités d'hospitalisation afin qu'elles lui adressent de nouveau des patients.

**9.3.2 Les programmes de soins**

Les programmes de soins (PDS) sont en nombre relativement conséquent ; de plus, ils semblent utilisés de manière appropriée et conforme à la réglementation en vigueur.

Ainsi, au moment du contrôle, soixante-deux patients hospitalisés en soins sans consentement bénéficiaient d'un PDS. Toujours menés en ambulatoire, ces PDS correspondent à une réelle sortie d'hospitalisation.

Comme prévu dans les textes et pour réévaluer ces PDS, le collège des professionnels de santé se réunit, à échéance régulière et après avoir été convoqué par le directeur. Le bureau des admissions veille au respect des dates butoirs – un tableau dédié a été créé à cette fin – et à la convocation de tous ses membres. Il se compose du psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un psychiatre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation. Le collège recevrait les observations des patients à chaque fois. Concernant la mise en place d'un programme de soin pour les patients sous le statut de SDRE, le préfet ne demande pas systématiquement un deuxième certificat médical : ainsi, au

cours des cinq années précédant le contrôle, seules deux demandes de la sorte ont été dénombrées ; dans les deux cas, des programmes de soins ont finalement été mis en place.

#### 9.4 LE CONSENTEMENT DU PATIENT AUX SOINS N'EST PAS TOUJOURS RECHERCHE

La recherche du consentement est perfectible, tout d'abord dans l'explication des certificats médicaux lors de leur rédaction et dans le recueil des observations du patient qui ne sont jamais consignées dans les certificats. Pour rappel, ces certificats médicaux ne sont pas remis au moment de la notification des décisions (cf. § 4.3.2).

La recherche du consentement bénéficie, le cas échéant, de l'aide de la personne de confiance dont le rôle est expliqué dans le livret d'accueil. Sa désignation n'est cependant pas systématiquement proposée – lors de l'admission ou dès que l'état clinique du patient le permet – dans l'ensemble des unités.

Par ailleurs, l'établissement n'a pas mis en place les directives anticipées en psychiatrie en cas de crise (ou plan de prévention des crises). Les seules directives anticipées citées dans le livret d'accueil concernent la fin de vie.

#### RECOMMANDATION 18

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.

Concernant le consentement aux traitements, des prescriptions de traitement en « si besoin » sont établies au sein des unités. Dans la pratique, la plupart du temps, les médecins ne se déplacent pas pour confirmer une prescription en « *si besoin* ». Or, le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement *per os* ou injectable n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ».

#### RECOMMANDATION 19

La prescription de traitement en « *si besoin* » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration.

## 10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 10.1 DE NOMBREUX MINEURS FONT L'OBJET DE DECISIONS D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ET CERTAINS SONT HOSPITALISES EN UNITES POUR ADULTES MALGRE L'EXISTENCE D'UNE UNITE SPECIFIQUE

#### 10.1.1 L'organisation générale

Le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, supervisé par un chef de pôle et une cadre supérieure de santé, comprend une unité spécifique pour les mineurs, l'unité d'hospitalisation pour adolescents (UHA), implantée au sein du NHN et ouverte depuis le 6 septembre 2021. Cette structure a une vocation départementale (mais peut accueillir, par exception, des mineurs d'autres départements) et dispose d'une capacité de huit places d'hospitalisation complète – pour des séjours de trois semaines maximum – et de quatre places d'hôpital de jour, destinées à des enfants de 12 à 18 ans.

Le dispositif ambulatoire est constitué de 21 structures réparties sur sept villes du département à destination des enfants ou des adolescents (huit CMP, cinq hôpitaux de jour et quatre CATTP), d'une maison des adolescents (qui assure également, depuis janvier 2023, des permanences itinérantes dans les établissements scolaires et centre médico-sociaux avec un camping-car), d'un service d'accueil familial thérapeutique, d'une équipe mobile départementale pour adolescents (EMDA) et d'une équipe territoriale d'appui au diagnostic de l'autisme (ETADA). Des consultations spécialisées du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et périnatales de pédopsychiatrie sont assurées. L'EMDA gère les situations demandant une intervention rapide (72h) et a pour mission notamment de soutenir les professionnels dans la prise en charge des patients hospitalisés et d'assurer la psychiatrie de liaison avec les différents services de soins dont les urgences et la pédiatrie.

L'UHA dispose d'un projet de soins, définissant son organisation et ses modalités de fonctionnement, qui était en cours de réécriture suite à l'arrivée d'un nouveau chef de pôle en octobre 2022. Le projet avait été travaillé, avant l'ouverture, par les actuelles cadre supérieure de santé et cadre de santé, et par l'ancien chef de pôle. L'UHA et le dispositif ambulatoire bénéficient tous deux d'un livret d'accueil spécifique.

#### 10.1.2 L'activité générale au NHN

La file active de patients mineurs hospitalisés au NHN a progressé de 28 % en 2022 : en 2021, 107 mineurs ont été pris en charge et 137 en 2022, augmentation qui aurait commencé suite à la pandémie de Covid-19. La plupart ont plus de 16 ans (59 % en 2021 et 53 % en 2022) mais cette tendance décline. Beaucoup ont connu des parcours chaotiques et font l'objet de placements dans des foyers de l'aide sociale à l'enfance ou en instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques. Malgré l'ouverture récente de l'UHA<sup>22</sup>, de nombreux mineurs continuent d'être hospitalisés dans les unités destinées aux patients adultes ce qui ne peut qu'interroger sur

---

<sup>22</sup> Le projet de création d'une unité d'hospitalisation à temps complet pour mineurs a été présenté en octobre 2019, avec le soutien de l'ARS Normandie, dans le cadre de l'appel à projet national « *renforcement spécifique des ressources de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* ».

l'estimation qui a été effectuée du besoin réel<sup>23</sup>. Ainsi, en 2022, sur 137 mineurs, plus de la moitié a été hospitalisée en psychiatrie adulte (63,5 % soit 87 mineurs) ; de 2021 à 2022, les hospitalisations de mineurs en psychiatrie adulte ont augmenté de 2 %.

Au jour du contrôle, quatre mineurs dont une au profil complexe, hospitalisée depuis trois ans au sein de l'hôpital, étaient hébergés dans les unités pour adultes faute de place à l'UHA. Neuf jeunes étaient par ailleurs sur liste d'attente de l'UHA.

### 10.1.3 L'hospitalisation des mineurs au sein des unités adultes

Toutes les unités adultes sont susceptibles d'accueillir des adolescents à l'exception des unités « Erable Pourpre » (unité fermée) et « Tulipier Pourpre » (unité pour troubles anxiodépressifs). Les unités qui en accueillent le plus sont les unités « Chêne Miel », « Fayard Miel », « Fayard Pourpre » et « Chêne Pourpre ».

Les mineurs sont le plus souvent hébergés dans les chambres d'isolement, dès l'admission, ce afin de les protéger des adultes et quel que soit leur âge. Ainsi, en octobre 2022, trois enfants dont un de 12 ans et un autre de 14 ans ont été placés, dès leur admission, dans la CI de l'unité « Charme Miel » où ils sont restés deux jours. Les événements indésirables, qui tracent ces situations, indiquent que ces accueils se sont déroulés dans un contexte de surcapacité sans lit disponible. Ces pratiques sont particulièrement attentatoires à la dignité des enfants qui sont en principe admis dans une structure de soins pour y être soignés ; elles ont été dénoncées dès 2017 par la HAS<sup>24</sup>. Qui plus est, la promiscuité d'adolescents avec des patients adultes aux pathologies très diverses n'est pas adaptée à leur maturité et est susceptible de les mettre en danger, et ce, même si les jeunes rejoignent l'UHA en journée (de 9h à 17h) et qu'une infirmière de liaison est spécifiquement détachée pour les prendre en charge. Les soignants rencontrés ont conscience de cette situation traumatisante qu'ils regrettent.

## RECOMMANDATION 20

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes mais dans des unités spécifiques, adaptées à leur âge et à leurs besoins, notamment en matière d'activités et de scolarité. En conséquence, il est urgent que des solutions soient dégagées, comme l'augmentation de la capacité de l'UHA, pour que tout enfant bénéficie d'une prise en charge spécialisée. Dans l'attente, aucun mineur ne doit être hébergé dans des chambres d'isolement des unités adultes.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « L'unité d'hospitalisation pour adolescents a ouvert ses portes en septembre 2021 suite à la réponse de l'établissement à l'appel à projet "Mesures nouvelles pour la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent". Il s'agissait de créer les huit premiers lits dédiés sur le département de l'Eure,*

<sup>23</sup> Le rapport de certification de la HAS de 2017 indiquait : « tous les moyens ne sont pas mis à disposition pour assurer le respect des libertés individuelles de tous les patients. Il n'existe pas d'unité dédiée à l'hospitalisation des enfants et adolescents. La présence de nombreux mineurs, dans des services accueillant des adultes (plus de 200 en 2016), fait courir un risque de maltraitance pour le jeune patient ».

<sup>24</sup> Le rapport de certification de la HAS de 2017 indique : « la présence de nombreux mineurs, dans des services accueillant des adultes (plus de 200 en 2016), fait courir un risque de maltraitance pour le jeune patient qui est alors parfois placé en chambre d'isolement pour sa propre protection sans motif clinique ».

*pour un budget de 1,380 million d'euros. Depuis début 2024, le NHN a mis en place un groupe de travail réunissant l'équipe de Direction/les Chefs de Pôle / les Cadres afin d'examiner de nouvelles pistes de travail visant à limiter, si possible éviter, l'admission de patients mineurs en unité d'hospitalisation de psychiatrie adulte. »*

#### 10.1.4 L'hospitalisation des mineurs au sein de l'UHA

Les hospitalisations sont majoritairement programmées suite à une consultation de préadmission au sein de l'UHA. L'objectif est d'obtenir le consentement de l'adolescent et de ses parents et de créer une alliance thérapeutique. Les adolescents peuvent être orientés, après évaluation par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison, du service de pédiatrie du CH d'Evreux, du centre d'accueil et de crise s'ils ont plus de 15 ans ou après une consultation médicale.

##### a) L'activité et le profil des mineurs accueillis à l'UHA

La file active était de 28 mineurs hospitalisés à temps plein de septembre à décembre 2021 et de 93 de janvier à novembre 2022, le taux d'occupation est passé sur ces mêmes périodes de 89 % à 92 %, la durée moyenne d'hospitalisation de 21, 9 jours à 26,5 jours. La majorité a moins de 16 ans (72 % en 2021 et 57 % en 2022) mais cette tendance diminue. Les adolescents sont principalement hospitalisés à la demande des titulaires de l'autorité parentale (ils l'étaient tous au jour de la visite), plus rarement par une ordonnance de placement provisoire ou en SDRE. Les profils accueillis présentent en majorité des troubles anxio-dépressifs ou suicidaires et des pathologies en lien avec les addictions aux écrans et aux réseaux sociaux. Au jour du contrôle, huit mineurs étaient hospitalisés dont deux filles, âgées de 12 à 17 ans, l'hospitalisation la plus ancienne datant du 19 octobre 2022 soit quatre mois.

Certaines situations sont très complexes et concernent principalement les jeunes suivis par l'aide sociale à l'enfance (ASE) avec laquelle les liens sont difficiles. Le service rencontre parfois d'importantes difficultés pour mettre en œuvre la sortie d'hospitalisation, qui devient délétère puisqu'elle se poursuit alors qu'elle n'est plus justifiée : au jour de la visite, une jeune fille était toujours hospitalisée faute de solutions dégagées par l'ASE depuis trois mois. Des places ne sont pas libérées alors que la liste d'attente est importante.

#### RECOMMANDATION 21

Des réunions avec l'ensemble des acteurs concernés doivent se tenir afin de lever les difficultés avec le service d'aide sociale à l'enfance et éviter que des enfants se trouvent hospitalisés pour la seule raison d'absence de solutions de sortie.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Nous avons pris l'initiative d'organiser de nombreuses réunions avec la direction de l'aide sociale à l'enfance du département de l'Eure et avons développé des relations étroites avec l'ensemble des partenaires à un niveau de proximité tels que les éducateurs des différentes structures accueillant les enfants, responsables de services éducatifs, assistants familiaux, ainsi que les juges pour enfants. Ainsi, depuis avril 2023, ce sont déjà 4 réunions qui ont pu se tenir. Néanmoins, à l'occasion de la plupart de ces réunions, les responsables de l'ASE ont exprimé un manque de moyens criant avec une baisse notable du nombre de familles d'accueil, une insuffisance de place dans les lieux de vie et foyers ainsi que l'impossibilité d'exercer les diverses mesures judiciaires telles que des mesures éducatives en milieu ouvert ou de placement à*

*domicile faute de moyens pour se faire. Nous poursuivons nos échanges afin d'identifier de potentielles solutions de soutien et d'engagement réciproques. »*

L'UHA n'est pas confrontée à beaucoup de violences à l'exception de celles, non négligeables, commises par la mineure hospitalisée depuis trois ans (violence sur personnel ou actes auto agressifs).

#### *b) Les ressources humaines*

L'UHA dispose d'une équipe complète et pluridisciplinaire qui comprend 0,6 équivalent temps plein (ETP) de cadre de santé, onze ETP d'IDE dont deux détachés la nuit, sept ETP d'AS dont deux détachés sur la nuit, un ETP de psychologue, un ETP d'assistant de service social, 0,5 ETP d'ergothérapeute, 0,5 ETP de psychomotricien, deux ETP d'éducateur spécialisé (intervenant du lundi au vendredi de 9h à 17h), un ETP d'assistant médico-administratif, quatre ETP d'ASH (intervenant tous les jours de 8h15 à 20h15 pour l'entretien des locaux mais amenés à encadrer les jeunes sur les temps de transmission par exemple). Tous bénéficient de fiches de poste.

L'équipe a été recrutée avant l'ouverture par la cadre supérieure et la cadre de santé et a bénéficié d'une semaine de formation avant l'accueil des premiers mineurs. Elle est stable et il y a peu d'absentéisme. Selon les propos recueillis, les professionnels sont impliqués il y a une bonne dynamique d'équipe.

L'organisation du service prévoit un effectif minimum de trois soignants le jour (deux IDE et un AS) et de deux la nuit mais il fonctionne plutôt en effectif souhaité soit quatre soignants (deux IDE et deux AS) et deux éducateurs le jour et trois soignants la nuit (deux IDE et un AS). Des formations adaptées peuvent être suivies par les agents telle la santé affective et sexuelle, l'adolescence en crise, les enfants victimes de violence, l'ethnopsychiatrie, l'évaluation et la rééducation des enfants présentant des troubles d'apprentissage, la systémie, la thérapie familiale ; en 2020-2021, 27 agents ont bénéficié d'une formation sur les droits des mineurs en psychiatrie et deux nouveaux diplômés universitaires ont été accordés (clinique familiale et pratique systémique et psychologie et psychopathologie de la périnatalité et du très jeune enfant). Un fonds documentaire actualisé est à disposition au sein de l'UHA comprenant des fiches pratiques sur les dispositions des textes en vigueur et les recommandations en la matière s'agissant de l'autorisation parentale d'admission en soins psychiatriques d'un mineur, de l'autorité parentale, de l'accès au dossier médical du mineur, etc. De plus, la cheffe de pôle dispense, de façon régulière, des formations à toute l'équipe (dont les contenus sont ensuite disponibles) qui sont extrêmement appréciés dans leur format et leur contenu.

#### **BONNE PRATIQUE 4**

Les formations dispensées par la cheffe du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent permettent d'accroître les compétences de l'équipe de l'UHA.

Une pédopsychiatre, stagiaire associée, intervient à 80 % depuis la création de l'unité. Le jour de son absence, la pédopsychiatre, cheffe de pôle, la remplace ce qui permet d'assurer la présence d'un pédopsychiatre du lundi au vendredi. A partir de 17h, du lundi au vendredi et le week-end, le psychiatre de garde prend le relais. Il n'y aurait pas de difficulté particulière dans ces situations dans la mesure où l'équipe connaît bien les jeunes accueillis.

Une bonne collaboration est notée de part et d'autre entre équipe médicale et paramédicale.

Un médecin généraliste intervient à chaque arrivée d'un jeune dans l'unité pour effectuer un bilan général et se déplace ensuite sur demande, les soins spécialisés sont assurés au CH d'Evreux.

L'unité ne bénéficie d'aucune intervention d'enseignants de l'Education nationale dont le concours est fondamental pour la prise en charge de mineurs, d'autant que beaucoup sont soit déscolarisés soit rencontrent des difficultés scolaires. Ceux qui étaient de bons élèves ont un fort sentiment d'échec d'arrêter leur scolarisation. La plupart des jeunes rencontrés regrettent de ne plus avoir de cours.

## RECOMMANDATION 22

L'unité d'hospitalisation pour adolescents doit bénéficier de l'intervention d'enseignants de l'Education nationale.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Concernant l'absence d'intervention scolaire à l'Unité d'Hospitalisation pour Adolescents (UHA), nous souhaitons souligner que les séjours des adolescents au sein de l'UHA sont généralement de courte durée, habituellement d'environ trois semaines. Cette nature brève des séjours présente des défis particuliers en ce qui concerne la mise en place d'un programme éducatif structuré et adapté auquel l'Education Nationale, sollicitée en la personne de l'inspecteur d'Académie, n'a pas pu répondre favorablement faute de ressources disponibles. Cependant, nous explorons d'autres alternatives pour trouver des solutions qui répondent aux besoins éducatifs des adolescents accueillis à l'UHA, notamment, en accompagnant les adolescents dans la réalisation de leurs devoirs, en leur donnant accès aux ordinateurs de l'unité et en faisant du lien avec l'établissement de référence par la mise en place d'ESS (Equipe de suivi de la scolarisation). »*

Des réunions sont fréquemment organisées : staffs quotidien, réunions de transmission, réunion clinique hebdomadaire, réunion institutionnelle de service.

L'équipe bénéficie d'une supervision une fois par trimestre dispensée par un professionnel extérieur à l'établissement.

L'unité bénéficie d'un budget lui permettant de fonctionner et de financer des activités.

### *c) La prise en charge des mineurs hospitalisés*

#### *i) Les locaux*

L'UHA occupe un pavillon spécifique à l'écart de celui des adultes. La configuration du bâtiment, qui est de plain-pied et qui dispose d'un espace extérieur propre, est adaptée à la prise en charge de mineurs.



*L’entrée de l’UHA*



*Salle de balnéothérapie*

Les locaux sont propres et entretenus et comprennent l’ensemble des salles nécessaires aux besoins des patients, à l’exception d’un salon famille : bureaux, salle de soins, salle de restauration, grande salle de détente comprenant un espace activité (et équipé notamment de trois postes informatiques) et le salon TV, salle de balnéothérapie, etc.



*Salle d’activité*



*Espace TV*

L’espace extérieur, accessible depuis la salle de restauration et d’activité, est particulièrement agréable : bien équipé, il comprend des tables permettant de manger dehors, des tables de ping-pong, un sac de frappe et un terrain de basket.



*Espace extérieur de l'UHA*



*Terrain de basket*

Les huit chambres individuelles, que peuvent décorer les jeunes, sont meublées d'une table avec une chaise, d'une table de chevet et d'un fauteuil.

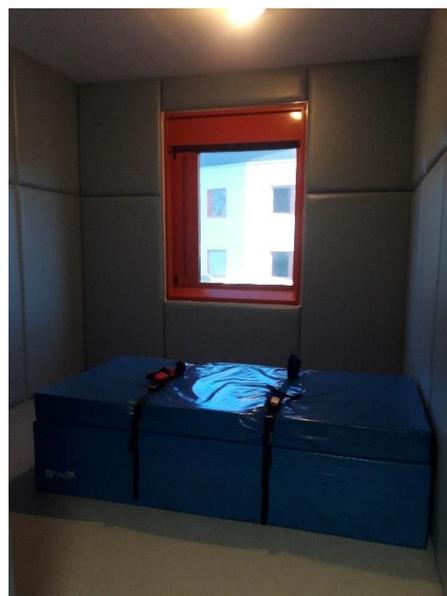


*Chambres individuelles*

L'UHA comprend en outre une chambre d'apaisement et une chambre d'isolement.



*Chambre d'apaisement*



*Chambre d'isolement*

La chambre d'isolement (CI), entièrement capitonnée, comprend un lit et une assise plastifiés. On y accède depuis un sas qui dessert un espace sanitaire comprenant un lavabo et un WC. La CI ne comporte pas de dispositif d'appel des soignants accessible en situation de contention ni de boutons permettant au patient, de manière autonome, d'allumer la lumière et de fermer les volets ; elle n'est pas dotée d'horloge indiquant l'heure et la date ; l'adolescent n'a pas accès librement aux WC et à l'eau car la porte accédant à l'espace sanitaire est fermée quand le jeune est isolé.

### RECOMMANDATION 23

Les patients isolés doivent avoir accès à un dispositif d'appel des soignants accessible en situation de contention. Ils doivent pouvoir, de manière autonome, avoir accès à de l'eau, à un espace sanitaire et à des WC, actionner la lumière, les volets, aérer la pièce, se repérer dans le temps grâce à une horloge horodatée.

#### ii) Le quotidien

A l'arrivée, l'équipe remet aux adolescents un livret d'accueil qui est clair, illustré de photos et qui comprend un plan des locaux. Il pourrait être néanmoins rendu plus accessible et pédagogique d'autant que l'unité accueille de très jeunes enfants.

L'accès aux soins est assuré : les jeunes ont des entretiens hebdomadaires avec le psychiatre ; un examen clinique est effectué à l'arrivée par le médecin généraliste et des rendez-vous avec des spécialistes sont pris si besoin.

Les repas, servis aux horaires d'usage (8h30 petit-déjeuner, 12h déjeuner, 16h goûter, 19h dîner, 21h tisane) qui sont assouplis lors des week-ends, sont toujours thérapeutiques et pris avec les soignants.

Plusieurs activités sont organisées (sport, art-thérapie, médiation animale, équithérapie) ainsi que des sorties extérieures (courses dans le cadre de la cuisine thérapeutique, piscine, *escape game*, etc.). Les jeunes ont également accès au terrain de basket extérieur et à un baby-foot ; ils

peuvent utiliser, avec la surveillance de l'équipe, trois postes informatiques, 1h30 par jour, et une tablette numérique.

Chaque adolescent bénéficie d'un emploi du temps individuel dans le cadre de son projet de soin personnalisé.

Le tabac est interdit et des substituts nicotiques sont proposés si besoin.

Les jeunes se réunissent une fois par semaine pour un groupe de parole, l'objectif étant de recueillir leurs avis pour améliorer le quotidien. Un questionnaire de sortie est annexé au livret d'accueil.

### iii) Les restrictions de droits

La demande des titulaires de l'autorité parentale d'hospitaliser leur enfant est systématiquement recueillie ainsi que toutes les autorisations nécessaires. Sauf prescriptions médicales contraires, les jeunes peuvent appeler tous les jours leur famille et les rencontrer deux fois par semaine pour une durée d'1h.

Le portable est interdit dans l'objectif d'une rupture avec l'environnement et de laisser le jeune concentré dans les activités. Or les téléphones portables revêtent une importance majeure pour les adolescents (liens avec les proches, famille ou amis, connexion à leur communauté, etc.). Il serait préférable que les mineurs y aient accès de manière accompagnée et encadrée sur des temps spécifiques afin de favoriser une éducation au numérique, aux réseaux sociaux et à leurs inconvénients plutôt que de les interdire d'autant qu'ils y ont accès lors des autorisations de sortie et une fois qu'ils seront partis du CH.

## RECOMMANDATION 24

Le téléphone portable ne peut être retiré à tous les mineurs de façon générale et absolue. Le principe doit être son utilisation, sauf prescription médicale contraire, en lien avec les consignes des titulaires de l'autorité parentale, dans un cadre défini et sur des temps spécifiques permettant ainsi aux soignants d'accompagner les enfants dans l'utilisation de cet outil et de les éduquer au numérique et aux réseaux sociaux.

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du NHN indique : « Depuis le passage de l'équipe du Contrôleur, les mineurs hospitalisés à l'UHA ont accès à leur téléphone portable, sur un temps calme quotidien. Cette pratique est accompagnée par le médecin responsable de l'unité qui a intégré l'éducation à l'utilisation des réseaux sociaux au groupe de psychoéducation qu'elle assure avec les jeunes hospitalisés. »*

### 10.1.5 Les pratiques d'isolement et de contention

Sur l'ensemble du NHN, en 2021, 46 mineurs ont été isolés (44 en 2020) et 19 contentonnés (26 en 2020).

Selon le registre d'isolement et de contention dont la fiabilité n'est pas avérée (cf. § 7.2), 424 mesures d'isollements ont été décidées en 2022 qui ont concerné 57 mineurs, tous en soins libres, soit presque 42 % de la file active des mineurs hospitalisés. Si on enlève les mesures décidées à l'encontre d'une patiente dont la prise en charge est particulièrement compliquée et qui cumule à elle seule 212 mesures, le nombre de mesures s'élève à 212, soit presque quatre mesures d'isolement par mineur (3,71).

Ces isolements peuvent concerner de très jeunes patients (la moyenne d'âge est de 14 ans) : en 2022, ils ont concerné deux enfants de 10 ans, deux de 11 ans, trois de 12 ans, trois de 13 ans. Ils peuvent être très longs : 34h d'isolement pour un enfant de 11 ans, 31h pour un enfant de 12 ans, 70h pour un enfant de 13 ans. Plusieurs isolements dépassent les 48h, le plus long relevé étant de 94h pour un jeune de 16 ans.

Ces mesures d'isolement ne sont pas soumises au JLD puisqu'il s'agit de patients en soins libres. En 2022, 329 mesures de contention ont été décidées pour 15 mineurs. Elles concernent aussi de très jeunes patients : deux de 11 ans dont l'un a été contentonné plus de 4h.

Ces pratiques, très rarement constatées dans les autres établissements visités par le CGLPL, sont attentatoires à la dignité et à la bientraitance d'enfants hospitalisés. Elles sont illégales car elles concernent toutes des patients en soins libres et, au vu de leur nombre, il apparaît qu'elles ne sont pas des mesures de dernier recours comme la loi l'exige depuis 2016 et qu'elles sont envisagées comme des techniques de soins médicalement prescrites. En témoigne notamment le projet de soins de l'UHA qui indique que « *la mise en chambre de soins intensifs se définit comme une modalité de soin...Ce processus comprend une prescription* ».

### RECOMMANDATION 25

Toute mesure d'isolement, *a fortiori* de contention, d'un patient mineur doit être proscrite dès lors que, sauf dans l'hypothèse où le patient concerné est pris en charge au titre de soins sur demande du représentant de l'Etat (SDRE), elle est contraire à la loi. Considérant en outre qu'une telle mesure, y compris dans cette dernière hypothèse, est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru.

En tout état de cause, aucune mesure d'isolement ou de contention ne doit être mise en œuvre sans que soient respectées les exigences de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique quant au contrôle juridictionnel de ces mesures.

## 10.2 LES PATIENTS DETENUS SONT SYSTEMATIQUEMENT HOSPITALISES EN CHAMBRE FERMEE

Les patients détenus sont hospitalisés au sein de l'unité fermée sécurisée qui compte deux parties distinctes (séparées par des portes qui peuvent être maintenues ouvertes) dont une, dotée de cinq lits, destinée à leur accueil. Ouverte en 2013, cette unité avait initialement été conçue pour accueillir, en plus des détenus de la maison d'arrêt (MA) d'Evreux, ceux du centre de détention de Val-de-Reuil (Eure) qui sont désormais pris en charge au centre hospitalier spécialisé du Rouvray (Seine-Maritime). En cas de suroccupation de l'autre partie de l'unité d'hospitalisation, des patients non détenus peuvent y être hébergés ; les portes battantes séparant les deux parties sont alors maintenues ouvertes. Tel était le cas au moment de la visite des contrôleurs, si aucun détenu n'était hospitalisé, deux patients occupaient des chambres dans cet espace.

Les cinq chambres « détenus » sont toutes identiques. Dotées de serrures à double cylindre – permettant de les fermer à clé de l'extérieur – elles sont uniquement équipées d'un lit fixé au sol. Les portes d'accès aux sanitaires et du placard ont été retirées, la fenêtre est barreaudée et la porte d'entrée de la chambre percée d'un large fenestron qui peut néanmoins être occulté par un volet.



*Une chambre de l'unité pour patients détenus*

Les personnes détenues orientées par les psychiatres de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de la MA sont exclusivement hospitalisées en SDRE au titre de l'article L.3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale.

La prise en charge de ces patients est évoquée dans un protocole interne à l'hôpital, révisé le 12 septembre 2018.

Une fois l'arrêté préfectoral reçu par l'établissement, une équipe constituée d'un chauffeur et de deux soignants, un IDE et un AS dont au moins un homme, se déplace à la MA dans une ambulance équipée pour un transport couché. Le protocole prévoit que le médecin sollicitant l'admission rédige, le cas échéant, « *une prescription de contention pour le transfert vers le Nouvel Hôpital de Navarre* ». Selon les informations recueillies, cette prescription n'est pas systématique.

A leur arrivée au NHN, les personnes détenues sont systématiquement enfermées en chambre pour une période d'observation de 24h. Les repas sont pris en chambre comme le prévoient les règles de vie de l'unité. Au-delà de cette période, les patients-détenus sont autorisés, sauf prescription médicale contraire, à prendre leurs repas – toujours seuls et sous surveillance d'un soignant – dans une salle équipée d'une table et de tabourets scellés au sol et d'un poste de télévision. Ils peuvent également – quatre fois par jour, après chaque repas – être accompagnés par un soignant dans la cour sécurisée de l'unité, notamment pour fumer une cigarette. Ces moments constituent les principales sorties hors de la chambre et ces patients ne disposent d'aucune liberté d'aller et venir au sein de l'unité et demeurent dans les faits enfermés dans leur chambre.

#### **RECOMMANDATION 26**

Les mesures systématiques d'isolement à l'encontre des personnes détenues, qui ne sont motivées que par le statut pénal du patient et non son état clinique, doivent être proscrites.



*Salle à manger et « salle d'activité » des détenus*

Les communications téléphoniques et les visites avec les personnes autorisées à communiquer avec le patient-détenu et détentrices d'un permis de visite sont théoriquement possibles, toujours en présence d'un soignant. Un espace de visite est même implanté dans l'unité. Le protocole de prise en charge précise que l'équipe soignante doit contacter le greffe de la MA pour obtenir les informations nécessaires à la mise en œuvre de ces droits. Selon les informations fournies, ils sont extrêmement rarement mis en œuvre notamment en raison de la brièveté des hospitalisations (*cf. infra*).

La sortie s'effectue selon des critères exclusivement médicaux et s'organise en lien avec l'USMP. Le retour du patient vers la prison incombe aux services pénitentiaires qui doivent, dès réception de l'arrêté de mainlevée, procéder au rapatriement. Selon les informations fournies, l'escorte pénitentiaire ne pénètre pas dans le service.

35 détenus ont été hospitalisés (pour 43 mesures) en 2021 et 42 (pour 54 mesures) en 2022 ; soit une augmentation de 20 %. La durée moyenne de séjour de sept jours reste stable en 2022 ; les durées d'hospitalisation sont comprises entre deux et vingt jours. En 2022, aucune demande d'orientation d'un détenu vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lille n'a été sollicitée.

16/18 quai de la Loire  
BP 10301  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)