



Rapport de visite :

**Centre hospitalier
spécialisé Maison
Blanche**

**Site d'Avron, 20^{ème}
arrondissement de
Paris (75)**

Du 3 au 7 octobre 2016 -1^{ère} visite

SYNTHESE

Accompagnée de cinq contrôleurs, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté a effectué une visite annoncée du site d'Avron (20^{ème} arrondissement) du centre hospitalier spécialisé de Maison Blanche à Paris, du 3 au 7 octobre 2016.

Cet établissement n'avait jamais fait l'objet d'un contrôle auparavant.

A l'issue de cette visite, un rapport de constat a été adressé à la direction de l'établissement le 28 juin 2017. Celle-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 1^{er} août 2017 ; elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Ouvert en 1900, sur le site de Neuilly-sur-Marne (Seine-Saint-Denis), dans la banlieue Est, à environ 25 km de Paris, l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche (EPSMB) était à l'origine le 5^{ème} asile de la Seine destiné à accueillir les patients parisiens sur un site de 65 hectares.

Entre 1998 et 2011, l'EPSM est entré dans une mutation majeure, laquelle a eu des conséquences importantes pour les patients et leurs familles qui se sont vu proposer une offre de soins à proximité de leur environnement de vie.

Cette nouvelle sectorisation a permis le déploiement de structures dans Paris *intra-muros*, organisées autour des centres médico-psychologiques, avantage indéniable qui s'est accompagné néanmoins de plusieurs inconvénients. Le site d'Avron ouvert en 2004, situé dans le 20^{ème} arrondissement de Paris, assure la prise en charge de la population de ce territoire divisée en trois secteurs (75G27-75G28-75G29) avec une capacité d'accueil de 121 lits. Chaque secteur est complété par un centre médico-psychologique (CMP), et en inter sectoriel d'un centre de jour, d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), d'un dispositif de post hospitalisation, d'appartements et ateliers thérapeutiques.

L'activité en soins contraints du site Avron est relativement importante. Ont été pris en charge, en 2015, 161 patients en admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) et 716 en admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPD). La sociologie de la population accueillie, dont la moitié n'est pas originaire du secteur, est proche de celle du département voisin de la Seine-Saint-Denis avec un public en grande précarité et des fragilités cumulées au niveau social et économique.

Les patients sont accueillis dans des locaux qui avaient initialement été construits pour être des HLM et présentent de nombreux inconvénients. Ces locaux sont imbriqués dans d'autres bâtiments en vis-à-vis direct qui ont gardé cette destination initiale. Ils contraignent les professionnels et sont inappropriés à la prise en charge de patients par :

- le manque d'intimité (chambres, salle de restauration, etc.) ;
- la limitation des espaces de déambulation (une cour de promenade qui a un aspect carcéral) ;
- le manque d'espace d'accueil des familles ou de salle d'activité au sein des unités.

Les locaux sont dégradés, mal entretenus et sombres. Les patients ne disposent pas d'espace de convivialité (cafétéria, salon...) et semblent délaissés dans les aires de circulation du rez-de-chaussée, sans soignants, où ils se régulent entre eux.

L'hôpital ne bénéficie pas vraiment d'une fonction d'accueil, la rue semble se terminer aux portes des unités. L'insécurité qui règne dans l'environnement proche (trafics, circulation de drogue, intrusion de personnes indésirables) est prégnante dans la vie institutionnelle et a pour effet d'appliquer des restrictions semblant rechercher la sécurisation. Ces règles ont pour

conséquence de rendre la vie des patients encore plus inconfortable, d'autant que leurs applications varient en fonction des situations, et conduisent à de nombreuses incompréhensions et conflits avec les patients ou leur famille.

Malgré leur implication, les professionnels subissent les mauvaises conditions architecturales qui semblent les empêcher de penser des modalités de prise en charge appropriées et sont découragés par le fait que les projets de réaménagement sont sans cesse repoussés.

L'isolement et la contention sont peu utilisés mais aucun registre permettant un suivi et une analyse de ces pratiques n'a été mis en place. Les chambres d'isolement sont des chambres ordinaires sans sécurisation qui ne présentent pas les caractéristiques nécessaires pour contenir des personnes en situation de crise (robinetterie saillante, tuyauterie parfois descellée, luminaire accessible, absence de bouton d'appel malade).

Dans son courrier en réponse au rapport de constat, la direction de l'établissement indique qu'elle « a conscience de l'état de vétusté du site. Comme exposé lors de la visite du CGLPL, ce site ne peut être rénové à court ou à moyen terme compte tenu du nombre important d'opérations de travaux en cours au sein du GHT. Néanmoins, le président du conseil de surveillance et le directeur ont pris la décision conjointe de mener, dès la fin d'année 2016, des actions d'améliorations des conditions d'accueil et d'hébergement du site d'Avron. Celles-ci sont permises par le travail effectué depuis 2004, sur l'évolution du budget d'investissement. Dans ce cadre un groupe projet, piloté par l'adjoint du directeur et constitué des chefs de pôle, des cadres supérieures de santé, de la direction des travaux, de la direction des achats et de la logistique et de la délégation culturelle « accueil et hospitalité » du GHT a été mis en place le 22 novembre 2016. Suite à la réunion de restitution de la visite du CGLPL cinq axes de travail ont été arrêtés ».

Ainsi, le courrier précise qu'il est prévu :

- la restructuration du rez-de-chaussée, de la cour intérieure et de l'ensemble du bâtiment (à compter de novembre 2017). La téléphonie a été remplacée en juin 2017 ;
- la sécurisation du site sera renforcée par un dispositif de vidéosurveillance, une étude sera réalisée concernant les effectifs nécessaires à la sécurisation du site et un partenariat va être mis en place avec le commissariat du 20^{ème} dans la cadre de la convention hôpital-police-justice ;
- le recensement des besoins d'équipement des trois secteurs a engendré l'engagement de 98 000 euros d'achats de mobilier ;
- en ce qui concerne l'hygiène, un nettoyage hebdomadaire des patios a été instauré. Suite à la visite du CGLPL, un huissier de justice a été mandaté pour constater et objectiver les carences du prestataire et le contrat a été suspendu après une remise en état un nouveau prestataire intervient depuis juillet 2017 ;
- la mise en place d'une délégation « culturelle-accueil et hospitalité » a été mise en place. Elle a vocation à élaborer de manière collaborative avec les professionnels et les patients des pistes d'améliorations du quotidien des patients. Plusieurs projets sont évoqués comme : l'animation d'un travail avec les ergothérapeutes sur l'aménagement futur du patio (avec patients, paysagiste, architecte, artiste, designer) ; le développement d'activités intersectorielles (bibliothèque, chariot beauté, cuisine mobile, jardin partagé, organisation de conférences) ;

- la création et l'amélioration d'espaces d'hospitalité (salon patients, salle des familles dans chaque unité avec fontaine à eau, dispositif d'écoute, bibliothèque, implantation d'une buvette au rez-de-chaussée) ;
- le développement d'un partenariat culturel sur le territoire (théâtre national de la colline, médiathèque Marguerite Duras).

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE 49

L'organisation de la permanence des soins somatiques est efficace et les efforts de prévention et de dépistage des maladies chroniques doivent être encouragés.

2. BONNE PRATIQUE 49

Le souci de continuité des soins et les conventions avec des professionnels de santé extérieurs à l'établissement garantissent une prise en charge globale du patient en ambulatoire.

3. BONNE PRATIQUE 50

La distribution des médicaments se fait de manière confidentielle et permet au patient d'échanger avec les soignants et de s'approprier le soin.

4. BONNE PRATIQUE 53

L'unité du 27^{ème} secteur, Avron 2 et Rasselins 2, est ouverte dans la journée permettant ainsi aux patients, quel que soit leur statut, d'aller et venir librement.

5. BONNE PRATIQUE 54

La possibilité laissée aux patients du 27^{ème} secteur de fermer la porte de leur chambre et de leur placard est à saluer.

6. BONNE PRATIQUE 56

Le 27^{ème} secteur bénéficie d'un management dynamique ainsi que d'un personnel stable et très impliqué.

7. BONNE PRATIQUE 57

Les conditions d'hospitalisation au sein du 27^{ème} secteur sont globalement respectueuses de la liberté des patients (porte ouverte, accès au téléphone portable, visites) et de leur dignité (clés de la chambre et du placard à disposition, conservation des effets personnels).

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 16

Le site nécessite des travaux urgents de rénovation et de réparation ainsi que la mise en place d'une politique plus soutenue d'entretien des locaux.

2. RECOMMANDATION 16

Des espaces de convivialité et de sociabilité, dans lesquels des soignants seraient présents, doivent pouvoir être proposés aux patients.

3. RECOMMANDATION 17

Le dispositif d'accueil et de contrôle des entrées doit être pensé au plus près de l'entrée de l'établissement.

4. RECOMMANDATION 17

Des soignants devraient être présents dans l'espace de déambulation du rez-de-chaussée, où sont présents de nombreux patients.

5. RECOMMANDATION 25

Une copie des décisions d'admission doit systématiquement être remise au patient et laissée à sa disposition.

6. RECOMMANDATION 26

Un complément de formation, ciblé sur les droits du patient hospitalisé sans consentement, devrait être mis en place au bénéfice de l'ensemble de l'équipe de soins. Un document récapitulatif et précisant les droits des patients devrait être affiché dans les espaces communs.

7. RECOMMANDATION 27

Le port du pyjama doit être strictement proportionné à la nécessité des soins requis et limité à une brève durée ou lorsque le patient est mis en chambre d'isolement.

8. RECOMMANDATION : 29

Certains programmes de soins, qui ne comportent que de courtes ou de rares sorties, devraient s'exercer dans le cadre d'une hospitalisation complète avec des permissions de sortie afin de permettre un contrôle par le JLD.

9. RECOMMANDATION 30

Il convient que chaque service dispose de vêtements de rechange pour les patients démunis.

10. RECOMMANDATION 31

L'organisation des audiences doit être revue pour que les patients, notamment ceux venant d'autres établissements avec des contraintes de transport, n'attendent pas plusieurs heures.

11. RECOMMANDATION 34

Les aumôniers doivent disposer d'un bureau au sein de l'hôpital.

12. RECOMMANDATION 38

Une réflexion pluriprofessionnelle doit être menée afin d'améliorer les conditions matérielles de l'isolement, en matière de confort, conformité, sécurité (installer un dispositif d'appel -sous forme d'interphone ou a minima un voyant lumineux) et de respect des droits des patients, pour l'ensemble des trois secteurs du site d'Avron.

13. RECOMMANDATION 38

En chambre d'isolement, Il est nécessaire de permettre aux patients de se situer dans le temps en installant une horloge avec la date et offrir, si possible, un moyen de distraction.

14. RECOMMANDATION 39

Conformément à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, des registres spécifiques à chaque pratique thérapeutique (isolement, contention) doivent être mis en place afin de permettre aux soignants d'avoir une lisibilité sur leur nombre.

15. RECOMMANDATION40

Il conviendrait de fournir des menus répondant aux exigences alimentaires de l'ensemble des pratiques professionnelles et non pas de se limiter à l'une d'entre elles et, par ailleurs, de varier les propositions des plats dans les régimes particuliers.

16. RECOMMANDATION41

Il est nécessaire d'harmoniser le fonctionnement des unités en ce qui concerne l'introduction de denrées alimentaires par les patients ou leur famille. Il faut également mettre à jour règlement intérieur et livret d'accueil sur ce point.

17. RECOMMANDATION46

Un salon d'accueil, convivial et confortable, doit être proposé pour les visites des proches.

18. RECOMMANDATION48

Si une grande vigilance de la part de l'équipe vis-à-vis des personnes fragiles est primordiale, la sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion afin d'envisager les moyens dont ces derniers pourraient disposer pour gérer leur vie affective et sexuelle.

19. RECOMMANDATION59

Les patients ne bénéficient pas d'un volume suffisant d'activités et sont faiblement occupés. Le nombre d'activités thérapeutiques et occupationnelles qui leur sont proposées doit être augmenté..

20. RECOMMANDATION62

L'intimité des patients est compromise par la présence des « oculus » sur chacune des portes de chambres. L'intimité des patients doit être préservée.

21. RECOMMANDATION :66

Sauf justificatif lié à l'état de santé, le patient doit pouvoir disposer dans les 2^{ème} et 3^{ème} étages du 28^{ème} secteur, comme dans d'autres secteurs, de la clef de sa chambre et de son placard.

22. RECOMMANDATION67

La salle de bains située au 2^{ème} étage du 28^{ème} secteur doit être rendue utilisable par les patients.

23. RECOMMANDATION69

Comme au 3^{ème} étage du 28^{ème} secteur, la mise en place de réunions institutionnelles afin d'élaborer un projet écrit de prise en charge, visant à harmoniser les pratiques des soignants, devrait être généralisée.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	8
RAPPORT	11
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 UN DISPOSITIF DE PSYCHIATRIE PARISIEN FONDE, DE LONGUE DATE, SUR LE PRINCIPE DE SECTORISATION GEOGRAPHIQUE	13
2.2 MAISON BLANCHE, UN ETABLISSEMENT QUI A CONNU DE PROFONDES MUTATIONS HISTORIQUES	13
2.3 DES LOCAUX PEU ADAPTES, INSUFFISAMMENT ENTRETENUS, SOUMIS A UNE CERTAINE INSECURITE LIEE A L'ENVIRONNEMENT PROCHE	15
2.3.1 Les locaux	15
2.3.2 L'accès à l'établissement	17
2.4 UN ETABLISSEMENT QUI NE RENCONTRE PAS DE DIFFICULTES DE PERSONNEL.....	17
2.5 UN BUDGET EN EQUILIBRE ET DES PERSPECTIVES D'INVESTISSEMENT	19
2.6 UNE ACTIVITE EN SOINS CONTRAINTS RELATIVEMENT IMPORTANTE	20
2.7 DES CONTROLES INSTITUTIONNELS REGULIERS	21
2.7.1 Le registre de la loi	21
2.7.2 La commission départementale des soins psychiatriques	21
2.7.3 La visite des autorités.....	21
2.8 PLUSIEURS INSTANCES PERMETTENT D'ASSURER LA GARANTIE DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ...	21
2.8.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers	21
2.8.2 Le comité d'éthique	22
2.8.3 Les questionnaires de satisfaction	22
2.8.4 Les temps d'échanges institutionnels	23
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	24
3.1 LES SOINS SANS CONSENTEMENT DANS LE DEPARTEMENT SONT GERES PAR LE BUREAU DES ACTIONS DE SANTE MENTALE (BASM) DE LA PREFECTURE DE POLICE DE PARIS	24
3.2 L'ACCUEIL DES PATIENTS ADMIS SANS LEUR CONSENTEMENT EST REALISE DANS CHAQUE UNITE ET LA NOTIFICATION DES DECISIONS FAIT L'OBJET D'UN SUIVI ATTENTIF DE LA PART DES SERVICES ADMINISTRATIFS	24
3.2.1 Les modalités d'admission	24
3.2.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	25
3.2.3 Le recueil des observations des patients	26
3.2.4 La désignation d'une personne de confiance	26
3.2.5 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité	26
3.2.6 La confidentialité sur l'hospitalisation	26
3.2.7 L'affectation du patient en unité	26
3.3 UNE INFORMATION DES PATIENTS QUI DOIT ETRE REVUE	27
3.3.1 Le livret d'accueil.....	27
3.3.2 Le règlement intérieur	27
3.4 LA PREPARATION DE LA SORTIE EST ARTICULEE AVEC LES SERVICES EXTRA HOSPITALIERS ET S'INSCRIT DANS LE CADRE DE PROGRAMMES DE SOINS POUR LES PATIENTS NECESSITANT UN CADRE CONTRAIGNANT.....	27
3.4.1 Les sorties de courte durée.....	27
3.4.2 L'avis préalable des médecins psychiatres	28

3.4.3	Le passage en programme de soins	28
3.4.4	La levée de la mesure	29
3.5	LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE DANS LA SALLE D'AUDIENCE DE L'HOPITAL SAINTE-ANNE, CE QUI IMPOSE TRANSPORT ET PARFOIS ATTENTE POUR LES PATIENTS.....	29
3.5.1	Les modalités d'organisation de l'audience	29
3.5.2	Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention	30
3.5.3	Les décisions rendues.....	32
4.	LES DROITS DES PATIENTS	33
4.1	LES PATIENTS ACCEDENT AISEMENT A LEUR BIEN	33
4.2	UN DROIT DE VOTE PEU UTILISE	33
4.3	LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES DES PATIENTS SONT RESPECTEES MALGRE L'ABSENCE DE LIEU DE CULTE.....	34
5.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	35
5.1	L'ISOLEMENT EST UNE PRATIQUE COURANTE AU SEIN DES TROIS POLES	35
5.1.1	Préambule.....	35
5.1.2	Les chambres d'isolement.....	35
5.2	LA CONTENTION EST UNE PRATIQUE STRICTEMENT ENCADREE DONT LE RECOURS EST EXCEPTIONNEL.	38
5.3	LE REGISTRE PREVU PAR L'ART 3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE N'EXISTE PAS.....	39
6.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	40
6.1	UNE RESTAURATION QUI NE DONNE PAS SATISFACTION	40
6.2	L'HYGIENE DES LOCAUX EST PERFECTIBLE	42
6.3	LA SECURITE EST ASSUREE PAR UNE SOCIETE PRIVEE	42
6.4	LES MOYENS DE TRANSPORT SONT MUTUALISES AU SEIN DU GROUPEMENT HOSPITALIER	43
6.5	L'ACCES AU TABAC EST FACILITE	43
6.6	LES RELATIONS DES PATIENTS AVEC L'EXTERIEUR QUI SONT MAINTENUES.....	44
6.6.1	Le téléphone	44
6.6.2	Le courrier	44
6.6.3	La télévision	45
6.6.4	L'informatique et l'accès à internet	45
6.6.5	Les visites	46
6.6.6	L'intervention des assistantes de service social	46
6.7	LA QUESTION DE LA SEXUALITE DES PATIENTS N'EST PAS ELABOREE PAR LES SOIGNANTS.....	47
6.8	LES SOINS SOMATIQUES SONT REMARQUABLEMENT ORGANISES	48
6.8.1	L'accès au médecin généraliste.....	48
6.8.2	Les consultations spécialisées	49
6.8.3	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	49
6.8.4	Le comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS).....	49
6.8.5	La distribution des médicaments	50
6.9	DES PLAINTES ET RECLAMATIONS PEU NOMBREUSES MAIS DES DELAIS DE REPONSES EN AUGMENTATION.....	50
6.9.1	Le traitement des plaintes et réclamations : la Commission des usagers (CDU)	50
6.9.2	L'accès au dossier médical	51
6.9.3	Les événements indésirables : le comité de coordination des vigilances et des risques (COVIRIS)	51
7.	LES CONDITIONS DE VIE PROPRES A CHAQUE UNITE	53
7.1	L'UNITE D'ACCUEIL NE REÇOIT QUE DES PATIENTS EN SOINS LIBRES	53
7.2	LE SECTEUR « BELLEVILLE » OU 27 ^{EME} SECTEUR : UNE UNITE OUVERTE	53
7.3	LE 29 ^{EME} SECTEUR, UNE SECONDE UNITE OUVERTE MAIS SUR SOLLICITATION DE L'OUVERTURE DE LA PORTE PAR LES SOIGNANTS	59

7.4 LE 28^{EME} SECTEUR, UNE PRISE EN CHARGE PROGRESSIVE EN FONCTION DE L'ETAGE D'AFFECTATION DU PATIENT.....	61
7.4.1 L'unité de soins intensifs (USI)	61
7.4.2 Présentation générale des unités du 28ème secteur : 2ème et 3ème étage.....	64
8. CONCLUSION GENERALE.....	73

Rapport

Contrôleurs :

- Adeline HAZAN, Contrôleure générale ;
- Adidi ARNOULD, cheffe de mission ;
- Yves HEMERY, contrôleur ;
- Chantal BAYSSE, contrôleure ;
- Agathe Logeart, contrôleure ;
- Cécile LEGRAND, contrôleure ;
- Mari GOICOECHEA, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué, du 3 au 7 octobre 2016, une visite du site d'Avron (20ème arrondissement) du centre hospitalier spécialisé de Maison Blanche, Paris (75)

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs ont été accueillis sur le site du pôle administratif, au 6-10 rue Pierre Bayle (20^{ème} arrondissement), le 3 octobre 2016 à 14h30, par le directeur du centre hospitalier Maison Blanche. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont le président de la commission spéciale de l'établissement (CME), les directeurs adjoints, des chefs de pôle et de secteur, des cadres de santé et des représentants des usagers.

A 16 h, les contrôleurs ont été accompagnés à l'établissement par l'équipe de direction pour la visite du site contrôlé, situé au 129 rue d'Avron (20^{ème} arrondissement). Ils ont réalisé une visite de nuit le 5 octobre 2017. Ils ont quitté l'établissement le 7 octobre à 12h après une réunion de restitution.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Paris, le bâtonnier de l'ordre des avocats, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail. Tous les documents demandés ont été fournis et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients, leurs familles, qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 UN DISPOSITIF DE PSYCHIATRIE PARISIEN FONDE, DE LONGUE DATE, SUR LE PRINCIPE DE SECTORISATION GEOGRAPHIQUE

La Communauté hospitalière de territoire (CHT) pour la psychiatrie parisienne réunit depuis 2013, trois établissements constitués en direction commune : l'Établissement Public de Santé Maison Blanche (EPSMB), le Groupe Public de Santé de Perray-Vaucluse (GPSPV) et le Centre Hospitalier Sainte-Anne (CHSA) ainsi que deux établissements associés, les hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) et l'Association de Santé Mentale du 13^{ème}arrondissement (ASM13). Dans le prolongement de ces coopérations initiées de longue date ces établissements sont réunis, depuis le 1^{er} juillet 2016, au sein d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) approuvé par l'ARS après consultations des instances internes.

Ces établissements constituent le dispositif sanitaire parisien en matière de santé mentale. Dans ce département, divisé en vingt-cinq secteurs de psychiatrie générale et douze secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ce sont 867 000 habitants qui sont couverts sur 2 070 000 de parisiens¹.

La prise en charge publique en santé mentale se fonde sur le principe de la sectorisation géographique par un fort engagement dans une politique de territoire articulé entre l'intra et l'extra hospitalier et ce bien avant la loi de 2016. Le projet médical partagé (PMP) du GHT parisien est en cours de réalisation. Elaboration à laquelle participe le personnel de l'établissement Maison Blanche qui s'articulent autour des axes prioritaires suivants :

- créations de filières spécialisées : prise en charge du sujet âgé, précarité, pédopsychiatrie, médecine somatique, addiction, hébergement ;
- développement de projets en interface entre psychiatrie et neurosciences ;
- renforcement de la recherche par la mise en place d'un collège de psychiatrie, ouverture de stages étudiants, recherches privilégiées sur les pathologies résistantes, les addictions et les sciences humaines (parcours du patient).

2.2 MAISON BLANCHE, UN ETABLISSEMENT QUI A CONNU DE PROFONDES MUTATIONS HISTORIQUES

Ouvert en 1900, sur le site de Neuilly-sur-Marne (Seine-Saint-Denis), dans la banlieue Est, à environ 25 km de Paris, l'hôpital Maison Blanche était à l'origine le 5^{ème}asile de la Seine.

Depuis son ouverture jusqu'aux années 70, l'établissement s'est agrandi et déployé sur le site nocéen pour atteindre une superficie de 65 hectares permettant d'accueillir près de 3 000 patients en 1968.

Au cours de la période 1998-2011, les projets de construction parisiens se sont succédé sans discontinuer et ont conduit de façon concomitante à une restructuration profonde des services administratifs, logistiques, techniques et médico-techniques. Cette mutation majeure de la configuration de l'établissement a eu des conséquences importantes pour les patients et leurs familles qui se sont vu proposer une offre de soins à proximité de leur environnement de vie. Cette sectorisation a permis le déploiement de structures dans Paris *intramuros*, organisées

¹ Chiffres issus du rapport d'activité 2015.

autour des centres médico-psychologiques, avantage indéniable qui s'est accompagné néanmoins de plusieurs inconvénients.

La « relocalisation parisienne » est achevée depuis janvier 2011, avec l'ouverture de la dernière structure d'hospitalisation Maison Blanche-19^{ème} arrondissement.

L'établissement public de santé Maison Blanche (EPSMB) est en charge de l'accueil de la population du quart Nord de la ville, pour 950 000 habitants, depuis le rattachement des secteurs des 8^{ème}, 17^{ème} arrondissements du groupe public de santé Perray Vacluse en juin 2016 (en sus des 9^{ème}, 10^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème}). Il regroupe douze² secteurs de psychiatrie adulte, trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et deux services intersectoriels pour les addictions. Ce sont ainsi, une soixantaine de lieux (structures ambulatoires et hospitalisations) qui proposent des soins et un suivi en santé mentale.

L'EPS de Maison Blanche dispose de sept lieux d'hospitalisation à temps complet. Sont rattachés à l'établissement :

- site d'Hauteville, situé dans le 10^{ème} arrondissement, accueillant les unités d'hospitalisation du 9^{ème} et du 10^{ème} (secteurs 75G05-06-G07) ; une unité à Paris 8^{ème} pour le secteur ;
- site Henri Ey, situé dans le 13^{ème} arrondissement, accueillant les unités d'hospitalisation du 8^{ème} et du 17^{ème} (secteurs 75G05-06, 75G19, 75G20-21) ;
- site de Bichat, situé dans le 18^{ème} arrondissement, accueillant les secteurs de cet arrondissement (secteurs 75G22, 75G23, 75G24) ;
- site de Lasalle, situé dans le 19^{ème} arrondissement, accueillant les secteurs de cet arrondissement (secteurs 75G25, 75G26) ;
- site d'Avron, à Paris 20^{ème} pour les secteurs G27, G28, G29 ;
- site de la pomme, situé dans le 18^{ème} arrondissement accueillant le service non sectorisé « unité d'hospitalisation mère-bébé » (qui a vocation à être relocalisé à Bichat fin 2017) ;
- site de Marmottan, situé dans le 17^{ème} arrondissement accueillant une unité d'hospitalisation en addictologie, non sectorisée ;
- site de Mont-Cenis, situé dans le 18^{ème} arrondissement accueillant le centre inter-hospitalier d'accueil permanent pour adolescents (CIAPA) dépendant du secteur de psychiatrie infanto-juvénile des 7^{ème}, 8^{ème} et 17^{ème} arrondissements (75I09) ;
- site historique de Neuilly-sur-Marne accueillant deux services non sectorisés, unités de soins de longue durée (USLD) la Roseraie et l'unité des patients en séjour prolongé (PSP) ;

² Depuis le regroupement, par délibération du conseil de surveillance de l'établissement en date du 30 juin 2016, des secteurs 75G05 et 75G06 pour ne former qu'un seul

- site du Perray situé à Epinay-sur-Orge deux unités d'hospitalisation enfants et adolescents rattachés au secteur 75109, qui ont vocation à être relocalisées à Paris fin 2017.

Au total, ce sont 583 lits d'hospitalisation générale, 30 lits de psychiatrie infanto-juvénile, 5 lits et 6 berceaux mère-bébé, 25 lits en centre de crise, 73 lits en post-cure, 12 lits pour la prise en charge des addictions, 114 lits de soins de longue durée, 52 lits pour patients en séjours prolongés, 50 places en accueil familial thérapeutique.

En 2015, ce sont 19 341 patients qui ont eu recours à l'EPSMB, dont 2°659 enfants et adolescents et 281 996 actes réalisés en ambulatoire.

Sur le site d'Avron de l'EPSMB ouvert en 2003/2004 est assurée la prise en charge de la population de ce territoire divisée en trois secteurs (G27-G28-G29) avec une capacité d'accueil de 121 lits, dont une unité pour patients difficiles de 10 lits, d'un foyer de post-cure intersectoriel la Métairie disposant de 32 lits (20^{ème}), une unité d'accueil exclusivement utilisée pour les patients en soins libres. Chaque secteur est complété par un centre médico-psychologique (CMP), et en intersectoriel par un centre de jour, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un dispositif de post hospitalisation, d'appartements et ateliers thérapeutiques.

Les secteurs de compétence sur une population de 60 000 habitants sont répartis selon les rues de domiciliation des habitants patients.

Le centre hospitalier est desservi par la ligne de métro n° 2, station Avron et la ligne n°9 station Maraîchers.

2.3 DES LOCAUX PEU ADAPTES, INSUFFISAMMENT ENTRETENUS, SOUMIS A UNE CERTAINE INSECURITE LIEE A L'ENVIRONNEMENT PROCHE

2.3.1 Les locaux

Comme indiqué *supra*, dans le cadre d'une politique visant à rapprocher les lieux de soins du domicile des patients et à construire une meilleure sectorisation (intra et extra), l'établissement public de santé de Maison Blanche a mis à la disposition de la population parisienne une structure d'hospitalisation par arrondissement. Les travaux du site Maison Blanche – Avron ont duré de 2000 à 2003. Les secteurs 75G27 et 75G29 ont emménagé en mars 2004.

Selon les propos recueillis, l'implantation à Avron, qui a été souhaitée par une majorité du corps médical, « *n'est pas la plus belle réussite de cette politique de relocalisation* ». Cette dernière s'est déroulée dans un contexte de tensions et de désaccords.

Les locaux ont été choisis en raison de leur proximité avec l'hôpital général de la Croix Saint-Simon mais le secteur G28, pour lequel une implantation au sein de l'hôpital Tenon a été un temps envisagé, est resté installé sur le site nocéen jusqu'en septembre 2005.

Selon les accords initiaux l'EPSM-Avron devait bénéficier du support d'un hôpital général, les locaux contigus ont été pensés pour construire une porosité qui n'existe pas à ce jour. Faute d'entente sur les modalités de coopération, la porte d'accès directe interne entre les deux hôpitaux a été murée et n'est aujourd'hui plus utilisable.

Les locaux avaient initialement été construits pour être des HLM et présentent de nombreux inconvénients. Ils sont imbriqués dans d'autres bâtiments en vis-à-vis direct qui ont gardé cette destination initiale. Ces locaux sont inappropriés pour la prise en charge de patients : manque

d'intimité, limitation des espaces de déambulation, une cour de promenade qui a un aspect carcéral, le secteur G28 n'a aucun espace d'accueil des familles ou de salle d'activité au sein des unités.

Les médecins ont été associés aux travaux d'aménagements des locaux mais, selon les propos recueillis, cette collaboration « *a connu de nombreuses embûches, soignants et architectes ne se sont pas suffisamment entendus* ».

L'ensemble de l'édifice est vétuste et les dégradations multiples ne sont pas réparées. Les peintures d'origines sont défraîchies, cloquent et s'effritent, les plinthes sont cassées à de nombreux endroits, les murs des couloirs couverts de graffitis. Les équipements sont réduits au strict minimum et parfois sont en très mauvais état (cf. §7.2). Le patio extérieur, principal lieu de déambulation des patients est peu entretenu, le sol est décollé par les racines de l'unique arbre présent en son centre. Les buissons ont été arrachés pour éviter les trafics qui se déroulaient à l'abri des regards. On y trouve seulement quelques chaises en plastique. Les espaces de socialisation et de convivialité sont quasiment inexistantes (pas de cafétéria par exemple).

Recommandation

Le site nécessite des travaux urgents de rénovation et de réparation ainsi que la mise en place d'une politique plus soutenue d'entretien des locaux.

Au rez-de-chaussée se trouvent : les bureaux administratifs, une salle de réunion, la régie, un espace détente avec un distributeur et des chaises fixées au sol, l'unité de soin d'accueil (ne recevant que des patients admis en soins libres), le service de médecine somatique, une pièce dédiée à l'ergothérapie intersectorielle.

Trois ascenseurs et un escalier permettent de se rendre dans les étages. Les accès aux escaliers sont ouverts. Les ascenseurs ne peuvent être actionnés qu'avec un badge que seuls le personnel possède.

A droite se situent :

- au 1^{er} étage : les unités Avron 1 et Rasselins 1 appartenant au secteur 75G29 disposant de vingt lits de psychiatrie et d'une chambre d'isolement chacune ;
- au 2^{ème} étage se trouvent les unités Avron 2 et Rasselins 2 du secteur 75G27 qui disposent du même nombre de lits que les unités du 1^{er} étage ;

A gauche un bâtiment de trois étages accueillant le secteur 75G28 avec :

- au 1^{er} étage une unité fermée, pour malades dits « difficiles », disposant de neuf lits et deux chambres d'isolement ;
- au 2^{ème} une unité de prise en charge à moyen terme de quatorze lits ;
- au 3^{ème} étage une unité de prise en charge à long terme de douze lits.

Recommandation

Des espaces de convivialité et de sociabilité, dans lesquels des soignants seraient présents, doivent pouvoir être proposés aux patients.

On accède au bâtiment en utilisant l'entrée principale au 129 rue d'Avron. L'unité d'hospitalisation est indiquée par un panneau installé sur la façade.

Il n'existe pas de parking à l'intérieur de l'établissement pour les visiteurs venant en voiture. Au sous-sol, des places de stationnement réservées au personnel sont accessibles par une entrée rue Rasselins. Par cette rue, il existe un accès réservé aux fournisseurs et aux ambulances accompagnant les patients.

2.3.2 L'accès à l'établissement

Le bâtiment est fermé. Il est constitué de trois ailes réparties autour d'un patio peu végétalisé accessible aux patients. Pour entrer dans l'établissement, il faut franchir une porte munie d'une sonnette, emprunter un long couloir extérieur desservant à droite la cour et à gauche les bureaux des médecins, cadres et assistantes sociales. Une seconde porte grillagée et fermée doit être franchie pour accéder à l'accueil consistant en un local vitré derrière lequel sont présents un personnel hospitalier ainsi qu'un agent du service de sécurité incendie. Cet accueil excentré de la porte d'entrée ne permet pas de visualiser en amont les personnes entrant dans l'hôpital. Il est difficile de faire ressortir des personnes qui ne sont pas autorisées à entrer, dès lors qu'elles sont dans ce hall où de nombreux patients sont présents. Les agents chargés de l'accueil étant les seuls présents au rez-de-chaussée où déambulent de nombreux patients, ils assurent en sus la gestion des relations entre ces derniers. Situé au cœur d'un quartier confronté à de nombreuses difficultés (trafics, consommation de drogues et d'alcool, personnes en errance ...), les échanges dedans-dehors et les tentatives d'introduction de personnes extérieures sont continus. Les personnels se sentent en insécurité, les patients sont exposés à l'accès aux produits toxiques facilement accessibles. Malgré des règles de plus en plus restrictives, qui portent atteinte parfois aux droits des patients, l'établissement ne semble pas pouvoir faire face à ce contexte particulier.

Recommandation

Le dispositif d'accueil et de contrôle des entrées doit être pensé au plus près de l'entrée de l'établissement.

Recommandation

Des soignants devraient être présents dans l'espace de déambulation du rez-de-chaussée, où sont présents de nombreux patients.

2.4 UN ETABLISSEMENT QUI NE RENCONTRE PAS DE DIFFICULTES DE PERSONNEL

Au total 339 agents sont présents sur le site d'Avron, pour 310 ETP rémunérés. Le nombre d'agents a été en hausse durant plusieurs années mais, depuis cette année, il n'y a plus de crédits supplémentaires. L'établissement développe une politique de reconduction des postes visant à maintenir le nombre des soignants en procédant à des économies sur les autres fonctions.

Effectifs site d'Avron au 06 octobre 2016

GRADES	FEMME			HOMME		
	Nombre d'agents	Age moyen	Ancienneté moyenne	Nombre d'agents	Age moyen	Ancienneté moyenne
A.S.E ASSIST.SERV.SOCIAL	11	42,45	8,67			
A.S.E EDUCATEUR SPECIALISE.	1	33,00	7,00	2	54,5	7,58
AGENT des SERVICES HOSPITALIERS	31	41,48	9,83	15	36	6,81
ADJOINT CADRES HOSP.	1	52,00	20,00			
ADJOINT ADMIN.HOSP.	14	41,79	8,56	4	21,25	0,65
AIDE-SOIGNANT	39	45,77	11,14	12	46	8,21
ASSISTANT MEDICO-ADMINISTRATIF	8	53,75	14,19			
EDUCATEUR SPECIALISE				1	46	10,00
ERGOTHERAPEUTE	3	42,33	3,00	2	38	7,90
INFIRMIER	103	42,21	9,82	54	42,5	10,66
MAITRE-OUVRIER	2	50,50	23,87			
MASSEUR-KINE				1	61	29
MONITEUR ATELIER				1	51	11
PSYCHOLOGUE	11	47,73	10,78	1	56	30
PSYCHOMOTRICIEN	1	58,00	24,00	1	47	22
INFIRMIER CADRE DE SANTE	11	46,91	15,42	3	48	10,32
INFIRMIER CADRE SUP SANTE	3	49,33	16,71			
AGT ENTRETIEN QUALIFIE	1	58,00	16,00	1	42	4,00
TECHNICIENHOSPITALIER				1	57	37
TOTAL	240	43,49	10,57	99	42,03	9,94

Evolution des effectifs en équivalent temps rémunéré (ETPR) de 2013 à 2016

GRADES	ETP REMUNERE MOYEN 2013	ETP REMUNERE MOYEN 2014	ETP REMUNERE MOYEN 2015	ETP REMUNERE MOYEN 2016 (*)
A.S.E ASSIST.SERV.SOCIAL	11,09	10,29	11,36	10,74
A.S.E EDUCATEUR SPECIAL.	1,00	1,00	1,00	3,00
AGENT SERVICE HOSPITALIER	35,81	39,76	37,54	41,71
ADJOINT CADRES HOSP.	1,00	1,00	1,00	1,00
ADJOINT ADMIN.HOSP.	9,20	7,82	8,30	12,51
AIDE SOIGNANT	45,53	46,89	45,78	52,65
ASSISTANT MEDICO ADMINISTRATIF	6,31	7,75	6,50	7,00

ASSISTANTE FAMILIALE	7,00	7,67	7,33	6,33
EDUCATEUR SPECIALISE	0,99	1,00	1,00	1,00
ERGOTHERAPEUTE	7,67	7,11	5,70	5,52
INFIRMIER	134,17	132,36	130,79	138,53
MAITRE-OUVRIER	3,00	3,00	2,50	2,00
MASSEUR-KINE	1,00	1,00	1,00	1,00
PSYCHOLOGUE	5,87	6,33	7,23	8,27
PSYCHOMOTRICIEN	1,14	1,06	1,00	1,60
INFIRMIER CADRE DE SANTE	10,01	11,68	9,80	11,20
INFIRMIER CADRE SUP SANTE	3,00	2,42	3,00	3,00
OUVRIER PROF.QUALIFIE	0,99	1,00	1,16	2,00
AGT ENTRETIEN QUALIFIE	0,16	1,00	1,00	
TECHNICIENHOSPITALIER			0,13	1,00
TOTAL	284,92	290,13	283,13	310,06

Le personnel affecté à l'accueil a suivi une formation « *notions élémentaires de psychiatrie pour les personnels administratifs, logistiques et techniques* ».

Trois agents ont participé à une formation « *isolement et contention* » ; vingt au colloque « *regards croisés-les chambres d'isolement* » ; cinq au colloque « *regards croisés- analyse des pratiques professionnelles* », trente-neuf à la formation « *responsabilité juridique des personnels soignants* ».

2.5 UN BUDGET EN EQUILIBRE ET DES PERSPECTIVES D'INVESTISSEMENT

L'EPSMB a disposé en 2016 d'une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) de 162 millions d'euros, en progression de 26 millions en lien avec les transferts de secteurs du GPS Parray-Vaucluse en juin 2016 (dont 23 millions sur la dotation annuelle de financement). 75 % sont consacrés aux dépenses de personnel, le reste est essentiellement concentré sur l'investissement. En effet, l'établissement s'est engagé dans une dynamique de relance de l'investissement par la cession de terrains à Neuilly. Les nouvelles recettes ont permis de bâtir un plan pluriannuel ambitieux. Entre 2015 et 2022, plusieurs projets immobiliers sont prévus à hauteur de 73 millions d'euros. La rénovation du site d'Avron est prévue dans ces opérations mais elle n'est pas prioritaire en raison, notamment, de la restructuration des sites des 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements.

Du fait de la péréquation opérée par l'ARS, pour soutenir les établissements des départements voisins dont les moyens sont moindres, le taux d'évolution du budget de la psychiatrie parisienne est en baisse. Néanmoins, en 2015 la DAF de l'établissement a connu une forte évolution à la hausse (de 20 millions) en raison du transfert de secteur du 9^{ème} arrondissement.

Après plusieurs années de déficit le budget actuel de l'EPSMB est à l'équilibre.

Dans son courrier la direction a indiqué « *qu'un programme pluriannuel d'investissement ambitieux représentant 73 millions d'euros a pu être construit permettant de rénover le parc immobilier de l'établissement. La réalisation de ce programme est rendue possible par*

l'amélioration des ressources propres de l'établissement (capacité d'autofinancement) ainsi que par les capacités d'endettement de l'établissement (respect des indicateurs de taux d'endettement sur la durée du programme). Priorité a été donnée à des projets institutionnels permettant de mettre en œuvre la politique du GHT (rapprochement des lieux de soins des lieux de vie) ainsi qu'à des opérations de rénovations des bâtiments très vétustes. Dans ce cadre, les grands projets de l'établissement sont :

- *la rénovation du site Hauteville, 10^{ème} arrondissement, pour accueillir les secteurs des 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements (13, 5 millions d'euros) ;*
- *l'humanisation de l'USLD la Roseraie (7 millions d'euros environ) ;*
- *le réaménagement du site de Mont-Cenis pour accueillir les unités d'hospitalisation adolescents actuellement situées en Essonne (16,5 millions d'euros) ;*
- *la réorganisation de l'offre de soins du 17^{ème} arrondissement (16,8 millions d'euros).*

Lors de la visite du CGLPL, le site d'Avron n'avait pas été identifié comme prioritaire, notamment dans la mesure où entre 2005 et 2012, 1°322°674, 13 euros ont été engagés pour la réalisation de travaux divers ».

2.6 UNE ACTIVITE EN SOINS CONTRAINTS RELATIVEMENT IMPORTANTE

La file active de patients est en progression constante, la taille des secteurs n'est pas homogène (parfois un rapport de 1 à 3), sauf en matière de soins contraints. En 2015, ont été pris en charge 161 patients en admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) et 716 en admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT), 4 191 en soins libres.

A noter que la moitié des patients ne sont pas originaires du secteur.

En ce qui concerne les trois secteurs de psychiatrie de Maison Blanche-Avron ont été admis :

Année 2015	mesures	Patients	DMH ³
ASPDRE	15	150	64
dont décisions judiciaires	11	11	
ASPDT	711	615	28
dont DT	259	227	
dont urgence	150	135	
dont péril imminent	302	272	

Tableau d'activité 2015 pour les patients en soins sans consentement

Selon les propos recueillis, la sociologie de la population accueillie est proche de celle du département voisin de la Seine-Saint-Denis avec un public en grande précarité, des fragilités cumulées au niveau social et économique.

³ Durée moyenne d'hospitalisation

2.7 DES CONTROLES INSTITUTIONNELS REGULIERS

2.7.1 Le registre de la loi

Les registres de la loi sont conservés à l'antenne administrative, deux agents sont chargés, entre autres tâches, de les tenir à jour. Les contrôleurs ont consulté les quatre registres de SDT ouverts en 2016 (le dernier ouvert le 21 juillet 2016) et le registre de SDRE ouvert le 18 janvier 2016.

Les registres sont bien tenus et permettent, par mention des reports, de suivre l'historique d'un même patient. Seules les mesures de protection ne sont pas renseignées -mais elles sont accessibles dans le dossier administratif informatisé- et parfois les démarches en vue de la recherche de tiers. Les documents sont réduits avant d'être collés et les certificats médicaux circonstanciés.

2.7.2 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a compétence sur six sites d'hospitalisation à temps complet et s'est réunie douze fois en 2015. Elle effectue au moins deux visites par an sur l'un des quatre sites de l'hôpital de Maison Blanche, les patients sont prévenus et peuvent demander à être reçus. Ses dernières visites sur le site d'Avron datent du 19 mars 2014 et du 7 octobre 2015. A cette occasion, elle a rencontré onze patients en 2014 et quatre en 2015. Le compte rendu de la visite de 2014 porte les mentions suivantes : « *Par manque de temps, il n'y a pas eu de visite de la structure. Une visite de service a eu lieu en 2012* » et « *Par manque de temps, il n'y a pas eu de signature des livres de la loi* ». Le compte rendu de la visite de 2015 porte la mention suivante : « *Les mesures de protection des patients ainsi que leur profession sont rarement indiquées dans le livre de la loi* ».

2.7.3 La visite des autorités

Les autorités ne visent pas systématiquement les registres mais mentionnent, sur un cahier spécifique, les dates de leurs visites et les registres consultés. Les dernières mentions sont les suivantes :

- CDSP en mars 2014 ;
- JLD en mai 2014 ;
- 1^{er} vice-président et 1^{er} substitut du procureur en mai 2015 ;
- CDSP en octobre 2015.

2.8 PLUSIEURS INSTANCES PERMETTENT D'ASSURER LA GARANTIE DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

2.8.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Les coordonnées des associations d'usagers figurent dans le livret d'accueil remis aux patients à leur arrivée. Leurs représentants (FNAPSY et UNAFAM) rencontrés par les contrôleurs sont présents depuis de longues années dans l'établissement. Certains avaient visité les lieux à la réception du chantier et déplorent que leurs remarques sur les erreurs de conception initiales n'aient pas été prises en compte, comme les critiques sur le manque de luminosité des chambres.

De façon plus générale, le manque de traçabilité de la contention, la difficulté de circuler pour les patients en soins libres, la mauvaise qualité de la nourriture, et l'insuffisance de la préparation

à la sortie font l'objet de protestations dont les représentants des associations estiment qu'elles ne sont pas prises en compte. Ils relèvent qu'il y a peu de contacts avec les patients, ceux-ci, est-il expliqué, « ayant peur » de saisir les associations. Il arrive que des familles de patients demandent à une association de les accompagner lorsqu'elles souhaitent rencontrer des médecins.

2.8.2 Le comité d'éthique

Depuis 2011, le comité d'éthique est présidé par un médecin qui exerce depuis vingt-quatre ans au sein de l'établissement. Ce comité avait pour objectif à sa création de porter une réflexion éthique en psychiatrie autour de questions principales :

- « penser l'organisation des soins dans le but de rendre ou d'instaurer l'autonomie du patient ;
- évaluer les effets des diverses conceptions du fonctionnement psychique dues au recours à des champs théoriques divers tel que la neurobiologie, la psychologie, la psychanalyse, les sciences humaines et sociales ;
- trouver un équilibre entre sa mission d'assistance auprès du patient et sa mission de protection de la société ;
- prendre en compte les procédures évaluatives dans le domaine de l'épidémiologie et des nouveaux traitements ;
- analyser la dimension éthique de la relation soignant-soigné, de l'information et du consentement ».

Ce comité auquel participent des directeurs, un cadre supérieur de santé, la directrice des soins, des praticiens hospitaliers et le représentant des usagers s'est tenu à trois reprises en 2010 et une en 2011.

En 2015, le comité a organisé un colloque « santé-éthique-conviction » portant sur l'acte de soin confronté aux choix éthiques où les convictions religieuses, spirituelles ou philosophiques. Les thématiques abordées sont les suivantes :

- « la procréation médicalement assistée et conviction » ;
- « espaces de spiritualité et aumônerie dans les hôpitaux » ;
- « les avis du conseil national du sida, étude de cas » ;
- « la conviction au risque de la responsabilité ».

Une réunion était prévue la semaine suivant le contrôle pour travailler sur les modalités de saisine et définir les thématiques à travailler dans l'année 2017. Il est précisé que l'isolement et la contention devraient en faire partie.

2.8.3 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de sortie est glissé dans le livret d'accueil donné à l'arrivée de chaque patient. Il est précisé que ces questionnaires peuvent être anonymes et remis soit à un membre de l'équipe soignante, soit adressé au directeur, soit glissé dans la boîte aux lettres prévue à cet

effet. Le fait qu'il s'agisse de feuilles volantes peut concourir au faible taux de retour de questionnaires, car il n'est pas rare que les patients les égarent au cours de leur séjour.

Pour l'ensemble du secteur Maison blanche, le nombre de retours de questionnaires a légèrement baissé de 2014 à 2015, passant de 761 à 692.

Pour les trois secteurs concernés par ce contrôle, 97 questionnaires ont été remplis et communiqués, pour 1 415 sortants.

Les patients qui ont répondu manifestent dans l'ensemble un fort taux de satisfaction qu'il s'agisse de l'information sur leurs droits, des voies de recours, du respect de leur dignité et de leur intimité, des conditions de leur séjour et des soins prodigués. Toutefois, il est difficile de tirer un enseignement à partir d'un aussi faible taux de réponse. Il en ressort tout de même, selon le bilan annuel réalisé par l'établissement, que le nombre de questionnaires de sortie renseignés a légèrement diminué (-9 % par rapport à 2014) ; que le livret d'accueil n'est remis que dans un cas sur deux. Les patients qui ont répondu se plaignent du manque d'activités : l'établissement considère que ces points devraient faire l'objet d'efforts particuliers. Les équipes soignantes reçoivent une copie anonymisée de tous les commentaires rédigés par les patients.

2.8.4 Les temps d'échanges institutionnels

L'ensemble des unités ont mis en place de nombreux temps d'échanges institutionnels permettant l'étude des situations des patients en pluridisciplinarité :

- tous les matins de 9h30 à 10h, l'ensemble du personnel médical et paramédical est réunis pour faire le point sur les entrées de la veille ou de la nuit, les activités prévues, ainsi que sur les éventuels problèmes ;
- une réunion de synthèse réunissant l'ensemble des professionnels des pôles (intra et extra hospitalier) pour évoquer dans un premier temps les admissions de la semaine (vie quotidienne pathologies etc.) des patients tant en hospitalisation complète que suivis en CMP et dans un deuxième temps, pour faire le bilan des évolutions des patients. Les situations particulières des patients chroniques sont étudiées dans un troisième temps de cette réunion ;
- les réunions institutionnelles se tiennent une fois par mois entre les cadres (cadre supérieur, cadres de l'unité et cadres de l'extra hospitalier). Dans certaines unités, les cadres réunissent à leur tour l'ensemble des équipes mensuellement ;
- les cadres supérieurs et les chefs de pôle se rencontrent une fois par mois ;

Les cadres supérieurs se déplacent au siège de l'établissement pour des réunions bimensuelles avec la direction des soins.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 LES SOINS SANS CONSENTEMENT DANS LE DEPARTEMENT SONT GERES PAR LE BUREAU DES ACTIONS DE SANTE MENTALE (BASM) DE LA PREFECTURE DE POLICE DE PARIS

Les patients hospitalisés en soins psychiatrique sans consentement (SPSC) sont orientés, en fonction de leur domicile ou à défaut du lieu de leur signalement, vers les hôpitaux suivants :

Arrondissement	Secteur psychiatrique	Etablissement de santé de rattachement
1er, 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e 11 ^e et 12 ^e	75G01-02 75G08-09-10-11	Hôpitaux de Saint-Maurice SAINT-MAURICE (94)
5 ^e et 6 ^e 14 ^e , 15 ^e et 16 ^e	75G03 75G13-14-15-16-17-18	Centre hospitalier Sainte-Anne 75014 PARIS
7 ^e et 8 ^e 17 ^e	75G04-05 75G19-20-21	Groupe public de santé Perray-Vaucluse 75013 PARIS
9 ^e et 10 ^e	75G06-07	Hôpital Maison Blanche Site Hauteville 75010 PARIS
13 ^e	75G12	Association de Santé Mentale 13, SOISY-SUR-SEINE (91)
18 ^e	75G22-23-24	Hôpital Maison Blanche Site Bichat 75018 PARIS
19 ^e	75G 25-26	Hôpital Maison Blanche Site Lasalle 75019 PARIS
20 ^e	75G 27-28-29	Hôpital Maison Blanche Site Avron 75020 PARIS

Secteurs et établissements de santé de rattachement par arrondissement

Sur l'ensemble des hôpitaux parisiens, 45 % des journées à temps complet sont des patients en SPSC dont 29 % en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), 53 % en soins sur la demande d'un tiers (SDT) et 18 % en situation de péril imminent.

Le bureau des actions de santé mentale (BASM) de la préfecture de police de Paris gère, de l'arrêté initial à la levée, toutes les procédures de SDRE ; il est par ailleurs informé par les établissements de santé des mesures de soins psychiatriques prises sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. Au titre des polices municipales, le BASM intervient en prévention du risque lié aux troubles de santé mentale par la gestion des signalements.

En 2015, le BASM a géré 647 mesures de SDRE sur sa zone de compétence, qui ont donné lieu à 284 audiences devant le JLD, ainsi un tiers des mesures est levé avant le 12^{ème} jour.

3.2 L'ACCUEIL DES PATIENTS ADMIS SANS LEUR CONSENTEMENT EST REALISE DANS CHAQUE UNITE ET LA NOTIFICATION DES DECISIONS FAIT L'OBJET D'UN SUIVI ATTENTIF DE LA PART DES SERVICES ADMINISTRATIFS

3.2.1 Les modalités d'admission

Les patients hospitalisés sans leur consentement sont directement admis dans le secteur dont ils relèvent, sans passer par l'unité d'accueil. Si, faute de place dans son secteur, un patient est momentanément hospitalisé dans un autre, les médecins du secteur de rattachement assurent son suivi jusqu'à son transfert.

Les soignants transmettent aux secrétaires du service tous les renseignements et documents nécessaires aux formalités administratives d'admission. Ces dernières recueillent, le cas échéant, la demande du tiers et le certificat médical initial, éditent la décision d'admission, la soumettent à la signature de la responsable de l'antenne administrative puis remettent au médecin la décision, les formulaires de notification et de désignation d'une personne de confiance ainsi que le livret d'accueil pour remise au patient.

Pour les admissions relevant du représentant de l'Etat, les certificats médicaux sont transmis au BASM qui retourne l'arrêté préfectoral pour mise à exécution et notification.

A l'arrivée du patient, il est procédé à un inventaire de ses effets personnels qui sont placés à la régie ou laissés après signature d'une décharge de responsabilité. Le patient est reçu en entretien individuel par le cadre de santé.

Un livret d'accueil lui est remis. Les droits du patient lui sont notifiés par le personnel soignant. Il existe des fiches techniques et des « mémo » servant de « pense-bêtes législatifs ». Le patient signe cette notification.

3.2.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

Les décisions d'admission et formulaires de notification sont uniformisés au niveau du GHT. Les attestations de notification comportent le nom et la qualité de la personne qui y procède et qui peut être médecin, cadre, infirmier, aide-soignant ou, exceptionnellement, secrétaire. Une copie de la décision, qui comporte mention des voies de recours et adresses *ad hoc*, est remise au patient, hormis au pôle 29 où les secrétaires préparent systématiquement une copie pour les patients hospitalisés en SDRE mais remise seulement à leur demande pour ceux admis sur décision du directeur. Il a été précisé aux contrôleurs que la décision initiale comporte souvent la mention « impossibilité de signer », sans que cette situation ait pu être quantifiée. Dans cette hypothèse, les explications sont données ultérieurement par le médecin, dès que l'état du patient permet une compréhension de sa situation administrative et juridique.

Recommandation

Une copie des décisions d'admission doit systématiquement être remise au patient et laissée à sa disposition.

Les formulaires de notification comportent tous la mention « *le patient a été informé de la décision dans une langue qu'il comprend* ». Le personnel précise avoir recours prioritairement aux ressources internes du personnel hospitalier et, si nécessaire, à un service de traduction par téléphone.

Toutes les alertes ultérieures, relatives notamment aux dates des certificats médicaux et de saisines du JLD, sont doublement contrôlées par les secrétaires de chaque pôle et le personnel de l'antenne administrative au moyen du même logiciel.

Des différents échanges que les contrôleurs ont eus, tant avec les médecins qu'avec les soignants ou patients, il s'avère que l'information du patient est, en réalité, limitée à l'éventuelle présentation devant le JLD dans un délai de douze jours après l'admission et au droit à l'assistance d'un avocat lors de cette audience. Les autres droits - notamment la possibilité de saisir le JLD ou la CDSP à tout moment, de communiquer avec le représentant de l'Etat, le procureur ou le maire, de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix, de contacter

le Contrôleur général des lieux de privation de liberté sont en fait souvent méconnus de l'équipe de soins et ne peuvent être expliqués utilement aux patients.

Recommandation

Un complément de formation, ciblé sur les droits du patient hospitalisé sans consentement, devrait être mis en place au bénéfice de l'ensemble de l'équipe de soins. Un document récapitulatif et précisant les droits des patients devrait être affiché dans les espaces communs.

3.2.3 Le recueil des observations des patients

Tous les certificats médicaux (hormis le certificat initial) portent la mention : « *le patient a été informé de manière adaptée à son état de la décision de soins sans consentement en hospitalisation complète et a été mis à même de faire valoir ses observations* ».

3.2.4 La désignation d'une personne de confiance

Un formulaire de désignation d'une personne de confiance est systématiquement joint à la décision initiale d'admission et proposé au patient lors de la notification. Toutefois, son état n'est pas toujours compatible, dans les premiers jours, avec un plein exercice de ses droits et il n'a pas été possible de déterminer si la possibilité de désigner une personne de confiance est systématiquement proposée et expliquée à un stade un peu plus avancé de l'hospitalisation.

3.2.5 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité

A l'arrivée du patient, la mise en chambre d'isolement est opérée au cas par cas, en fonction de l'état de la personne, de même que la mise en pyjama et la libre disposition d'objets personnels et notamment du téléphone, en général conservé par le patient dans les unités ouvertes.

Durant la période initiale de soins et d'observation, le patient est vu quotidiennement en entretien par son médecin référent ou un médecin du service et fait l'objet d'une prise en charge rapprochée des soignants. Un bilan médical est effectué par le médecin somaticien.

3.2.6 La confidentialité sur l'hospitalisation

A son arrivée, le patient, lorsqu'il est en état d'être entendu, précise au personnel soignant s'il souhaite garder son hospitalisation confidentielle. Dans le cas contraire, sa famille ou les proches qu'il désigne sont avisés. Si l'accueil reçoit un appel pour un patient, l'agent le redirige sur le cadre du service qui répond selon les consignes de confidentialité qui lui ont été transmises. Lorsque l'appel émane de forces de police, c'est le cadre administratif qui est alors en charge, il demande alors une réquisition par fax et la transmet à la direction de l'établissement qui est seule habilitée à y souscrire.

3.2.7 L'affectation du patient en unité

Lorsque du fait de la suroccupation des sous-unités un patient est admis dans une autre unité de l'établissement, c'est néanmoins un psychiatre de son secteur d'origine, auquel est attribuée sa prise en charge, qui se déplace. Les patients peuvent être maintenus en pyjama à leur arrivée pour une période dite d'observation de deux ou trois jours. Selon les propos recueillis, cette période permettrait de « poser » le soin c'est-à-dire de concrétiser l'hospitalisation, et pour certains de procéder au lavage de leurs vêtements. Par ailleurs est évoqué le risque de fugue des

patients hospitalisés sans leur consentement lors des premiers jours d'admission. Seule exception, au sein de l'unité de soins intensifs (USI) le port du pyjama est la règle pendant toute l'hospitalisation.

Recommandation

Le port du pyjama doit être strictement proportionné à la nécessité des soins requis et limité à une brève durée ou lorsque le patient est mis en chambre d'isolement.

3.3 UNE INFORMATION DES PATIENTS QUI DOIT ETRE REVUE

3.3.1 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est distribué à l'arrivée du patient : il est transmis soit par le secrétariat lors de l'admission soit par un soignant dans l'unité de soins.

3.3.2 Le règlement intérieur

Des extraits du règlement intérieur sont affichés dans les services. A la suite de remarques des contrôleurs qui s'étonnaient qu'aucun exemplaire complet ne puisse être aisément consulté, il a été décidé de photocopier l'ensemble du document et de le mettre à la disposition des patients.

Il existe parfois des différences de formulation entre le livret d'accueil et le règlement intérieur qui peuvent donner lieu à des interprétations différentes et être source de conflits. C'est ainsi le cas sur l'introduction de denrées alimentaires ou de boissons.

Dans le livret d'accueil, il est précisé dans le chapitre « Vos visites » qu'il est recommandé aux parents et amis de « *ne pas apporter nourriture, médicaments, alcool, drogues ni objet dangereux* ». Dans le règlement intérieur, outre l'interdiction faite aux visiteurs d'introduire des boissons alcoolisées, des toxiques et des armes « même acquises légalement », il est aussi spécifié que « *le cadre de santé doit s'opposer dans l'intérêt des personnes hospitalisées, à la remise de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit et (sic) aux règles d'hygiène* ».

On aura noté que la précision concernant les boissons non alcoolisées ne figure pas dans le livret d'accueil.

3.4 LA PREPARATION DE LA SORTIE EST ARTICULEE AVEC LES SERVICES EXTRA HOSPITALIERS ET S'INSCRIT DANS LE CADRE DE PROGRAMMES DE SOINS POUR LES PATIENTS NECESSITANT UN CADRE CONTRAIGNANT

3.4.1 Les sorties de courte durée

a) Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures

Ces sorties sont accordées pour l'accomplissement de formalités administratives, des consultations médicales ou des sorties en ville.

b) Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures

Ces sorties sont en général accordées dans le cadre d'une préparation à la sortie ou pour évaluer la faisabilité d'un passage en programme de soins.

Concernant les SDRE, les cas d'opposition du préfet sont marginaux. Sur l'ensemble du ressort de la préfecture de police de Paris, 1 223 permissions de sortie non accompagnées ont été autorisées en 2015 contre 33 refus. Dans cette hypothèse, le refus fait toujours l'objet d'un écrit classé au dossier du patient.

Concernant les admissions à la demande d'un tiers, celui-ci est informé et le plus souvent associé au projet par les médecins ou l'assistante sociale, selon qu'il s'agit d'un retour à domicile, dans la famille ou dans un foyer.

3.4.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

a) L'avis conjoint

De l'avis unanime des personnes rencontrées –antenne administrative et médecins chefs de pôle – la mise en œuvre de programmes de soins et la levée des mesures prises sur décision du représentant de l'Etat ne posent pas de difficulté.

Toutefois, pour des patients susceptibles d'être dangereux vis-à-vis d'autrui, une vigilance particulière est portée par le BASM. Dans le cadre des premières sorties non accompagnées, programmes de soins ou levées de mesures, l'un des quatre médecins experts attachés à la préfecture est sollicité, soit pour un avis sur simple consultation du dossier soit pour une expertise. La demande d'expertise fait toujours l'objet d'un courrier mais n'est pas motivée. Les avis et expertises interviennent dans un délai bref de quelques jours. Lorsque le second psychiatre confirme l'absence de nécessité de la mesure de soins, la mesure est levée sans délai. Dans l'hypothèse contraire le JLD est saisi, conformément à la loi. Selon les situations, et en tout état de cause devant la cour d'appel de Paris, la préfecture est représentée par un avocat.

Le BASM précise que la désignation d'un médecin expert attaché à la préfecture ne présente aucun caractère obligatoire et que, à la demande du directeur, un médecin de l'hôpital pourrait être sollicité pour émettre un 2^{ème} avis, ce qui n'est jamais le cas pour l'hôpital de Maison Blanche.

b) Le collège des professionnels de santé

L'avis du collège est nécessaire, d'une part, pour les personnes déclarées pénalement irresponsables avant toute saisine du JLD et toute modification de forme dans la prise en charge et, d'autre part, pour les patients en SDT en cas d'hospitalisation continue se prolongeant au-delà d'un an.

Dans tous les secteurs, le collège est composé du médecin référent du patient, d'un second psychiatre n'intervenant pas dans la prise en charge et du cadre supérieur, voire d'un cadre en cas d'indisponibilité. Les membres du collège se réunissent seuls. L'information du patient est faite dans le cadre d'un entretien avec son seul médecin référent lors duquel ses observations sont recueillies. Le collège s'est réuni, en 2015, vingt-quatre fois pour les trois secteurs.

3.4.3 Le passage en programme de soins

En 2015, ont été mis en place 180 programmes de soins, représentant une file active de 120 patients, pour 864 admissions en soins sans consentement.

Concernant les seules mesures de SDRE, 153 arrêtés de placement en hospitalisation complète ont été signés en 2015 et 81 arrêtés de maintien de l'hospitalisation sous la forme d'un programme de soins.

Les programmes comportaient, pour les 16 dernières mesures consultées dans les registres de la loi, les contenus suivants :

- retour au domicile (ou en foyer, famille d'accueil voire hôtel) avec consultations bimensuelles au CMP, traitements et dans neuf cas des injections de neuroleptiques d'action prolongée ;
- hospitalisation partielle avec autorisations de sorties régulières, voire quotidiennes, pour se rendre au domicile, faire des démarches ou même simplement des courses dans sept cas.

Dans cette dernière hypothèse, un maintien en hospitalisation complète avec permissions de sorties régulières apparaîtrait plus adapté qu'un programme de soins qui prive le patient du contrôle de son hospitalisation par le JLD. Il a été indiqué aux contrôleurs que ces mesures étaient le plus souvent prises provisoirement, le temps de trouver un hébergement pour des personnes sans domicile.

Recommandation :

Certains programmes de soins, qui ne comportent que de courtes ou de rares sorties, devraient s'exercer dans le cadre d'une hospitalisation complète avec des permissions de sortie afin de permettre un contrôle par le JLD.

3.4.4 La levée de la mesure

Comme mentionné *supra*, la levée des mesures de SDRE est parfois conditionnée à l'avis d'un deuxième médecin attaché à la préfecture. Sur l'ensemble du ressort de la préfecture de police de Paris, 328 levées ont été prononcées en 2015 contre 89 décisions de refus.

3.5 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE DANS LA SALLE D'AUDIENCE DE L'HOPITAL SAINTE-ANNE, CE QUI IMPOSE TRANSPORT ET PARFOIS ATTENTE POUR LES PATIENTS

3.5.1 Les modalités d'organisation de l'audience

En application d'une convention en date du 27 octobre 2015, entre l'ARS et le TGI de Paris, les patients sont conduits à l'audience délocalisée à l'hôpital Sainte-Anne (Paris 14ème), où l'un des dix JLD compétents en la matière siège tous les jours.

L'antenne administrative communique avec le greffe des JLD par voie dématérialisée et cryptée (ce qui implique d'imprimer puis scanner tous les documents). Le greffe établit le rôle selon les horaires suivants, convenus avec les hôpitaux :

- 9h : patients de l'hôpital Sainte-Anne ;
- 10h : patients de l'hôpital Maison Blanche, services d'Avron ;
- 11h : patients des hôpitaux Sainte-Anne et Maison Blanche, hors Avron.

Le magistrat et le greffier arrivent vers 9h30, pour permettre aux patients de s'entretenir auparavant avec leur avocat.

Le 4 octobre, le rôle comportait cinq patients à 9h, un à 10 h (Avron), deux à 11h et trois à 14h.

Le 7 octobre, le rôle comportait trois patients à 9h, un à 10 h (Avron), deux à 10h30 (Avron), puis d'autres à 11 h et 14 h.

Le médecin ou un soignant notifie au patient une convocation et renseigne l'une des rubriques suivantes: avocat commis d'office ou avocat choisi. Les tiers, tuteurs et curateurs sont convoqués par le greffe du JLD.

Une centaine d'avocats, volontaires et invités à suivre une formation spécifique organisée par le barreau, assurent une permanence ; deux interviennent à chaque audience. Le plus souvent ils ne rencontrent leur client que dans les locaux du TGI au sein de l'hôpital Sainte-Anne, juste avant d'être reçus par le magistrat. Quelle que soit la situation financière des patients, l'aide juridictionnelle leur est systématiquement accordée s'il s'agit d'un avocat commis d'office. Un médecin n'assurant pas la prise en charge rédige un certificat lorsque l'état du patient fait obstacle à son audition, le plus souvent non circonstancié. Il a été relevé dans le registre de la loi deux certificats fondés sur des critères de sécurité : « *l'intéressé paraît ce jour auditionnable par le JLD mais non transportable pour risque de fugue* » ; il s'agissait dans les deux cas de patients hospitalisés pour péril imminent et ayant des antécédents judiciaires. Les patients ne font jamais l'objet de contention durant les transports ; si un patient n'est pas en mesure de se déplacer en taxi ou VSL en toute sécurité, le médecin rédige un certificat d'incompatibilité.

En 2015, le site d'Avron a saisi le JLD de 538 mesures (438 à moins de douze jours d'hospitalisation, 56 pour une réintégration en mode d'hospitalisation complète après un programme de soins, 18 à la demande du patient, 26 pour un réexamen à six mois), 248 patients ont été présentés au magistrat (soit 46 %) et 168 ont été déclarés médicalement non auditionnables (soit 31 %). Cette proportion est comparable à celle des patients hospitalisés sur le site de Sainte-Anne et qui n'ont pas à supporter un déplacement (30 % déclarés non auditionnables, 36 % pour les SDRE).

Les patients sont accompagnés d'un soignant (infirmier ou aide-soignant). Le véhicule est réservé à 9h30 pour une convocation à 10h et le trajet est de l'ordre de 25 minutes. Les contrôleurs ont pu accompagner une patiente à l'audience et constater que cette dernière, vêtue uniquement d'un tee-shirt et d'un pantalon, avait froid. Isolée à Paris, elle a expliqué n'avoir aucun autre vêtement que ceux qu'elle portait, ayant été hospitalisée après s'être présentée spontanément au service des urgences sans aucun effet personnel. L'infirmier qui l'accompagnait a confirmé cette situation, expliquant que seuls des peignoirs pouvaient être mis à disposition, notamment pour se rendre dans la cour. Il a précisé que les vêtements pouvaient être lavés dans le service et être remis à disposition le lendemain, un pyjama étant prêté dans l'attente.

Recommandation

Il convient que chaque service dispose de vêtements de rechange pour les patients démunis.

3.5.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Le TGI dispose de locaux neufs et accessibles aux personnes à mobilité réduite qui comportent :

- une entrée servant de salle d'attente, équipée de huit chaises et surveillée par un agent de sécurité ;
- un bureau d'entretien avec les avocats, dont une partie vitrée permet une surveillance visuelle ;

- des toilettes (l'agent de sécurité dispose de verres en plastique pour prendre de l'eau au lavabo) ;
- un bureau pour le greffe équipé d'ordinateur, imprimante, téléphone ;
- une salle d'audience.

Les propos tenus dans le bureau de l'avocat et la salle d'audience peuvent être audibles lorsqu'on se tient à proximité.

Les débats sont en principe tenus en chambre du conseil, sauf si le patient souhaite que des proches y assistent et que sa situation le permet sans risque. Les familles sont orientées jusqu'à la salle d'audience par un plan remis à l'accueil de l'hôpital Sainte-Anne. Pour laisser une totale liberté de parole au patient, le personnel accompagnant n'assiste pas à l'audience, sauf cas particulier.

Les décisions, à la demande du personnel médical et soignant, ne sont en principe pas rendues sur le siège, pour éviter une éventuelle agitation durant le trajet du retour. Les ordonnances sont donc notifiées dans le service, l'après-midi, selon les mêmes modalités que pour toutes les autres notifications.

L'accompagnement d'une patiente le 7 octobre s'est déroulé comme suit :

- 9h35, départ du véhicule sanitaire léger du service de transport de l'hôpital ; la patiente est accompagnée par un infirmier du service et a parfaitement compris sa situation, comme mentionné *supra* elle indique avoir froid ;
- 10h, arrivée dans la salle d'attente dans laquelle se trouvent déjà cinq personnes ;
- de 10h à 11h, d'autres patients se présentent, dont deux d'Avron, une famille de quatre personnes (invitée à sortir pour attendre dehors, avec le patient et son accompagnant), un interprète. De deux à six personnes, selon les moments, attendent debout ;
- De 11h05 à 11h20, la patiente s'entretient avec son avocat ;
- De 12h27 à 12h32, la patiente est reçue par le magistrat, elle a été à même d'exprimer clairement son souhait de quitter l'hôpital en raison des importantes restrictions de liberté qui lui sont imposées ;
- De 12h40 à 13h15, trajet retour, la patiente a regretté de devoir attendre pour avoir connaissance de la décision et s'est inquiétée de savoir si elle pourrait prendre un repas, ce que lui a assuré l'infirmier.

Lors des entretiens avec plusieurs accompagnants, l'agent d'accueil, le chauffeur, les avocats, il a été indiqué que cette audience n'était pas représentative et que les situations étaient très variables, allant d'un passage immédiat devant le magistrat jusqu'à 3h d'attente dues, essentiellement, à l'arrivée tardive de certains magistrats (10h) qui décale toute l'audience et la disposition d'un seul bureau pour deux avocats qui nuit à la fluidité de l'audience, la magistrat attendant souvent que l'avocat soit prêt. Plusieurs personnes ont déploré que le bureau réservé au greffe ne soit pas mis à disposition des avocats. Le greffe a indiqué sur ce point aux contrôleurs que l'équipement informatique ne permettait pas, pour des raisons de confidentialité, que cette pièce, de fait inutilisée, soit mise à disposition des avocats.

Recommandation

L'organisation des audiences doit être revue pour que les patients, notamment ceux venant d'autres établissements avec des contraintes de transport, n'attendent pas plusieurs heures.

3.5.3 Les décisions rendues

Sur 538 saisines, 7 mesures ont été levées en 2015, dont 3 sur des motifs de forme (omission de convocation du tuteur, certificat médical d'incompatibilité de présentation à l'audience rédigé par le médecin assurant la prise en charge) et quatre sur des motifs de fond dont deux après expertise (les magistrats ont, à quatre reprises dans l'année, ordonné une expertise).

14 décisions ont été frappées d'appel (13 par le patient et 1 par le procureur) et 2 mesures ont été levées par la cour.

Le taux de mainlevée des mesures par le JLD est de 1,3 %, légèrement plus faible que celui des patients de l'hôpital Sainte-Anne : 1,5 % en 2015 et de l'ensemble des mesures de SDRE relevant du TGI de Paris : 1,5 % également.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LES PATIENTS ACCEDENT AISEMENT A LEUR BIEN

Comme il est précisé dans le livret d'accueil et dans le règlement intérieur, un inventaire des effets personnels et des biens des patients est effectué, lors de leur arrivée, par un membre de l'équipe soignante dans l'unité de soins. Si l'état du patient l'empêche de participer à l'inventaire, un proche ou un soignant le contresigne. Par la suite, lorsque son état le lui permet, le patient prend connaissance de cette fiche qui figure dans son dossier. Les biens (argent liquide, chéquiers, cartes bancaires, bijoux etc..) sont placés dans une enveloppe où est inscrite l'identité du patient, le nom du secteur, la date d'entrée, la date de naissance et le détail des valeurs remises. Le patient dispose d'un bon de prélèvement signé d'un cadre de santé et doit se présenter au guichet avec une pièce d'identité. Le montant maximal de retrait journalier est de 160 euros pour les patients qui ne font pas l'objet d'une mesure de protection, et à l'appréciation du tuteur pour les patients sous protection juridique.

A la demande de la trésorerie les prélèvements correspondant à de l'argent de poche ne peuvent excéder 60 euros que les patients soient ou non sous mesure de protection. Les patients qui disposent d'une carte bancaire et ont une autorisation de sortie seuls ou accompagnés peuvent l'utiliser dans les distributeurs du quartier.

Les objets de valeur peuvent être déposés à la sous-régie ou à la trésorerie principale des Centres Hospitaliers Spécialisés située dans le 14^{ème} arrondissement à Paris. Lorsque le patient refuse de se séparer d'un bien de valeur, il doit signer une décharge de responsabilité.

Au moment de la sortie et de la restitution des biens, un bon de retrait est rédigé, la fiche d'inventaire doit être signée par le patient et contresignée par un infirmier.

Une sous-régie située au rez-de-chaussée de l'établissement reçoit la plupart des valeurs des patients. Les horaires d'ouverture (9h30-12h) sont très contraignants, ce qui conduit souvent les patients à faire la queue dans le couloir où se trouvent aussi des bureaux médicaux. Cette situation, évoquée notamment dans le rapport d'activité de la commission des usagers (CDU) devrait faire l'objet d'améliorations, d'autant que des travaux sont prévus pour rénover un lieu vétuste et fort peu pratique, qui ne favorise pas la confidentialité. Lors de leur visite, les contrôleurs ont assisté à des incidents répétés dus à l'énervement des patients las d'attendre et inquiets de la fermeture de la sous-régie avant qu'ils aient pu y accéder.

Un coffre se trouve dans la salle polyvalente attenante, qui est supposé permettre le dépôt et le retrait de valeurs jusqu'à 16h 30 tous les jours sauf le week-end. Mais des patients interrogés ont fait état de leur difficulté à accéder à leur dépôt, en dehors des heures d'ouverture, à moins qu'il ne s'agisse d'une situation exceptionnelle.

4.2 UN DROIT DE VOTE PEU UTILISE

A l'occasion des élections municipales de mars 2014, une note de service très précise a été rédigée par le directeur de l'établissement à l'intention des cadres administratifs, des cadres supérieurs de santé, des cadres de santé. Il y est expliqué que « *toutes facilités doivent être apportées aux patients hospitalisés pour leur permettre d'accomplir leur devoir civique* ». Une deuxième note, rédigée par un cadre administrative à l'intention des cadres de santé complète la première. Véritable guide pratique, ces documents envisagent tous les cas de figure et paraissent très utiles pour faciliter l'accès au vote des personnes hospitalisées.

De mémoire de soignant, même si la procédure existe et serait tout à fait possible à mettre en place, aucun patient n'a jamais demandé à voter par procuration. La liste des patients qui souhaitent se déplacer pour voter est établie par le cadre de santé qui rencontre chacun individuellement. Le vote peut être accompli au cours de sorties des patients, seuls ou accompagnés selon leur situation et après la validation d'un médecin.

4.3 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES DES PATIENTS SONT RESPECTEES MALGRE L'ABSENCE DE LIEU DE CULTE

Seuls des représentants du culte catholique sont régulièrement présents dans l'établissement. Il arrive qu'un rabbin se déplace à l'occasion d'une fête juive.

Les mercredis et vendredis après-midi, vers 15h, des membres de la pastorale de Maison Blanche (également présents sur les autres sites), se rendent rue d'Avron. Ils vérifient si des courriers ont été déposés à leur intention auprès de l'agent d'accueil. Il n'existe pas de boîte aux lettres à cet effet, les lettres ou messages étant réunis dans des pochettes en plastique. Les représentants de l'aumônerie se rendent ensuite dans les services, où ils rencontrent les soignants. Ceux-ci leur indiquent si des patients ont demandé à leur parler. Des rencontres informelles ont aussi lieu dans les lieux de vie communs. En général, au cours de chaque visite, une douzaine de patients sont rencontrés. Pour les trois quarts, les entretiens ont lieu dans leur chambre. La durée de ces échanges est très variable, pouvant aller de quelques minutes à une demi-heure. Il n'existe pas de lieu de culte. C'est la salle polyvalente qui est utilisée pour la célébration de messes lors des principales fêtes religieuses. Il faut alors réserver la salle à l'avance, ce qui n'est pas toujours commode, la salle étant utilisée pour des réunions et d'autres activités. Les aumôniers regrettent cette situation, se faisant aussi l'écho de doléances de patients qui souhaiteraient pouvoir se recueillir en toute tranquillité. Les aumôniers ne disposent pas non plus d'un bureau.

Recommandation

Les aumôniers doivent disposer d'un bureau au sein de l'hôpital.

5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

5.1 L'ISOLEMENT EST UNE PRATIQUE COURANTE AU SEIN DES TROIS POLES

5.1.1 Préambule

Pendant la visite et à son issue, persistent incertitude et confusion à propos de la pratique de l'isolement thérapeutique.

Dans l'ensemble des trois pôles, les décisions de placement du patient en chambre d'isolement, au sens classique du terme de son enfermement transitoire, séquentiel ou prolongé, dans sa propre chambre ne sont pas différenciées dans les registres d'isolement.

Si on se réfère aux listes transmises par le Département d'information médicale (DIM), il en résulte une liste pléthorique de prescriptions indistinctes, correspondant à un taux d'occupation excessif des chambres d'isolement. Ainsi, pour les neuf premiers mois de l'année 2016, on retient un nombre global de 3 268 séquences d'isolement, ce qui correspond à 363 séquences par mois, deux fois plus que la capacité théorique des six chambres d'isolement du site.

Il s'agit d'une différence importante, car on ne peut placer sur le même plan le patient agité et agressif placé en chambre d'isolement, et la personne âgée déambulante, que l'on cherche à canaliser pendant la nuit, ou le patient qui demande, lui-même, à se sentir protégé dans sa chambre.

Les chambres d'isolement dites CSI, pour « chambres de soins intensifs », sont utilisées quasiment en permanence, sans qu'il soit possible d'en déduire un taux d'occupation précis. Pendant la visite, les contrôleurs ont pu constater que ces chambres étaient rarement inoccupées plus d'une journée. L'une de ces chambres a fait l'objet de travaux pendant deux jours pour la réfection d'un luminaire.

Dans son courrier le directeur d'établissement indique que « *s'agissant des chambres adaptables implantées dans les unités Avron 1 (75G29) et Avron 2 (75G27), celles-ci étant situées à l'écart du reste des lits du service ou parce qu'elles sont souvent utilisées en relais d'une prise en charge en chambre de soins intensifs sont fréquemment fermées* ».

5.1.2 Les chambres d'isolement

Pour ce qui concerne les chambres d'isolement (CSI), on en dénombre deux à chaque étage du bâtiment principal, une par unité de soins (Avron et Rasselins, 1 et 2), et pour le secteur G28, deux sont situées dans l'unité fermée, dite Unité de soins intensifs (USI), au même niveau que le secteur G29, avec lequel il peut communiquer par une double porte, fermée à la circulation des patients.

Les CSI des services Avron 1 et 2 sont identiques et sont implantées à l'extrémité du service, à proximité relative de la salle de soins et du bureau infirmier. Cette zone comprend aussi un vaste salon, avec quelques fauteuils, une chambre sécurisée, dite « adaptable », utilisée pour des « *pratiques dégradées de l'isolement* ». Deux portes donnent accès aux sanitaires de ces chambres, et on y accède directement, sans sas, par une porte dotée d'un large « oculus » de 32 sur 67 cm, en verre renforcé. On accède donc directement à la vue du patient depuis le salon d'entrée.

La CSI, elle-même, bénéficie d'une vaste fenêtre (170 sur 90 cm), surplombant la rue d'Avron. Un volet électrique, commandé de l'intérieur de la chambre, en permet l'occultation.

Si la chambre est lumineuse et climatisée, ses dimensions sont réduites. La surface utile représente un peu moins de 8 m et la circulation y est restreinte.

Le lit est mobile, il s'agit d'un sommier de mousse dure, ignifugé, recouvert d'un matelas de la même matière. Les dimensions sont adaptées (190 sur 100 cm), sinon une hauteur insuffisante de 45 cm, potentiellement à risque pour le personnels intervenant au plus près du patient.

Le sommier est équipé de passants autorisant la fixation éventuelle de sangles de contention.

Les draps et couvertures ne sont pas sécurisés. Des coussins et des poufs en mousse peuvent être mis à disposition selon les besoins du patient, notamment pour les repas.

Le patient ne bénéficie pas d'appel-malade, sonore ou visuel, la chambre n'est pas sonorisée (interphonie, musique). Une pendule est placée à la fenêtre, permettant un regard immédiat du patient alité. Une bouteille d'eau est laissée à sa disposition.

L'accès aux sanitaires est fermé, sauf autorisation médicale. La porte de séparation est aussi équipée d'un « oculus ». Les sanitaires comprennent un espace douche, séparé de l'espace toilette dans lequel on peut noter la présence incongrue d'une balayette.

Pendant son séjour en CSI, le patient est mis en pyjama et ses effets personnels sont rangés en bagagerie, après inventaire.

Globalement, la chambre n'est pas accueillante, les peintures sont défraîchies, les équipements sont peu sécurisants ou sécurisés.

Contiguë à cette CSI, on trouve la chambre « adaptable ». Elle est tout aussi spartiate, et les équipements sont identiques. On note la présence d'un placard qu'on peut fermer à clé, où le patient peut déposer ses effets. Cette chambre n'est pas destinée à la pratique de la contention, mais elle est habituellement fermée à clé, sauf indication médicale.

Les unités Rasselins 1 et 2 sont aussi dotées de CSI ou de « chambre adaptable », mais elles diffèrent sensiblement des précédentes par leur disposition.

Un peu plus proches des salles de soins, elles prennent aussi place de part et d'autre d'un salon doté de fauteuils et d'une table basse. Dénommé « salon d'accueil des familles », il autorise en réalité des sorties progressives de la CSI, en particulier pour les temps de repas.

L'accès à la CSI est direct depuis ce salon, sans sas, et un « oculus » donne une vue directe sur l'occupant de la chambre. La fenêtre est identique, avec le même mécanisme de fermeture, et la climatisation fonctionne. Elle ne dispose pas d'appel malade, ni de sonorisation, en revanche, la pendule est directement accessible à la vue depuis le lit.

Les dimensions de la chambre sont plus réduites, 7,4 m². Le lit est scellé au sol et la tête de lit est collée au mur. Il n'est donc pas possible de faire le tour du lit. Le couchage comprend une literie ignifugée seulement au premier étage. Un ajout de mobilier en mousse est possible, de l'eau reste à disposition pour le patient.

Les sanitaires sont vastes, et apparaissent d'emblée peu sécurisants, puisque la robinetterie de la douche est largement saillante, permettant un accrochage, tout comme les tuyaux d'eau qui longent le mur, le plafond relativement bas, autorise l'accès au luminaire. Les vasques, en faïence, peuvent être brisées, ainsi, l'accès au sanitaire n'est possible que sur indication du médecin.

Les peintures sont grisâtres. La « chambre adaptable » est dégradée (plafond et plinthe décollés) et les circuits électriques sont à la portée d'un patient bricoleur.

Pour ce qui concerne le secteur G28, les deux CSI sont localisées dans l'unité fermée, dite USI, située au niveau du secteur G29, au premier étage. On appelle aussi cette unité Avron Est.

Elles sont situées à l'extrémité du service, séparées du bureau infirmier par le couloir, ces deux CSI sont strictement identiques. On peut y entrer directement, sans sas, en s'assurant visuellement de la situation du patient, puisqu'un « oculus » vertical, tel une meurtrière, de près d'1,20 m de haut, partiellement occulté par un adhésif opaque, offre la vision directe depuis le couloir.

La chambre carrée, d'une surface de 8,85 m², dotée d'une fenêtre de bonne dimension qui donne sur la rue, est très lumineuse. Cette fenêtre dispose d'un volet électrique commandé depuis la chambre, mais elle ne dispose pas d'appel-malade, sonore ou visuel, ni de sonorisation. La climatisation fonctionne, la pendule est bien visible.

Le lit se compose d'un sommier en mousse, posé au sol, surmonté d'un matelas ignifugé. La literie est celle du service, une bouteille d'eau est placée au pied du lit.

Les sanitaires sont en faïence, peuvent donc être brisés ; de ce fait ils ne sont accessibles qu'après avis médical. Une porte permet d'entrer directement dans ce local depuis le couloir.

L'ensemble des trois secteurs proscrit l'admission en CSI de patients en soins libres, et il est affirmé que ces chambres ne sont jamais utilisées pour résorber les trop-pleins de patients, y compris les patients en soins contraints.

Chaque équipe soignante, selon des modalités propres, plus ou moins formalisées, informe le patient de la raison du placement en CSI, et accompagne la prise de conscience de la situation de crise. Le *débriefing* se réalise « au fil de l'eau », ou lors d'entretiens dédiés.

Il convient de noter que l'équipe soignante du service Rasselins 1, bénéficie depuis quelques mois de séances d'analyse sur les pratiques de l'isolement.

Les secteurs G27 et G29 considèrent le placement en CSI comme un dernier recours, et privilégient l'orientation vers les chambres dites « adaptables », où la mobilité du patient est mieux préservée.

En toute circonstance, la décision de placer un patient à l'isolement, quelle qu'en soit la modalité, se prend dans le service, au vu du patient, par le psychiatre présent, ou lors de la garde. Cette décision est aussitôt tracée dans le dossier informatisé du patient, et les surveillances et diligences infirmières sont prescrites.

L'éventuel renouvellement à 24 heures, ou la fin de la mesure, sont aussi tracés.

Enfin, les agents de sécurité incendie du site sont systématiquement informés de l'occupation d'une chambre d'isolement.

Malgré leur caractère spartiate, peu accueillant, peu sécurisé, ces chambres d'isolement n'ont pas fait l'objet de réclamations ou de plaintes auprès de l'établissement.

Et, de façon assez paradoxale, les soignants ne font pas état d'incidents graves survenus en CSI, pas de dommages aux patients ni au personnel, en dehors de l'agressivité et de l'agitation habituelles dans ces circonstances.

Les entretiens réalisés avec les patients, lorsque leur état clinique le permettait, n'ont pas mis en évidence de pratique abusive de l'isolement. Un patient, maintenu en contention depuis le matin, admettait qu'il « *fallait bien cela pour qu'il se calme* ».

Une fiche détaillée (onze pages), dénommée « *Procédure d'isolement thérapeutique psychiatrique* » est diffusée auprès des équipes soignantes et médicales. Ce document, rédigé initialement en 2012, a été actualisé pour prendre en compte les données de la loi du 26 janvier 2016, et l'article L3225-5-1 du code de la santé publique est bien mentionné.

Cette fiche de recommandation a été validée par la CME de l'établissement le 21 juin 2016.

Les conduites soignantes y sont explicitées, tant pour ce qui concerne la dignité du patient que sa sécurité. Les modes de prescription et de surveillance destinées au dossier informatisé font l'objet d'une attention particulière, à l'intérieur de cette procédure, mais aussi dans le cadre de protocoles distincts, édités par le DIM.

Les procédures de mise en chambres d'isolement se sont nourries d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) internes et des réflexions d'un groupe de travail pluridisciplinaire.

Recommandation

Une réflexion pluriprofessionnelle doit être menée afin d'améliorer les conditions matérielles de l'isolement, en matière de confort, conformité, sécurité (installer un dispositif d'appel -sous forme d'interphone ou a minima un voyant lumineux) et de respect des droits des patients, pour l'ensemble des trois secteurs du site d'Avron.

Recommandation

En chambre d'isolement, il est nécessaire de permettre aux patients de se situer dans le temps en installant une horloge avec la date et offrir, si possible, un moyen de distraction.

5.2 LA CONTENTION EST UNE PRATIQUE STRICTEMENT ENCADREE DONT LE RECOURS EST EXCEPTIONNEL

Exceptionnellement pratiquée, quel que soit le secteur concerné, la contention ne se réalise que dans les chambres dédiées, les CSI.

Encadrée par une recommandation interne datée de décembre 2011, cette pratique est décrite **explicitement comme un ultime recours**, sur prescription médicale, lorsque toutes les autres méthodes de prise en charge échouent à apaiser le patient et à sécuriser son environnement. La recommandation détaille le matériel utilisé, les conditions de sa mise en œuvre et son entretien. Le confort et la sécurité du patient sont aussi mis en exergue, comme la surveillance médicale et infirmière (anticoagulants, paramètres vitaux, indicateurs de comportement...).

Toutes ces données sont intégrées au dossier informatisé du patient. Les données transmises aux contrôleurs, bien que non directement exploitables, permettent après retraitement manuel, de mettre en évidence une relative homogénéité des pratiques.

Ainsi, depuis le mois de juillet 2016 :

- le secteur G27 a prescrit dix-neuf séquences de contention pour huit patients, l'un d'entre eux comptant pour sept séquences ;
- le secteur G28 a placé quatre patients en contention, pour quatorze séquences, dont neuf pour la même personne ;

- le secteur G29 a prescrit vingt-trois séquences pour sept patients, dont douze pour le même patient.

5.3 LE REGISTRE PREVU PAR L'ART 3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE N'EXISTE PAS

L'établissement ne dispose pas de registre de l'isolement et de la contention répondant aux attentes de la loi, et du contrôle.

Les listes de décisions de mise en isolement, ou en contention transmises par la direction chargée des affaires juridiques, et du DIM, comportent les renseignements exigés par la loi du 26 janvier. Y figurent : les dates et heures de début et de fin de mesure, l'identifiant du patient, l'identité des prescripteurs et des soignants assurant la surveillance des soins.

Comme indiqué *supra*, ses listes établies à partir de l'identifiant du patient (IPP), et par séquence de prescription, ne permettent pas, à moins d'un fastidieux retraitement manuel des dossiers des patients, de distinguer les isolements réalisés en CSI des isolements réalisés dans la chambre du patient.

Les données communiquées, pour la période de juillet à septembre 2016, correspondent à un taux d'occupation des CSI supérieur à 200 %. Le logiciel qui régit les dossiers des patients est consciencieusement rempli et mis à jour par les intervenants, au jour le jour, mais il n'existe aucune possibilité d'obtenir, depuis l'unité de soins le récapitulatif des mesures d'isolement ou de contention prescrites dans le service depuis le début de l'année. Une extension de ce logiciel devrait offrir les arborescences souhaitées, à une échéance inconnue.

Recommandation

Conformément à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, des registres spécifiques à chaque pratique thérapeutique (isolement, contention) doivent être mis en place afin de permettre aux soignants d'avoir une lisibilité sur leur nombre.

Dans son courrier le directeur d'établissement ajoute que « *s'agissant du registre des isolements et de la contention, il existait au stade embryonnaire au moment de la visite du CGLPL. Les exigences du contrôle en la matière étaient supérieures à la formulation de la loi. Elles ont, depuis lors, été reprises dans les instructions de la DGOS ainsi que dans les recommandations de la HAS datant de la fin du mois de mars 2017. Le DIM a affiné les requêtes à l'issue de la visite* ».

6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

6.1 UNE RESTAURATION QUI NE DONNE PAS SATISFACTION

La restauration est externalisée et confiée à la société *SODEXO* dans le cadre d'un marché public qui arrivera à échéance au 31 décembre 2017. Le montant global de cette prestation s'élève annuellement à 10 millions d'euros pour l'ensemble des structures de Maison Blanche. Le coût d'un repas est de 6,20 euros.

La société *SODEXO* reçoit les commandes de chaque unité par le biais d'un logiciel renseigné par les soignants 48 heures à l'avance. Les rations sont livrées froides - chaque unité dispose d'équipements permettant de respecter la chaîne du froid - et réchauffées dans les fours des offices. Une diététicienne en charge de l'ensemble de l'établissement de Maison Blanche, élabore les menus - assistée de collègues réparties sur l'ensemble des structures- et contrôle la qualité et la quantité des aliments délivrés. Les patients peuvent rencontrer, par l'intermédiaire de l'équipe soignante, la diététicienne de la structure restée à Neuilly-sur-Marne. Elles organisent la semaine du goût dont la thématique en 2016 était : «Comment bien manger et lutter contre le gaspillage alimentaire ?».

Les repas sont élaborés en distinguant un menu principal et des variantes tenant compte notamment des régimes, des choix tels que végétarien, sans porc ou « casher ». Les patients ont indiqué aux contrôleurs que faisant ce type de choix, leurs repas n'étaient guère variés. Par ailleurs, les contrôleurs se sont étonnés que des repas « halal » ne soient pas proposés. Il leur a été déclaré qu'étaient proposés aux personnes de confession musulmane des repas sans porc ou végétariens. La possibilité d'indiquer des aversions figure également au logiciel de commande des repas. Selon les propos recueillis, le délai pour faire remonter les consignes liées à des régimes particuliers paraît trop long, il faut souvent attendre trois jours avant qu'elles ne soient mises en pratiques.

Les barquettes sont, soit individuelles, soit composées pour quatre personnes.

Recommandation

Il conviendrait de fournir des menus répondant aux exigences alimentaires de l'ensemble des pratiques confessionnelles et non pas de se limiter à l'une d'entre elles et, par ailleurs, de varier les propositions des plats dans les régimes particuliers.

Les horaires des repas sont compris dans les tranches horaires suivantes :

- petit déjeuner entre 8h et 9h ;
- déjeuner entre 12h et 13h30 ;
- dîner entre 18h45 et 19h30.

Lors de la visite des contrôleurs, de nombreux patients ont signalé avoir faim après le repas du fait de quantités qu'ils disent insuffisantes. Une pétition dans ce sens circulait au sein du 27^{ème} secteur.

A titre d'exemple, le mercredi 5 octobre 2016, le dîner était composé d'artichauts vinaigrette en entrée, d'omelette avec des épinards en plat principal, d'un morceau de fromage de chèvre et d'une pâtisserie. Les patients (hommes) se sont plaints de l'omelette jugée minimale.



Omelette

La diététicienne, que les contrôleurs ont rencontrée, a indiqué que les portions sont au-dessus du grammage normal et que, par ailleurs, le plat principal est équilibré par une entrée, un fromage ou un yaourt suivis d'une pâtisserie ou d'un fruit.

A noter que, les soignants eux-mêmes indiquent avoir des difficultés dans la gestion des quantités, s'agissant des barquettes prévues pour quatre personnes, du fait de l'arrivée à table échelonnée des patients à la suite de la distribution individualisée des médicaments.

Les patients ne bénéficient pas de collation dans le courant de l'après-midi hormis le dimanche. Il n'existe pas de cafétéria. C'est pourquoi les familles ou proches en visite souhaitent apporter friandises et boissons. Si elles sont bien disponibles dans les distributeurs du hall, leur prix est très élevé. Pour rappel, la population du 20^{ème} arrondissement de Paris est l'une de celles qui souffrent le plus de la précarité dans la capitale.

Sur ce thème, les contrôleurs ont été saisis de plusieurs plaintes. Des familles auraient apporté de l'eau durant la canicule qui aurait été déversée devant eux, d'autres rapportent que les biscuits ne sont pas remis aux patients. Il s'agirait d'une part d'éviter de laisser entrer des produits stupéfiants ou de l'alcool, d'autre part de consignes de sécurité (cf. *infra* § 6.2.3).

Si le règlement intérieur en son article 32 dispose « *Le cadre de santé doit s'opposer, dans l'intérêt des personnes hospitalisées, à la remise de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit et aux règles d'hygiène* » cet article laisse cependant la possibilité de faire rentrer de l'eau et des biscuits pour ceux dont le régime ne l'interdit pas. Toutefois, le livret d'accueil est plus restrictif et indique « *Merci de recommander à vos parents et amis : de ne pas apporter nourriture, médicaments, alcool, drogues, ni objet dangereux* ». Au sein de l'établissement, les unités sont divisées du fait de l'introduction d'alcool ou de drogue par ce biais. Elles adoptent un fonctionnement hétérogène sur ce thème qui va de l'interdiction totale à une tolérance pour l'apport de friandises ou biscuits pour les personnes non soumises à un régime, conformément au règlement intérieur. Les agents de sécurité ont donc consigne de bloquer et garder dans le bureau du standard toute nourriture et boisson repérée par l'ouverture obligatoire des sacs. Après contact avec l'unité, ils les remettent aux soignants ou aux familles qui les remportent à leur sortie. Ces disparités sont incomprises des patients et de leurs familles, de telle sorte que les agents de sécurité doivent juguler leurs réactions.

Recommandation

Il est nécessaire d'harmoniser le fonctionnement des unités en ce qui concerne l'introduction de denrées alimentaires par les patients ou leur famille. Il faut également mettre à jour règlement intérieur et livret d'accueil sur ce point.

Le personnel soignant ne prend pas ses repas en même temps que les patients.

Pour les patients du secteur 28, Les repas sont pris dans une salle en rez-de-chaussée du bâtiment du secteur. Malgré des films opaques posés sur les vitres, la visibilité des passants de la rue est directe sur les patients en train de prendre leur repas. Certains patients ont exprimé leur gêne d'être ainsi exposés.

Un office est commun aux secteurs 27 et 28 dans deux réfectoires, composés de cinq tables de quatre places chacune, situés le long de la coursive, à laquelle l'accès direct n'est pas possible.

6.2 L'HYGIENE DES LOCAUX EST PERFECTIBLE

Les patients disposent de douches dans leur chambre et il leur est proposé une aide pour faire leur toilette car, selon les propos recueillis, l'hygiène corporelle est un réel problème pour certains d'entre eux. Des produits sont fournis lors de l'admission (des échantillons à usage unique de gel douche, shampooing ou dentifrice) mais il incombe aux patients ou à leur famille de les renouveler.

De la même manière, les patients sont invités à confier le nettoyage de leurs effets personnels à leurs familles. Lors de l'admission, les vêtements peuvent être lavés dans le lave-linge du service. Les patients peuvent être accompagnés pour se rendre au pressing situé à quelques mètres de l'établissement.

Au rez-de-chaussée du secteur 28, une buanderie avec une machine à laver et un sèche-linge sont disponibles sur sollicitation d'un personnel, pour les patients, en vue d'une autonomisation. N'étant pas suffisante pour tous les patients de l'unité, il est indiqué aux contrôleurs qu'il est souhaité la mise en place d'une seconde buanderie à l'étage. Pour les patients ne disposant pas de suffisamment de linge, l'équipe apporte du linge personnel. Ils peuvent aussi bénéficier de dons par la boutique Emmaüs située dans le 20^{ème} arrondissement.

Au sein des unités, l'hygiène des locaux est assurée par les ASH ; le nettoyage des locaux communs est sous-traité à la société *Challencin* dans le cadre d'un marché public de bio-nettoyage. L'établissement n'est pas satisfait de la prestation et un nouvel appel d'offres sera lancé en juillet 2017.

L'EPS Maison Blanche s'est doté d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) qui surveille et prévient la survenue de ce type d'infections et d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

6.3 LA SECURITE EST ASSUREE PAR UNE SOCIETE PRIVEE

La sécurité est assurée par la société SSIAP (service secours incendie et assistance à la personne). Depuis la mise en œuvre du plan VIGIPIRATE, les agents, trois titulaires et trois suppléants, sont présents tour à tour 24h/24, par tranche de 12 heures (8h à 20h et 20h à 8h). Ils se tiennent à l'entrée de l'établissement mais effectuent deux rondes par jour à 8h10 et à 18h50.

L'accès « piétons » s'effectue au 129 rue d'Avron, par le franchissement d'une première porte métallique, puis d'une deuxième porte métallique, à ouverture commandée électriquement par l'accueil ; cette zone dispose de caméras de surveillance tout au long du trajet d'accès de la porte d'entrée jusqu'à l'accueil. Un contrôle doit être systématiquement pratiqué par le personnel de l'accueil ou agent de sécurité, avant d'autoriser des personnes à pénétrer dans les espaces de soins.

Par note de mars 2015, le chargé de mission sur le plan de lutte anti-terroriste de Maison Blanche a défini les actions à conduire par le personnel de l'établissement notamment les agents de sécurité, lors d'un déclenchement du plan gouvernemental VIGIPIRATE.

Il est demandé au personnel d'être vigilant, de ne pas se séparer de ses affaires personnelles, de suivre les consignes des agents de sécurité. Par ailleurs, ces agents ont pour instruction de vérifier l'identité de chaque visiteur et conformément aux instructions de l'ARS des 16 et 25 novembre 2015, d'assurer un contrôle visuel des sacs par du personnel qualifié ou par des personnels de l'établissement non spécialisés.

Les agents, par le contrôle des sacs, sont amenés à stopper toute introduction de boisson ou de nourriture conformément à des instructions locales (cf. *supra* § 6.2.1).

Au sein des unités, il leur est demandé de venir en appui des soignants soit en observation, soit en dissuasion du fait du port de l'uniforme. Leur rôle ne consiste pas en une intervention directe.

Ils se rendent dans les unités lorsqu'est utilisé le bip de protection des travailleurs isolés (PTI) ou le « jet de clés »⁴. Généralement, les soignants des autres unités sont déjà sur place prévenus par le standard qui, après appel téléphonique des soignants concernés, affiche un message d'urgence qui apparaît sur tous les bips.

Il a été constaté par les contrôleurs que le personnel ne disposait, parfois, que d'un seul bip par étage.

6.4 LES MOYENS DE TRANSPORT SONT MUTUALISES AU SEIN DU GROUPEMENT HOSPITALIER

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) a ré-internalisé le service ambulancier de manière à d'obtenir une meilleure qualité de prestations. Il dispose de six ambulances et de cinq véhicules sanitaires légers (VSL). L'établissement a donc embauché des ambulanciers et des chauffeurs.

Par ailleurs, il a conclu un marché avec la société de taxis G7. Selon les propos recueillis par les contrôleurs, il est déploré une sur utilisation de ces taxis. En vue de réduire les coûts et de favoriser l'utilisation des moyens internes, plus adaptés au transport de patients, un logiciel sera mis en place qui analysera l'ensemble des trajets et leurs motifs.

6.5 L'ACCES AU TABAC EST FACILITE

Le tabac est autorisé sur la cour et dans la cour. Les patients du 28^{ème} secteur doivent se rendre dans le patio du rez-de-chaussée pour fumer.

Il est acheté soit par le patient lui-même, par sa famille ou par les soignants en cas d'impossibilité de sortie. Conservé au bureau infirmier, il peut être laissé à disposition des patients dans certaines unités. Les patients gèrent leur tabac. Ils peuvent cependant le laisser dans leur casier au bureau des infirmiers. Lors du placement en chambre d'isolement, il est prévu de proposer un substitut nicotinique (patch) aux fumeurs et dès que possible de les accompagner pour fumer sur la cour.

⁴ Dispositif mural qui par contact d'une clé entre deux plaques métalliques alerte les agents de sécurité appelé également « appel renfort ».

6.6 LES RELATIONS DES PATIENTS AVEC L'EXTERIEUR QUI SONT MAINTENUES

6.6.1 Le téléphone

Il existe des cabines téléphoniques dans chaque secteur, que les patients peuvent utiliser en achetant des cartes. Mais certaines ont été démontées et supprimées du jour au lendemain sans explication quelques mois avant la visite des contrôleurs.

Après avis du médecin, les patients peuvent disposer de leur téléphone portable dans leur chambre. Lorsque cela ne perturbe pas le fonctionnement, les patients qui n'ont pas de téléphone peuvent être autorisés à utiliser le téléphone du bureau des infirmiers pour des appels importants (famille, tutelle).

Mais des raisons thérapeutiques, sur décision du responsable médical concerné, peuvent être invoquées pour restreindre ces possibilités. Cette décision et la durée de cette restriction sont consignées dans le dossier médical du patient. La prise de photo ou de vidéos à l'aide de téléphones portables est interdite dans l'enceinte de l'établissement.

Dans son courrier, le directeur d'établissement indique que « *s'agissant du téléphone et plus particulièrement des cabines téléphoniques, la suppression de certaines d'entre elles est indépendante de la volonté de l'établissement. En effet, un amendement de la loi n°2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques dite loi « Macron » dispose que la publiphonie ne relève plus d'un service universel. De ce fait, la société Orange n'a plus l'obligation d'entretenir les cabines téléphoniques et a été autorisée à les démanteler. La direction des travaux de l'ingénierie et de la maintenance a mis en place des solutions alternatives pour permettre aux patients ne disposant pas d'un téléphone portable ou n'étant pas autorisé d'après prescription médicale à l'utiliser, de téléphoner au sein de l'hôpital* ».

6.6.2 Le courrier

Le personnel soignant distribue chaque jour le courrier (en très faible quantité), qui ne fait pas l'objet de contrôle. Cependant, pour éviter l'introduction de produits stupéfiants, si un colis devait arriver les soignants demanderaient à être présents lors de l'ouverture par le patient. Le courrier sortant doit être remis au personnel soignant, correctement affranchi, avant 15h. Le règlement intérieur précise que les limitations de ce droit ne peuvent être que temporaires et motivées par un avis médical circonstancié versé au dossier médical. Les opérations postales particulières peuvent être organisées auprès du vagemestre.

L'attention des contrôleurs a été attirée sur la problématique du courrier. Une patiente a souhaité faire suivre son courrier, ce qu'elle n'a pas obtenu auprès du service d'assistance sociale, ou bénéficier de permissions de sortie pour aller le chercher elle-même. En réalité deux situations se présentent :

- si la personne dispose d'un logement, le courrier peut être récupéré par l'assistante sociale accompagnée ou non du patient, en accord avec le médecin, à l'issue d'une période moyenne de quinze jours ;
- si la personne ne dispose pas d'un logement propre (par exemple, bénéficie d'une domiciliation administrative), le courrier fait, en accord avec le patient, momentanément l'objet d'un suivi.

Les frais postaux sont à la charge des patients, qui peuvent déposer leur courrier pour envoi à l'accueil du centre hospitalier.

6.6.3 La télévision

Des postes de télévision sont installés dans chaque unité. Une autorisation de la direction de l'établissement est nécessaire pour disposer d'appareils personnels, téléviseurs et postes de radio. Leur usage ne saurait déranger d'autres patients ; si tel était le cas, ils seraient retirés. Les chambres ne sont pas équipées de téléviseurs.

Dans chacune des sous-unités du G27, un salon est prévu à cet effet.



Salon de télévision

Pour le 28^{ème} secteur, un « espace » de télévision pour les patients est disponible dans le hall de l'unité, au rez-de-chaussée, dans le passage vers la cour de promenade, en face du secrétariat. Trois bancs de deux places fixés au sol, permettent aux patients de s'installer mais dans un endroit peu propice à la détente (courant d'air, bruit).



Espace télévision

Dans tous les secteurs la télécommande n'est pas laissée aux patients.

6.6.4 L'informatique et l'accès à internet

La généralisation des smartphones rendrait en pratique toute interdiction systématique inopérante. Selon les personnels interrogés, la décision est prise au cas par cas, sur prescription médicale. Mais en réalité les patients ne disposent pas d'ordinateur.

6.6.5 Les visites

Les visites sont autorisées de 13h30 à 18h30 dans chaque unité de soins. Le visiteur doit déposer une pièce d'identité à son arrivée, qu'il récupère à son départ. La liste des visiteurs est établie d'un commun accord entre le patient et le médecin. Les familles peuvent rendre visite autant de fois qu'elles le souhaitent et les médecins les reçoivent dans les premiers jours de l'hospitalisation. Le patient peut demander au cadre de santé de refuser la visite de personnes qu'il ne souhaite pas rencontrer. De même, des visites peuvent être suspendues ou limitées sur décision médicale, consignée dans le dossier et signifiée au patient et au visiteur. Sauf exception, les visites des enfants sont déconseillées. Selon les propos recueillis, *a priori*, les visites peuvent avoir lieu dans les chambres des patients, comme dans les parties communes et le patio.

Néanmoins à l'USI, les visites se réalisent exceptionnellement dans l'unité, mais plutôt dans l'espace de déambulation du rez-de-chaussée.

Au sein des unités du 27^{ème} secteur, Les patients peuvent recevoir ces visites dans deux salles de visite aménagées mais les patients peuvent également inviter leur famille dans leur chambre, s'ils bénéficient d'une chambre individuelle.

Au sein des unités du 28^{ème} secteur, il n'existe pas de lieu dédié à l'accueil des familles. Elles retrouvent donc leurs proches dans la cour ou dans la salle de télévision au rez-de-chaussée de l'unité, sans qu'aucune intimité ne soit possible.

En principe, les familles ne peuvent se rendre dans les chambres de leur proche hospitalisé. Cet interdit semble s'assouplir. Exceptionnellement, certains proches sont autorisés à monter dans les chambres, au gré des autorisations.

Le rez-de-chaussée n'est équipé que d'un sanitaire, mixte, commun à l'ensemble. Il est régulièrement sale.

Par ailleurs, il est précisé que peu de patients reçoivent des visites. Sur les vingt-cinq personnes présentes dans cette unité au moment de la visite des contrôleurs, toutes bénéficiaient de droit de visites. Mais seulement la moitié avait des visites effectives.

Recommandation

Un salon d'accueil, convivial et confortable, doit être proposé pour les visites des proches.

6.6.6 L'intervention des assistantes de service social

Leur rôle est essentiellement axé sur l'accompagnement dans un projet de sortie en vue d'une réinsertion sociale et/ou professionnelle. Il s'agit très fréquemment, sur tous les secteurs, d'une population défavorisée dont beaucoup sont sous mesure de protection. Les problèmes sociaux particuliers au secteur conduisent les assistantes sociales à un gros travail pour réactualiser les droits des patients. La sortie est souvent aussi un moment difficile, car faute de logement, et face à la pénurie des structures d'accueil social, les patients peuvent se retrouver à la rue.

Leur principale difficulté réside dans la recherche de logement pour la sortie des patients. Bien qu'elles travaillent en partenariat avec des foyers, peu de places sont disponibles pour cette

catégorie de population. L'association de santé mentale du 20^{ème} arrondissement dispose d'appartements thérapeutiques mais ne peut accueillir que douze patients. Les assistantes de service social sollicitent la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour, à la fois, les demandes d'allocation adulte handicapé (AAH) et pour une orientation en foyers d'hébergement, ce qui constitue une procédure allant de six à huit mois. Sont également sollicités, le foyer de post cure (en réalité post hospitalisation), les hôtels au mois et beaucoup plus loin les établissements et services d'aide par le travail en Belgique (ESAT). A Paris, les foyers spécialisés dans le handicap refusent les patients ayant été admis sur décision du préfet.

Une difficulté apparaît particulièrement en matière de logements sociaux, d'autant qu'en région parisienne, à l'issue de trois refus, aucune demande supplémentaire ne peut être déposée. Les assistantes sociales effectuent également un travail de prospection auprès des acteurs médico-sociaux pour élargir le carnet d'adresses de partenaires.

Le service social dispose d'outils thérapeutiques, tels que des familles d'accueil thérapeutiques, intervenant à Maison Blanche depuis 1989 et qui bénéficient d'un savoir-faire. Le dispositif est supervisé ; les familles sont évaluées deux fois par mois.

Une part importante de leur travail est également consacrée aux relations avec les tuteurs et les curateurs avec lesquels elles sont en lien de manière permanente.

A l'instar des médecins, elles conservent la prise en charge de patients qu'elles ont connus dans l'un ou l'autre des lieux de soins. En hospitalisation, elles rencontrent le patient après qu'il se soit apaisé. Elles font partie intégrante de l'équipe de soignants et assistent à l'ensemble des réunions. Le service fonctionne dans le cadre d'un secret partagé.

A l'initiative des médecins, elles effectuent des visites à domicile avec les patients en compagnie d'un aide-soignant ; en revanche lors de démarches administratives, elles se déplacent généralement seules avec le patient.

Lorsqu'elles n'ont plus aucune nouvelle d'un patient à l'issue de son hospitalisation, les assistantes sociales se rendent parfois au domicile du patient après l'en avoir avisé. Afin de l'aider si sa situation le nécessite ou éviter une nouvelle dégradation de sa situation.

En 2015, trois patients ont été placés dans un service de soins en Belgique (avec qui le centre hospitalier de Maison Blanche est en partenariat), impliquant que la mesure de soins sans consentement ait été préalablement levée.

Les membres de l'équipe ont déploré, auprès des contrôleurs, la faiblesse des partenariats avec des structures spécialisées dans la lutte contre la toxicomanie.

6.7 LA QUESTION DE LA SEXUALITE DES PATIENTS N'EST PAS ELABOREE PAR LES SOIGNANTS

La sexualité ne fait pas l'objet d'une interdiction dans le règlement. Mais dans certaines unités l'interdiction d'entrer dans la chambre d'un autre patient a pour but, notamment, de prévenir toute relation sexuelle. Quand les patients reçoivent leurs visiteurs dans leur chambre aucune surveillance particulière n'est exercée sur ce point. Ce qui préoccupe les soignants, c'est la vulnérabilité de certains patients, et le souci que dans le cas où des relations sexuelles auraient lieu, elles soient clairement librement consenties. Une attention particulière est portée lorsque des rapprochements entre deux patients sont observés. Dans le passé, des faits de proxénétisme avaient été soupçonnés et la possibilité que des relations sexuelles aient été monnayées en échange de stupéfiants fortement envisagée. Selon les personnes interrogées par les contrôleurs, la vigilance des équipes a permis de régler la question. Une agression sexuelle qui s'était déroulée

dans les toilettes du rez-de-chaussée a conduit à équiper les lieux de serrures. De façon inégale selon les services, des préservatifs sont disponibles à la pharmacie. Les contrôleurs ont été surpris de la disparité des pratiques à cet égard, certains soignants ne paraissant pas être informés de cette possibilité. La question de la contraception peut faire l'objet d'échanges avec les patients. Un réseau de prévention du SIDA en milieu psychiatrique peut appuyer les équipes en cas de besoin.

Aucune réflexion institutionnelle sur ce sujet n'a été menée en équipe ni par le comité d'éthique.

Recommandation

Si une grande vigilance de la part de l'équipe vis-à-vis des personnes fragiles est primordiale, la sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion afin d'envisager les moyens dont ces derniers pourraient disposer pour gérer leur vie affective et sexuelle.

6.8 LES SOINS SOMATIQUES SONT REMARQUABLEMENT ORGANISES

L'EPSM Maison Blanche a conservé de son implantation historique à Neuilly-sur-Marne une solide organisation des soins somatiques en psychiatrie.

D'une part persiste sur le site de Neuilly une permanence médicale somatique, avec garde sur place, d'autre part, chaque site parisien est doté d'un temps plein de médecin généraliste, l'ensemble du dispositif étant coordonné par un chef de service, par ailleurs responsable de la gestion des risques liés aux soins. A ce titre, il est destinataire de l'ensemble des fiches d'événements indésirables liés à des situations de soins.

6.8.1 L'accès au médecin généraliste

Le site d'Avron s'est doté d'une structure assurant les soins somatiques, dès son ouverture. Située au rez-de-chaussée, face à la cour intérieure, cette structure se révèle exigüe et peu fonctionnelle : le bureau médical est « coincé » entre le bureau infirmier et le secrétariat, et aucune de ces pièces ne dispose directement de la lumière du jour.

L'équipe se compose d'un médecin généraliste à temps plein, d'une infirmière, d'une aide-soignante et d'une secrétaire. Un interne en médecine intervient une fois par semaine.

Le médecin intervient sur rendez-vous à son cabinet, ou dans les services lorsqu'il est difficile, ou impossible de déplacer le patient. Chaque patient bénéficie d'un examen initial, soit au service des urgences (de l'hôpital Tenon le plus souvent), soit à l'unité d'accueil du site d'Avron. Cet examen initial est formalisé et tracé dans le dossier avec un regard sur l'état vaccinal du patient. La conception du dossier informatisé permet d'y intégrer aisément les résultats des examens biologiques et les tracés d'électrocardiogrammes. Une autre procédure est formalisée, il s'agit d'EVASEM, évaluation semestrielle, à laquelle sont soumises systématiquement toutes les personnes hospitalisées depuis six mois.

L'attention du généraliste se porte sur des thèmes bien précis, tels les troubles métaboliques, liés à la surcharge pondérale et à la sédentarité, les troubles du transit intestinal, majorés le plus souvent par les traitements psychotropes, le risque thromboembolique dû à l'alitement, et particulièrement en situation d'isolement ou de contention. Le médecin est ainsi appelé à intervenir en CSI, toujours accompagné d'un infirmier. Un traitement anticoagulant est systématiquement prescrit aux patients isolés et contenus.

La permanence des soins de médecine générale est assurée sur le site d'Avron par le praticien présent, ou par un médecin d'astreinte en journée, si le titulaire est absent. La nuit, et en régime de garde, la permanence des soins somatiques relève du psychiatre de garde sur place, épaulé en tant que de besoin par le médecin somaticien de garde sur le site de Neuilly-sur-Marne, joignable à tout moment.

Les transferts pour des soins urgents se réalisent facilement, selon les spécialités, vers l'hôpital de la Croix-Saint-Simon, contigu au site d'Avron, ou vers l'hôpital Tenon, CHU de rattachement des secteurs. Des kinésithérapeutes interviennent deux fois par semaine sur le site, des pédicures, deux fois par mois, et les diététiciennes, quasiment à la demande.

Le médecin généraliste regrette de ne pas être habituellement invité aux réunions de synthèse clinique au sein des différents services.

6.8.2 Les consultations spécialisées

Lorsqu'un avis spécialisé est nécessaire, ou lorsque des soins dentaires sont requis, les rendez-vous sont pris par le secrétariat du site d'Avron. Si le patient est toujours hospitalisé à la date du rendez-vous, il est systématiquement accompagné de l'aide-soignante, qui sert ainsi d'agent de liaison entre l'univers psychiatrique et les hôpitaux ou cabinets traditionnels. Lorsque le patient a quitté l'établissement, le rendez-vous est signalé à ses référents du CMP, qui peuvent ainsi le rappeler et au médecin traitant, quand il est identifié.

Par ailleurs, un système de convention se met en place avec des intervenants extérieurs. Un centre de santé du quartier peut ainsi proposer des suivis gynécologiques, des cabinets de kinésithérapie, de radiologie sont aussi mobilisés.

Bonne pratique

L'organisation de la permanence des soins somatiques est efficiente et les efforts de prévention et de dépistage des maladies chroniques doivent être encouragés.

Bonne pratique

Le souci de continuité des soins et les conventions avec des professionnels de santé extérieurs à l'établissement garantissent une prise en charge globale du patient en ambulatoire.

6.8.3 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD est centralisé au niveau de l'EPSM Maison Blanche, il est mobilisé si nécessaire. Cependant, le médecin généraliste indique que la question de la douleur doit être relativisée, et souvent, présumée chez le patient psychiatrique, du fait des difficultés d'expression, des pathologies, ou des traitements. L'importance de la douleur physique en psychiatrie serait, ainsi, sous-évaluée.

6.8.4 Le comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS)

Dirigé par le médecin chef de service de médecine au sein de l'EPSM, la structure veille à mener des RMM (revue de morbidité-mortalité) à la suite de chaque décès de patients en cours de soins.

L'attention est focalisée sur des situations à risque majeur, comme le risque d'embolie pulmonaire, corrélé à l'alitement et à la contention, les troubles du transit intestinal, du fait de la sédentarité et des traitements médicamenteux, et plus récemment le syndrome d'apnée du sommeil, favorisé par la sédentarité et l'embonpoint.

6.8.5 La distribution des médicaments

La distribution des médicaments à laquelle ont assisté les contrôleurs se fait de manière individuelle avant les repas. Les patients se rendent dans un salon dont l'une des portes communique avec la salle de soins où ils entrent un par un. La porte est fermée afin de préserver la confidentialité des échanges. Le traitement est préparé devant le patient de manière à répondre à ses interrogations et à le rendre acteur du soin. Le traitement est alors validé informatiquement.

Les patients comme le personnel ont expliqué aux contrôleurs qu'il s'agissait de moments privilégiés au cours desquels de vrais échanges ont lieu, aussi bien sur l'état d'esprit des patients que sur les effets des traitements et les gênes qu'ils peuvent occasionner. Ces informations sont transmises aux médecins pour éventuellement adapter les posologies et limiter autant que possible les effets secondaires.

Les produits stupéfiants sont gardés sous clef. Les dispositifs de contention sont conservés dans cet espace et leur fonctionnement régulièrement testé.

Bonne pratique

La distribution des médicaments se fait de manière confidentielle et permet au patient d'échanger avec les soignants et de s'approprier le soin.

6.9 DES PLAINTES ET RECLAMATIONS PEU NOMBREUSES MAIS DES DELAIS DE REPONSES EN AUGMENTATION

6.9.1 Le traitement des plaintes et réclamations : la Commission des usagers (CDU)

Par décision n°2016/20 du 13 avril 2015, le directeur de l'établissement a désigné seize membres pour constituer la CDU. Des représentants des associations de familles y sont associés mais en 2015 seuls les représentants de l'UNAFAM se sont déplacés (cf. *supra* § 2.7.1). Trois invités permanents y sont également associés.

La commission s'est réunie à quatre reprises en 2015. 57,7 % des réclamations sont adressées par les patients, 31 % par leurs proches. En 2015, trois ont été adressées par le Défenseur des droits (DDD), deux par le tuteur, une par un médecin de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), une par un assistant de service social d'une structure extérieure et une par un habitant. A titre d'exemple, la réclamation portée par le Défenseur des droits en décembre 2015, interpellé par l'association *Advocacy Paris*, portait sur l'interdiction faite aux visiteurs d'apporter des boissons aux patients. Une enquête interne a été diligentée et réponse a été apportée au DDD en quarante-cinq jours.

Le délai de réponse moyen est en effet de quarante-cinq jours, en augmentation notable par rapport à 2014. Soixante et une plaintes avaient fait l'objet d'une réponse au 31 décembre. Les

réclamations encore en cours à cette date étaient consécutives à la complexité de la plainte et à une surcharge de travail du secrétariat de la CDU.

Vingt-cinq réclamations émanaient du site d'Avron.

Dans son courrier, le directeur d'établissement indique que « *il convient de noter qu'au moment du contrôle, le service des relations avec les usagers était doté de 0,5 ETP de secrétariat et de 0,2 ETP de responsable. En outre, en 2016, la personne en charge du secrétariat des relations avec les usagers a été en congé maternité et a été remplacée par les deux assistantes de direction, générant une surcharge de travail importante pour ces dernières et expliquant les difficultés rencontrées pour tenir les délais légaux. Dans le cadre de la direction commune et grâce aux différentes mutualisations, il a été possible de renforcer les ressources du service des relations avec les usagers (...) passage de 0,7 à 2 ETP. Cette évolution du service a notamment permis la mise en place de permanences du service à compter du mois d'avril 2017, sur chaque site d'hospitalisation de l'EPSMB, à raison d'une demi-journée par mois* ».

6.9.2 L'accès au dossier médical

Les demandes d'accès au dossier médical sont en diminution : 189 en 2015 pour 215 en 2014. 81 % ont été honorées. Le délai de communication des dossiers médicaux (par exemple huit jours pour les dossiers de moins de cinq ans) n'est en général pas tenu, en raison notamment d'un secrétariat insuffisant et d'une trop faible réactivité du service des relations avec les usagers. Une recommandation a été prise pour améliorer les modalités de communication des dossiers aux médecins chefs des pôles et secrétaires médicales en organisant une formation/information permettant de revoir dans sa totalité la procédure d'accès au dossier médical.

6.9.3 Les événements indésirables : le comité de coordination des vigilances et des risques (COVIRIS)

L'établissement, comme l'ensemble des établissements hospitaliers, est tenu d'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à son activité.

Pour ce faire et dans le nouveau cadre du GHT, une équipe de professionnels émanant de trois établissements distincts a été mise en place. Elle est composée notamment de la directrice de la qualité, du médecin chef somaticien en charge de la gestion des risques ainsi que d'une cadre de santé diététicienne, gestionnaire des risques liés aux soins, tous deux à temps partiel.

Les fiches de signalement des événements indésirables (FEI) sont rédigées sur intranet et entraînent l'envoi d'un courriel au service de la qualité et de la gestion des risques, lequel contacte le service émetteur afin d'obtenir les précisions utiles. A partir de cette étape, le service de gestion des risques procède à la qualification de l'événement et la hiérarchisation de sa gravité. Les actions correctrices proposées font l'objet d'une saisine du cadre supérieur de pôle ou du cadre hygiéniste.

L'information est adressée concomitamment à la direction du GHT, au directeur de l'établissement concerné, au chef de pôle, à la direction des soins pour toutes les FEI liées aux soins, éventuellement au directeur technique. Lorsque le dysfonctionnement est traité, le dossier est clôturé et une synthèse est adressée au déclarant et à tous les institutionnels concernés.

En 2015, sur l'ensemble des établissements constituant Maison Blanche, 1 111 fiches d'événements indésirables ont été adressées au service de la qualité et de la gestion des risques dont 832 en intra hospitalier. Cette année a été marquée par une prédominance des fiches relatant des violences suivies par les erreurs médicamenteuses en augmentation par rapport à l'année précédente puis les chutes et les vols qui sont en diminution.

Pour sa part, l'établissement d'Avron a enregistré 229 FEI dont 175 en intra hospitalier, 38 en extra hospitalier, 7 en foyer et 9 à l'extérieur. Les infirmiers rédigent majoritairement ces fiches suivis des cadres de santé.

Elles se répartissaient sur les trois secteurs de la manière suivante :

2015	27ème secteur	28ème secteur	29ème secteur
Nbre FEI	57	92	80
Dont % en Intra hospitalier	91 %	84 %	84 %
% de traitement des FEI	84,2 %	88 %	88,7 %

Les dommages professionnels (violences, vols, sentiment de harcèlement, pertes de tenues professionnelles) apparaissent au même niveau que les **prises en charge** (erreurs médicamenteuses, un décès, deux tentatives de suicide, sorties irrégulières) au sein du 27ème secteur. La question des locaux (dégradations, ascenseur, chauffage, inondation, alarme) est très largement représentée dans le 28ème secteur avant le matériel et le 29ème secteur a déclaré des événements indésirables axés sur la **prise en charge** (erreurs médicamenteuses, sorties irrégulières, violences, chute, bris de lunettes, dégradation de véhicule, stationnement, transport des personnes handicapées) au même niveau d'importance que le matériel (dégradations, dysfonctionnements, pertes, vols).

Durant la même année, sur l'ensemble de l'établissement de Maison Blanche, le service a enregistré dix-huit décès en intra hospitalier (hors l'USLD). Il déplore également cinq suicides dont trois en intra hospitalier, un en programme de soins et un en fugue.

7. LES CONDITIONS DE VIE PROPRES A CHAQUE UNITE

7.1 L'UNITE D'ACCUEIL NE REÇOIT QUE DES PATIENTS EN SOINS LIBRES

Située au rez-de-chaussée, l'unité d'accueil dispose de six chambres individuelles. Les patients, exclusivement en soins libres, y sont accueillis pour une durée variant de quelques heures à trois jours pour observation et orientation. Les patients sont orientés vers l'hôpital par des canaux divers : présentation spontanée, service d'urgences d'un hôpital général, médecins de ville, foyers, CMP, centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de l'hôpital Sainte-Anne. Si en cours d'observation une mesure de soins sans consentement apparaît nécessaire, il est fait appel à un médecin extérieur pour rédiger le premier certificat médical mais cette situation est présentée comme étant très rare. Le service était en moyenne occupé par quatre patients pendant la durée du contrôle. Selon leur déclaration, les soignants déplorent devoir fréquemment intervenir, de par leur proximité géographique avec la banque d'accueil, pour gérer des difficultés dans le cadre de visites : refus de visite ou de produits alimentaires.

7.2 LE SECTEUR « BELLEVILLE » OU 27^{EME} SECTEUR : UNE UNITE OUVERTE

Une unité d'hospitalisation complète couvre le secteur Belleville⁵ ou 27^{eme} secteur (75G27). Elle comporte deux sous-divisions bien identifiées dites Avron 2 et Rasselins 2 correspondant à deux ailes au 2^{eme} étage de l'établissement, toutefois la prise en charge des patients y est indifférenciée.

C'est une unité ouverte. Sa porte est constamment ouverte en journée tant en possibilité de sortie qu'en entrée.

Bonne pratique

L'unité du 27^{eme} secteur, Avron 2 et Rasselins 2, est ouverte dans la journée permettant ainsi aux patients, quel que soit leur statut, d'aller et venir librement.

a) Les locaux

A l'instar de l'ensemble de l'édifice, l'état actuel des locaux et des équipements est marqué par la vétusté et les dégradations multiples. Ainsi qu'indiqué *supra*, ils nécessitent urgemment des travaux de rénovation et de réparation ainsi qu'une plus grande vigilance sur l'entretien (cf. § 6.2.2).

Quarante lits composent l'unité - vingt par aile d'hébergement - parmi lesquelles sont aménagées deux chambres d'adaptation ou d'apaisement dont le statut d'utilisation est assez flou (cf. § 5.1.1).

Les chambres individuelles sont d'une surface d'environ 8 m² ; les deux chambres à deux lits occupent une surface d'environ 13 m². Au 2^{eme} étage, pour des raisons de sécurité, les fenêtres ne s'ouvrent qu'en partie. L'unité ne dispose pas de salle de bains.

⁵ Le quartier de Belleville est l'un des quartiers du 20^{eme} arrondissement de Paris



Porte des chambres



Chambre individuelle



Salle de bains

Chambre double

Les patients bénéficient d'une clé pour fermer la porte de leur chambre ainsi que d'un cadenas et d'une clé pour fermer leur placard individuel ; l'équipe soignante dispose des doubles.

Bonne pratique

La possibilité laissée aux patients du 27^{ème} secteur de fermer la porte de leur chambre et de leur placard est à saluer.

A l'architecture de l'établissement - décrite par tous les professionnels - s'ajoutent des localisations peu adaptées aux gestes professionnels : les postes de soins se trouvent au bout des couloirs des deux ailes tandis que la salle polyvalente (salle d'activités mais également salle de repos pour les soignants) et le bureau des deux cadres de santé sont situés dès l'entrée de l'étage. Le bureau de ces derniers est particulièrement exigu ; il leur est notamment impossible d'y recevoir le personnel en entretien sans que l'un d'entre eux sorte.

Certains locaux sont inadaptés et d'autres absolument indignes notamment ceux dont les peintures des plafonds cloquées et écaillées chutent ou dont les équipements sont détériorés.

Une coursive accessible depuis l'intérieur sert à la fois de fumoir et de lieu de promenade. Son aspect est carcéral et elle n'est équipée que de vieux fauteuils dégradés, réparés avec du ruban adhésif.



Coursive

Fauteuils

Des escaliers de secours, fermés à clé descendent de cette coursive vers la cour au centre du bâtiment.

b) Le personnel

Pour les deux unités Avron 2 et Rasselins 2 les catégories de personnel se répartissent de la manière suivante :

i) Personnel médical de l'unité

Le chef de pôle est un praticien expérimenté ; au jour de la visite des contrôleurs, il était en poste à Maison Blanche depuis quatorze ans.

Les six médecins psychiatres ne sont pas répartis par sous-unité, ils sont référents de patients tant à Avron 2 qu'à Rasselins 2. A temps partiel à l'hôpital, tous donnent des consultations au CMP du secteur.

ii) Personnel paramédical

Le personnel paramédical en poste, au jour de la visite des contrôleurs, correspond à l'effectif cible. Il est toutefois regretté par tous que les hommes soient si peu nombreux parmi les soignants : sur trente-deux infirmiers et aides-soignants, on ne compte que cinq hommes.

Les quatre assistantes sociales travaillent à mi-temps à l'hôpital (cf. *supra* § 6.6.6) et assurent des permanences au CMP.

Deux ergothérapeutes pour 1,80 ETP prennent en charge les patients, sur prescription, en individuel et plus rarement en petits groupes, la salle d'ergothérapie étant commune aux six ergothérapeutes de l'établissement. Ils assurent par ailleurs des activités au sein même de l'unité (cf. *infra* § d. ii).

Ce secteur ne bénéficie pas de l'appui d'un psychomotricien.

c) L'organisation du service

Le choix d'organisation du 27^{ème} secteur s'est porté sur un rythme en 8 heures (chaque secteur définit ses horaires).

Les soignants sont trois, au minimum, dans chaque sous-unité. Ils assurent leur service de la manière suivante :

- quatre soignants le matin dont au moins deux IDE, de 6h50 à 15h avec une pause d'une heure ;

- trois soignants l'après-midi dont au moins deux IDE, de 13h à 21h avec une pause d'une heure ;
- deux soignants la nuit, un IDE et un AS de 20h50 à 7h.

L'effectif dit « de sécurité », qui ne peut être inférieur en journée est fixé à trois soignants dont au moins deux IDE. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'en réalité, du fait des accompagnements multiples le matin (en consultations somatiques, au tribunal, en visite à domicile etc.) c'est l'effectif de sécurité qui s'applique concrètement le plus souvent dans l'unité le ramenant à trois soignants présents dans l'unité identiquement à l'après midi.

A noter que, contrairement aux autres secteurs, le secteur G27ne connaît pas de *turn-over* du personnel soignant ; seul un IDE a quitté le service en 2015. Le personnel a en moyenne cinq ans d'expérience. Selon les informations recueillies, peu d'arrêts pour maladie y sont enregistrés hormis un congé de longue maladie et un congé de maternité et rares sont les agressions du personnel.

Un tutorat d'une année ou deux est organisé pour les jeunes diplômés (une arrivée en 2016) par un tuteur, formé à cette fonction, et travaillant dans un autre secteur de l'établissement. La formation Oméga⁶ est proposée à tous les membres du personnel.

Les relations avec les médecins sont dites de très bonne qualité par les professionnels de toutes catégories. Le personnel souligne « *les médecins ne sont pas corporatistes, les informations sont partagées et la communication interdisciplinaire favorisée* ». La notion d'équipe est présentée comme étant une réalité, la « *parole de chacun est entendue et reconnue* ».

Bonne pratique

Le 27^{ème} secteur bénéficie d'un management dynamique ainsi que d'un personnel stable et très impliqué.

d) Les patients

Au jour de la visite des contrôleurs, le 4 octobre 2016, sur les quarante-deux patients présents, vingt-neuf étaient des hommes et treize des femmes. Deux personnes appartenant au 27^{ème} secteur étaient en attente d'une place, au sein des 28^{ème} et 29^{ème} secteurs situés dans le même bâtiment.

Vingt-six patients étaient hospitalisés dans le cadre de soins sans consentement :

- douze personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (APSPDRE) ;
- six personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) dont quatre hommes et deux femmes ;
- trois personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (ASPDTU) dont deux hommes et une femme ;
- cinq personnes hospitalisées en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) dont trois hommes et deux femmes.

⁶Oméga : gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité

La durée de la plus longue hospitalisation :

- en ASPRE était de six ans et demi pour avoir débuté le 6 avril 2010 ;
- en ASPDT était de six ans ayant débuté le 28 octobre 2010.

Huit des patients sont des patients dits chroniques.

Le patient le plus âgé avait 81 ans, le plus jeune, 17 ans. Tous deux étaient des patients en soins libres.

Les deux personnes placées en chambre d'isolement étaient :

- une personne admise en soins pour péril imminent et placée en CSI depuis deux jours ;
- une personne admise en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, placée en CSI depuis six jours.

Le listing des personnes placées à l'isolement en septembre 2016 (mois test choisi par les contrôleurs) montre que trois personnes ont été placées en chambre d'isolement mais que par ailleurs quatorze personnes (sept par sous-unité) ont été isolées d'une heure à trois heures dans leur propre chambre ou en chambre d'adaptation.

Les demandes d'accès des patients à leur dossier médical sont peu fréquentes dans cette unité : huit en 2014 et sept en 2015. Les plaintes et réclamations déposées par les patients ou leurs proches auprès de l'établissement s'élevaient en 2015 à onze. Aucun recours contentieux n'a été enregistré.

e) Le projet thérapeutique

i) La vie quotidienne

Les règles de vie sont harmonisées entre les deux sous-unités. Sur les quarante-deux personnes hospitalisées au moment de la visite des contrôleurs, toutes bénéficiaient de droit de visites, hormis de manière temporaire pour les deux personnes placées en chambre d'isolement.

Le principe est le libre accès des personnes hospitalisées à leur téléphone portable ; par ailleurs, les patients peuvent conserver leur ordinateur hormis contre-indication médicale. Une seule exception au maintien du téléphone portable a été mentionnée aux contrôleurs lors de leur visite, celle d'un patient qui filmait toute la journée à l'aide de son *Smartphone*.

Il est également possible à tous les patients de passer un appel ou d'en recevoir à partir du *point phone*. Au moment de la visite des contrôleurs, tous les patients avaient le droit de téléphoner, hormis les personnes placées en chambre d'isolement.

Bonne pratique

Les conditions d'hospitalisation au sein du 27^{ème} secteur sont globalement respectueuses de la liberté des patients (porte ouverte, accès au téléphone portable, visites) et de leur dignité (clés de la chambre et du placard à disposition, conservation des effets personnels).

ii) Les sorties

En pratique, lorsque l'état de santé du patient admis en hospitalisation complète est stabilisé, le psychiatre peut prescrire une sortie accompagnée de moins de 12 heures pour participer à des activités ou régler des problèmes administratifs. Les patients sont accompagnés par un ou

plusieurs membres du personnel de l'établissement (soignants ou assistante sociale) par un membre de leur famille ou par leur tuteur.

S'agissant des sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures, il semblerait qu'il arrive que des demandes d'autorisations de sortie soient remplacées par des passages en programmes de soins. Il a, en effet, été rapporté aux contrôleurs qu'après trois ou quatre sorties ponctuelles non accompagnées, les médecins-conseil du BASM, par lesquels les demandes de sorties transitent, exigeraient une modification de la prise en charge. Pour certains, ces programmes de soins incluent des sorties régulières voire quotidiennes de l'hôpital sans que cesse donc réellement l'hospitalisation. Ainsi, l'un des patients du 27^{ème} secteur, en programme de soins, résidait en permanence dans l'unité mais sortait tous les après-midi, soit pour se rendre à des activités prescrites par le médecin, soit pour se promener dans le quartier avant de rentrer pour le dîner.

Vingt-neuf patients sur les quarante-deux présents étaient autorisés à sortir non accompagnés.

iii) Les soins

Dans l'objectif d'une continuité des soins, le principe est que le médecin qui suivait le patient antérieurement en hospitalisation complète ou au CMP en garde la prise en charge. Si le patient n'est pas connu des services, son dossier est affecté en fonction de la charge de travail des psychiatres et non pas à celui d'entre eux qui le reçoit en premier entretien. Si chaque patient a donc un médecin référent, il a été indiqué aux contrôleurs que toute demande de changement pouvait être adressée au chef de pôle qui recevait alors le patient sans présager pour autant de sa décision, discutée préalablement en équipe.

iv) Les activités

Les ergothérapeutes proposent aux patients des actions thérapeutiques ciblées sur l'évolution de leur état clinique, sur prescription médicale. Lors de la visite des contrôleurs, neuf patients bénéficiaient de prises en charge individuelles.

Toutes les autres personnes avaient la possibilité de participer à des activités de groupe organisées tous les après-midi au sein même de l'unité. Il est possible aux patients d'entrer et de sortir de la salle d'activités à leur gré ; seule l'activité « écriture » demande une concentration et un résultat qui exige une présence continue.

Ces activités ont lieu dans la salle polyvalente qui est aussi, du fait du manque de locaux, la salle de repos du personnel et sur la porte de laquelle sont indiqués les prénoms des ergothérapeutes, les thématiques proposées (écriture, écoute musicale, photo-langage, dessin) ainsi que les jours et les heures. Selon les propos recueillis, il faut néanmoins que les ergothérapeutes sollicitent les patients en se rendant notamment à la salle à manger lors du déjeuner.

Une activité bibliothèque est relancée depuis peu par l'achat notamment de bandes dessinées.



Salle polyvalente

Le week-end les activités sont rares mais les soignants tentent, sous forme de volontariat, de faire de la pâtisserie pour les anniversaires ou d'organiser un atelier d'esthétique basé essentiellement sur l'hygiène.

Recommandation

Les patients ne bénéficient pas d'un volume suffisant d'activités et sont faiblement occupés. Le nombre d'activités thérapeutiques et occupationnelles qui leur sont proposées doit être augmenté..

7.3 LE 29^{ÈME} SECTEUR, UNE SECONDE UNITE OUVERTE MAIS SUR SOLlicitation DE L'OUVERTURE DE LA PORTE PAR LES SOIGNANTS

a) Les locaux

Le 29^{ème} secteur se trouve au 1^{er} étage du bâtiment, réparti sur deux ailes, Avron 1 et Rasselins 1, ainsi dénommées d'après le nom des rues qu'elles surplombent. Ils sont identiques à ceux, décrits *supra*, du secteur 27.

Chaque unité se compose de vingt et un lits et d'un lit d'appoint.

Les chambres sont équipées d'un bureau, d'un placard, d'un cabinet de toilette, d'un lavabo, de toilettes, d'une douche (avec ou sans flexible) et d'étagères. Une lampe est placée au-dessus du lit à une place. Un volet occultant et un volet roulant équipent les fenêtres. Lors de la visite, la découverte d'un volet roulant bloqué a conduit à fermer la chambre en attendant une hypothétique réparation. Une coursive en mauvais état (huisseries de bois très abîmées) fait le tour de l'étage. Il est possible d'y fumer et de s'asseoir sur des bancs. Au cours de la visite de nuit, il est apparu aux contrôleurs que toute personne présente sur la coursive avait une vue directe à l'intérieur des chambres, à moins que les volets ne soient fermés, ce que les patients font rarement n'ayant pas le sentiment de pouvoir être observés. De même, l'extrémité de cette coursive partiellement grillagée donne sur la rue d'Avron, un étage plus bas. Il y est parfaitement possible de communiquer avec l'extérieur, et - comme c'est le cas du côté Rasselins où les fenêtres entrebâillées des chambres permettent un accès facile à la rue - de se procurer des substances illicites, d'autant qu'un angle mort empêche l'observation des faits et gestes à cet endroit.

Dans l'ensemble du 29^{ème} secteur - outre les défauts de conception constatés dans toute la structure - l'aspect fané voire la saleté, les réparations indéfiniment repoussées faute de matériel et de pièces de rechange, l'impossibilité d'obtenir ne serait-ce qu'un lessivage des murs, la vétusté de certains sanitaires, l'exiguïté de certains locaux pèsent sur le moral des soignants comme sur celui des patients. Il a ainsi été rapporté aux contrôleurs qu'une chambre a été condamnée pendant quatre mois car il fallait y changer une tablette. Un mois et demi a été nécessaire pour doter une chambre dont la porte avait été cassée d'une porte ... provisoire, faute d'équipement disponible.

Sur un budget prévisionnel de 17 620 euros proposé à la direction pour la période 2014-2016 et portant sur des dépenses apparaissant de première utilité (meuble divers, lampes de bureau, lampes-torches pour le personnel de nuit etc.) 5 000 euros seulement ont pu être débloqués. Lors de la visite des contrôleurs, la vue pour le moins choquante de fauteuils éventrés destinés aux patients avait été aussitôt signalée à la direction, ce qui a provoqué la commande dès le lendemain de nouveaux équipements.

b) Le personnel

Les bureaux du médecin chef, des deux psychologues et des deux assistantes sociales se trouvent au rez-de-chaussée.

Les effectifs : dix infirmiers/ères et six AS, pour chaque aile étaient complets au moment de la visite, à l'exception d'un dixième poste d'infirmier en cours de recrutement pour le secteur Avron.

c) Le projet thérapeutique

i) La vie quotidienne

Même si la porte de l'unité est fermée, les patients, quel que soit leur statut, sont autorisés à sortir pour déambuler au sein de l'hôpital de 9h à 20h. Une sonnette permet aux patients de solliciter l'ouverture de la porte pour rentrer dans l'unité.

Au sein de l'unité les patients dispose seulement d'un espace équipé de fauteuils en très mauvais état, réservé à la télévision.

La porte de la salle de repos des professionnels reste ouverte.

Les vêtements et possessions des patients sont conservés dans une pièce où sont stockées des boîtes en plastique portant le numéro de leur chambre. En cas de besoin, le patient peut demander à y prélever ce dont il a besoin.

Il n'existe pas véritablement de vestiaire, car aucun budget n'y est affecté. Ce sont les soignants qui apportent vêtements et chaussures dont ils n'ont plus l'usage, à l'intention de patients souvent démunis. Comme l'a confié un soignant : « *On marche au système D* ». Il arrive aussi que les familles des patients ne comprennent pas qu'il est nécessaire de leur apporter des effets personnels, considérant que c'est à la structure de les fournir.

ii) Les activités

Un atelier d'ergothérapie en accès libre peut accueillir les patients qui le souhaitent tous les matins de 10h15 à midi et les après-midi de lundi, mercredi et vendredi de 14h à 17h. A la jonction du 28^{ème} secteur, une table de ping-pong est accessible aux patients d'Avron et de Rasselins, dans un espace qui permet d'accéder à la cour.

7.4 LE 28^{ÈME} SECTEUR, UNE PRISE EN CHARGE PROGRESSIVE EN FONCTION DE L'ÉTAGE D'AFFECTATION DU PATIENT

Un bâtiment de trois étages accueille les trois unités d'hospitalisation complète du 28^{ème} secteur (75G28) qui couvre le secteur Ménilmontant (Nord-Est) du 20^{ème} arrondissement. Chacun des étages reçoit les patients respectivement en soins intensifs (1^{er} étage), à moyen (2^{ème} étage) et long terme (3^{ème} étage). Sont rattachés à ce secteur un centre médico-psychologique (CMP), un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

Officiellement à ce secteur couvre 65 000 habitants, mais en raison des nombreux squats présents sur ce territoire la population réelle est plutôt évaluée à 72 000 habitants.

28 ^{ème} secteur USI	N
Chef de pôle	1
Médecins psychiatres	6

28 ^{ème} secteur USI	Nombre	dont	
		F	H
Cadre supérieur de santé	1	1	-
Cadre de santé	1	1	1
Infirmier(IDE)	8	NC	NC
Aides-soignants (AS)	4	NC	NC
ASH ⁷	8	5	3

7.4.1 L'unité de soins intensifs (USI)

Située au premier étage du bâtiment occupé par le secteur G28, cette unité est fermée, et n'accueille que des patients en soins sans consentement, pour une durée brève, le plus souvent, le temps de la stabilisation des troubles.

Lorsque le service s'est implanté dans ces locaux d'Avron, le choix de fermer l'unité et de la réserver aux patients en soins sans consentement, a résulté d'une réflexion collégiale de l'équipe soignante.

Selon les propos recueillis, cette unité fermée est régulièrement sollicitée pour accueillir des patients des secteurs voisins, qui apprécient ce « service rendu » dans des situations tendues.

a) Les locaux

Les locaux dévolus à l'USI sont simples et sommaires : il s'agit d'un couloir d'un peu plus de 32 m de long, desservant de part et d'autre des locaux techniques et des chambres.

La capacité de l'unité est de dix lits, auxquels s'ajoutent deux CSI. Lors du contrôle, une des chambres était condamnée, dans l'attente de travaux, à la suite de dégradations, et une des CSI en travaux pour le remplacement d'un luminaire.

La distribution des locaux est particulière, puisqu'à une extrémité du service, côté rue d'Avron, on trouve la salle de soins infirmiers, le bureau de l'interne, la salle à manger (aménagée par la transformation d'une chambre double). Cette salle à manger est aussi utilisée comme une salle

⁷ ASH : agent des services hospitaliers

polyvalente, car elle sert de salle de télévision, d'activités (essentiellement des jeux de société) pour les patients et de salle de réunion et de pause pour l'équipe soignante.

Un peu plus loin, se situent des locaux techniques et de service, dans un renforcement près de l'ascenseur. Celui-ci est utilisé indifféremment par le personnel, les patients, pour le transport du linge propre ou sale, les plateaux repas ou les déchets.

Après l'accès à l'escalier, deux autres chambres, au milieu du service, ont été transformées, l'une en bureau pour le cadre du service, l'autre pour le psychiatre. Ces locaux gardent les stigmates de leur utilisation primitive, comme les liseuses, les « oculus » et les sanitaires. Aucune décoration n'égaie le couloir ni les lieux communs.

Sur chaque porte, y compris celles des bureaux du cadre et du psychiatre, est présent un « oculus » vertical (116 sur 16 cm), donnant vue depuis le couloir sur chaque local. Même si on constate une occultation partielle par un adhésif opaque, l'atteinte à la vie privée et à l'intimité des patients et professionnels est réelle.

On rejoint à l'extrémité du service, avant la porte de communication avec les locaux du secteur G29, un autre bloc technique, qui associe, de part et d'autre du couloir les deux CSI, contiguës, et le bureau infirmier.

Les dix chambres individuelles du service sont quasiment identiques. Elles comprennent une antichambre d'environ 2 m², un bloc technique associant des sanitaires et un placard de rangement. Enfin, la surface de vie « utile », d'environ 7,5 m², comprenant le lit, une chaise, des tablettes fixées au mur. Une grande fenêtre donne de la lumière, les volets roulants sont accessibles au patient. Une liseuse surplombe le lit. Aucune décoration n'égaie les murs.

Le patient dispose d'un accès libre aux sanitaires et le placard peut être doté d'un cadenas.

Les portes sont équipées de deux serrures, la première, jointe à une molette intérieure, permet au patient de s'isoler volontairement dans la chambre, la seconde accessible au seul personnel, permet d'isoler le patient pour un temps défini par le médecin du service.

Au 1^{er} étage, la seule pièce climatisée est le réfectoire.

Recommandation

L'intimité des patients est compromise par la présence des « oculus » sur chacune des portes de chambres. L'intimité des patients doit être préservée.

b) Les personnels

Selon l'encadrement du service, l'USI bénéficie d'une équipe soignante stable et expérimentée. A son transfert depuis le site historique de Neuilly-sur-Marne, l'équipe soignante a obtenu de travailler selon le rythme des 12 heures, en raison des temps de transport. Il en résulte un moindre nombre de jours travaillés dans l'année (110), et une moindre présence auprès des patients. L'absentéisme serait très modéré dans l'unité. La nuit est assurée par un binôme Infirmier/aide-soignant.

A l'USI, l'effectif de jour comporte un cadre de santé, huit infirmiers, quatre aides-soignants, et huit ASH.

Les incidents survenus dans le service restent peu fréquents, trois en 2015, et ils font systématiquement l'objet d'un signalement au service de santé au travail. Une prise en charge psychologique peut ainsi être proposée aux agents.

Un médecin psychiatre, praticien hospitalier, est attaché à l'unité, quasiment à plein temps, du fait de ses interventions au CMP du secteur un jour dans la semaine. Il est épaulé par un interne en psychiatrie, qui assure une présence médicale constante et qui anime le « mini-staff » du matin à 9h.

c) Les patients

Le premier jour du contrôle, on dénombrait onze patients, tous en soins sans consentement :

- quatre personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (APSPDRE) ;
- quatre personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) ;
- une personne admise en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (ASPDTU) ;
- deux personnes hospitalisées en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI).

Au total étaient présents dix hommes et une femme. Tous les patients, et non seulement ceux placés en chambre d'isolement, sont mis en pyjama. Ils déambulent donc dans le service en pyjama bleu ciel, portant parfois un gilet ou un blouson.

Selon les explications apportées : « *C'est pour des raisons de sécurité* », « *cela permet d'éviter les fugues, cela réduit le nombre de poches, donc les capacités de dissimulation d'objets ou de produits dangereux* », et « *cela oblige le patient à se rapprocher d'une situation où il est en soins* ».

Certains patients sont isolés dans leur chambre, pour tout ou partie de la journée, ou de la nuit, sur prescription médicale. D'autres demandent à être enfermés la nuit et font usage de la molette de la porte.

L'accès au téléphone fait également l'objet d'une prescription, mais selon les propos recueillis, certains patients demandent aussi à ne pas recevoir d'appels de leur famille.

Lorsque l'état de santé le permet, le médecin autorise des sorties du service, en direction de la cour de promenade du rez-de-chaussée. Le patient doit alors demander que la porte de l'escalier lui soit ouverte, à l'aller comme au retour. Dans ce cas de figure, il peut téléphoner à sa guise mais peut avoir à conserver son pyjama.

Les entretiens réalisés avec les patients, à leur demande, ou spontanément, ne laissent pas transparaître de quérulence, ni d'agressivité envers le personnel. Même le patient isolé et contenu, convient qu'il aurait pu s'y prendre autrement pour manifester son mécontentement devant sa frustration.

Le fait de pouvoir disposer d'une latitude de déplacement dans l'établissement, dès que cela semble possible, concourt à un certain apaisement, tout comme la présence rapprochée d'un personnel soignant disponible.

De fait, la plupart des personnes admises dans ce service relève de prises en charge lourdes, et de longue durée.

d) Le projet thérapeutique

i) La vie quotidienne

On ne remarque pas beaucoup d'instantanés collectifs en dehors des repas, qui se déroulent habituellement dans le calme, du fait du petit nombre de patients.

Les relations sociales se tiennent donc en majorité dans les espaces de déambulation du rez-de-chaussée, où aucun soignant n'est présent.

Les patients ne sont pas autorisés à apporter de la nourriture dans le service ; en revanche, ils disposent à leur demande d'une carafe d'eau et d'un gobelet.

ii) Les activités

Aucune activité n'est instituée dans le service, en dehors de rares jeux de société. Les patients participent aux ateliers d'ergothérapie, organisés par le personnel spécialisé, sur prescription.

iii) Les soins

Les soins reposent essentiellement sur le traitement de la crise qui conduit le patient dans l'unité. Pour chaque personne, la première admission en soins sans consentement se réalise toujours à l'USI, et les suivantes, selon le contexte clinique et le degré d'urgence. Ainsi les réintégrations de programmes de soins peuvent s'effectuer dans les autres unités du secteur, selon les projets de soins.

Le petit nombre de patients permet une réelle disponibilité du personnel infirmier pour des entretiens, ce qui a pu être constaté, aussi bien dans les horaires de jour que de nuit.

La prise en charge s'appuie sur une prescription médicamenteuse, à visée sédatrice si nécessaire. Les traitements sont distribués individuellement, et leur délivrance est tracée dans le dossier. Le patient peut recevoir son traitement dans sa chambre.

Toutefois, pendant la semaine du contrôle, il n'a pas été constaté que les patients soient particulièrement sédatisés du fait du traitement. Cela ne ressort pas non plus lors des entretiens, y compris en CSI.

Les séquences d'isolement en CSI sont accompagnées d'entretiens pluriquotidiens, la procédure est explicitée, et le *débriefing* se réalise « au fil de l'eau », sans formalisation particulière. La sortie de la CSI est généralement progressive, avec réintégration petit à petit dans la vie du service.

Le service est organisé pour parvenir à des séjours courts, dont l'objectif essentiel est l'apaisement de la crise. Au-delà d'une dizaine de jours, le patient est confié à l'une ou l'autre des unités du secteur : au troisième étage, pour un projet de long terme, notamment médico-social, ou au 2^{ème} étage, en vue d'une orientation sur l'ambulatoire et les structures alternatives. Dans cette perspective, les professionnels se réunissent quotidiennement pour aborder les situations des patients et leur parcours.

7.4.2 Présentation générale des unités du 28ème secteur : 2ème et 3ème étage

a) Les locaux

Les chambres des deux unités du second et troisième étage s'étendent sur un long couloir. On y accède par une porte battante toujours ouverte.

Les chambres se répartissent ainsi :

	28 ^{ème} secteur 2 ^{ème} étage	28 ^{ème} secteur 3 ^{ème} étage
Nombre de chambres	13	11
Nombre de chambres à un lit	13	10
Nombre de chambres à deux lits	1	1
Nombre de chambres de soins intensifs (CSI)	2	2
Nombre de douches en chambre	13	11
Salle de bain	1	0

La décision de placer un patient en chambre double appartient à l'équipe soignante qui en informe les personnes concernées sans forcément recueillir leur consentement. En cas de sur occupation, un troisième lit d'appoint est ajouté. Tel était le cas lors de la visite, dans la seule chambre double du 3^{ème} étage, pour une personne renvoyée d'une clinique dans le cadre d'une hospitalisation séquentielle. Même si cette personne n'était pas présente, la seule présence du lit empêchait tout mouvement des deux autres patients de cette chambre qui doivent partager une seule salle d'eau.

Le 2^{ème} étage ne dispose pas de lit d'appoint au moment du contrôle. Chaque étage ne peut bénéficier que d'un lit d'appoint supplémentaire.



Chambre double 3^{ème} étage

Dans une autre chambre du 3^{ème} étage, un lit médicalisé sur roulettes était installé, pour une personne en situation de handicap.

Les chambres sont toujours ouvertes, sauf en cas de crise du patient, où le personnel procède à la fermeture de la porte par l'extérieur. Le médecin peut prescrire un isolement en chambre, expliqué à l'équipe et au patient. Les portes des chambres sont munies d'une vitre qu'un revêtement opaque ne recouvre qu'en partie, l'intérieur des chambres est donc visible du couloir, ce qui ne respecte pas l'intimité des patients. Le placard individuel est soit laissé ouvert, soit fermé par une clef que le patient ne conserve pas, soit les patients sont encouragés à acheter leur propre cadenas mais peu le font.

Le personnel se rend disponible pour ouvrir les placards à la demande du patient.

Recommandation :

Sauf justificatif lié à l'état de santé, le patient doit pouvoir disposer dans les 2^{ème} et 3^{ème} étages du 28^{ème} secteur, comme dans d'autres secteurs, de la clef de sa chambre et de son placard.



Portes des chambres

Toutes les chambres sont équipées d'une salle d'eau munie d'une porte, dans laquelle il y a une douche séparée du cabinet de toilette par un mur, un lavabo avec un miroir. A la suite de la plainte de certains patients, des adaptateurs ont été ajoutés aux pommeaux de douches afin d'améliorer la pression de l'eau, dans certaines chambres.

Les chambres disposent toutes d'une veilleuse murale, fixée au bas d'un des murs de la chambre. Certaines veilleuses sont défectueuses et émettent une lumière qui clignote.

Une salle de bains commune équipée d'une baignoire est disponible au deuxième étage mais le local semble servir de débarras et les patients ne peuvent l'utiliser.



Salle de bains 2^{ème} étage

Recommandation

La salle de bains située au 2^{ème} étage du 28^{ème} secteur doit être rendue utilisable par les patients.

L'entretien des chambres est assuré par les ASH, qui travaillent en roulement de 7h à 15h ou de 12h à 19h. Les soignants aident aussi les patients à entretenir leurs chambres tous les jours.

Les chambres et les salles de bains sont propres et bien entretenues. Peu de temps avant la visite, un nettoyage des étages avait été effectué à la monobrosse, opération réalisée une fois par mois.



Salle d'eau chambre patient

Les fenêtres des chambres sont toutes du même type, leur ouverture est limitée à la partie gauche ou centrale de la fenêtre. Des stores électriques se commandent à l'aide d'un interrupteur. Les fenêtres qui donnent sur la rue sont teintées, néanmoins, il a été indiqué qu'elles ne permettaient pas de protéger les patients des regards extérieurs.

Les chambres, orientées plein Sud, sont très lumineuses. Néanmoins elles sont très exposées à de la chaleur en été, « la température peut atteindre à 28°C dès 8h du matin », et du froid en hiver. L'installation de ventilateurs en été ne permet pas d'améliorer cette situation, rendant les conditions de travail des professionnels et de vie des patients extrêmement difficiles.

Les locaux disponibles pour les professionnels sont très exigus. Seul le 3^{ème} étage dispose d'une salle de réunion (qu'il partage avec le 2^{ème} étage). Il s'agit également d'une salle de détente pour le personnel, munie d'un réfrigérateur, d'un four à micro-ondes et d'une machine à café. L'étage dispose aussi d'une terrasse, les membres du personnel déplorent que cet espace ne soit ni aménagé, ni utilisé.

b) Le personnel

i) Personnel médical

Le chef de pôle est un praticien expérimenté, partiellement remplacé pour décharge syndicale et pour sa participation à la construction du GHT. Ce dernier, ainsi qu'un second psychiatre ont exercé à Neuilly-sur-Marne avant l'implantation parisienne.

Les six autres médecins psychiatres sont répartis par sous-unité et sont référents des patients de leur étage. A temps partiel à l'hôpital, ils sont présents tous les jours et donnent des consultations au CMP du secteur.

ii) Personnel paramédical

Le personnel paramédical en poste, au jour de la visite des contrôleurs, est mixte et correspond à l'effectif cible.

La cadre supérieure assure ses fonctions en transversalité sur l'ensemble du pôle et est secondée par une adjointe en raison de sa participation à mi-temps à l'élaboration du GHT.

Malgré la présence de trois psychologues, qui interviennent aussi au CMP, les patients bénéficient de peu de rendez-vous.

En ce qui concerne le pôle rééducation : un ergothérapeute prend en charge les patients, sur prescription, en individuel dans la salle d'ergothérapie commune de l'établissement. Le recrutement d'un second ergothérapeute était en cours au moment du contrôle. Un psychomotricien intervient, selon les mêmes modalités, trois jours par semaine.

Trois infirmiers sont présents dans l'établissement depuis l'ouverture. Le secteur bénéficie du soutien des assistantes sociales et de deux adjointes administratives. Une troisième adjointe assure le secrétariat du chef de pôle.

c) L'organisation du service

i) La présence des soignants

L'équipe soignante travaille en cycle de douze heures. Selon les propos recueillis, ce cycle attire et pérennise les professionnels. En moyenne, le personnel soignant est domicilié à une heure de transport, cette organisation a été mise en place à la suite du transfert de Neuilly-sur-Marne pour compenser l'allongement des temps de transport. Les plannings sont réalisés par la cadre supérieure de manière transversale sur les trois étages.

En cas de besoin des agents peuvent intervenir en remplacement ponctuel sur chaque étage. S'il y a peu d'absentéisme, les remplacements ne sont pas rares afin de permettre une permanence de sécurité sur chaque étage malgré les nombreuses démarches extérieures à réaliser.

Le service de nuit est toujours assuré par au moins deux soignants. Le personnel réalise des rondes d'écoute et d'ambiance environ toutes les deux heures dans le couloir. Il ne rentre pas dans les chambres afin de ne pas réveiller les patients.

Les soignants ne sont pas équipés de PTI mais plusieurs « mains fortes »⁸ sont disposées dans le couloir.

⁸ Mains fortes : dispositif mural qui par contact d'une clé entre deux plaques métalliques alerte les agents de sécurité appelé également « appel renfort » ou « jets de clés ».

En cas d'urgence, les deux soignants qui assurent le service de nuit ne disposent que d'un bip pour deux, permettant de contacter du renfort à travers toute la structure.

Le lundi matin, de 10h à 11h30, une réunion de synthèse a lieu dans la salle de réunion du 3^{ème} étage : elle réunit les médecins psychiatres, les cadres de santé, le personnel infirmier, les aides-soignants des 2^{ème} et 3^{ème} étages. Tous les matins une réunion de transmissions a lieu au sein de chaque étage, à 9h30.

Au 3^{ème} étage, où les suivis sont plus longs, chaque patient se voit attribuer, au terme d'une période d'observation, deux référents principaux, un aide-soignant ou IDE et une assistante sociale. Ils sont alors en charge des visites à domiciles, des contacts plus réguliers avec les familles et l'élaboration d'un projet de prise en charge post hospitalisation.

Des réunions institutionnelles ont été récemment mises en place, avec la participation de tout le personnel afin d'élaborer un « projet de soins Avron-Est 3^{ème} étage ». Dans le cadre de ce travail d'élaboration du cadre d'intervention thérapeutique, a été mise en place une évaluation « de l'autonomie du patient », sur le modèle des grilles utilisées à l'hôpital Sainte-Anne et au centre de poste cure de la Métairie.

Recommandation

Comme au 3^{ème} étage du 28^{ème} secteur, la mise en place de réunions institutionnelles afin d'élaborer un projet écrit de prise en charge, visant à harmoniser les pratiques des soignants, devrait être généralisée.

d) Les patients

Au jour de la visite des contrôleurs, treize patients étaient hospitalisés dans le cadre de soins sans consentement, huit au 2^{ème} étage et cinq au 3^{ème} :

- six personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (APSPDRE) ;
- sept personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) ;

La durée de la plus longue hospitalisation :

- en ASPRE était de dix mois pour avoir débuté le 25 février 2016 ;
- en ASPDT était aussi de dix mois ayant débuté le 5 février 2016.

Le patient le plus âgé avait 67 ans, le plus jeune, 23 ans.

Le listing des personnes placées à l'isolement en septembre 2016 (mois test choisi par les contrôleurs) montre qu'aucune personne n'a été placée en chambre d'isolement et que quatre personnes (deux par étage) ont été isolées, de 16h à 18h, dans leur propre chambre.

e) Le projet thérapeutique

i) La vie quotidienne

Les règles de vie sont harmonisées entre les deux étages.

Le lever des patients à lieu aux environs de 8h15, les repas sont pris dans une salle au rez-de-chaussée. Les allers-retours des patients sont libres, les unités ne sont fermées que pendant les repas et à partir de 23h, les patients doivent regagner leur chambre.

Quand un patient est réticent à venir prendre ses médicaments, le personnel soignant se déplace dans sa chambre. La distribution des médicaments est respectueuse de la confidentialité.

D'après les observations des contrôleurs, de nombreux patients portent le pyjama en journée. Selon les explications apportées, cela recouvre plusieurs réalités : le choix du patient ; des patients qui n'ont pas de vêtements car ils arrivent de l'hôpital général ou des foyers infectés de parasites (dans ce cas les vêtements sont retirés), le temps que des dons Emmaüs permettent de leur donner des vêtements de rechange.

Les patients ne disposent pas d'une fontaine à eau, ni de bouteilles d'eau dans leur chambre. Des carafes d'eau et des verres en plastique dur sont parfois remis. Au jour de la visite, l'ensemble des patients n'en disposaient pas dans leurs chambres. Il est indiqué que l'été, le personnel soignant fait le tour des chambres pour apporter de l'eau.

A l'accueil, les patients sont informés qu'ils peuvent être changés de chambre à tout moment. Ce qui a été le cas d'un patient qui a trouvé ses affaires démenagées dans la chambre double à son retour de week-end.

ii) Les activités

Plusieurs activités thérapeutiques sont organisées de manière hebdomadaire :

- un atelier « des cinq sens » le vendredi matin animé par une psychologue et une infirmière du CMP ;
- un atelier « créativité » le mardi après-midi, au sein duquel les patients peuvent se présenter librement ;
- le sport (basket-ball), le mercredi après-midi ;
- la piscine le vendredi après-midi ;
- un « groupe de parole patients », le vendredi matin ;
- deux ateliers de relaxation ;
- le CATTP propose également aux patients hospitalisés de participer à certaines de leurs activités, telles qu'un cours de *fitness* les jeudis par exemple.

Faute de place au sein du service, les activités sportives se déroulent dans une salle mise à disposition par la mairie du 20^{ème} arrondissement.

L'ergothérapeute propose des ateliers trois fois par semaine.

Au jour de la visite, le psychomotricien et l'ergothérapeute procédaient à la réécriture du projet de service du pôle de rééducation. Ils se déplacent dans le service à la rencontre des patients pour motiver leur participation aux diverses activités proposées.

Est disponible au rez-de-chaussée du bâtiment une salle de travaux manuels où des activités artistiques (la mosaïque, la peinture sur soie, ateliers créativités) sont proposées selon un planning affiché sur la porte d'entrée.

Cette pièce comme l'ensemble du bâtiment est assez vétuste (fuites d'eau, peintures décollées), peu agréable et malgré la présence d'un chauffage mural, il y fait très froid. Elle est équipée d'un lavabo, d'un porte-savon et d'un poste de télévision.



Salle travaux manuels

Les soignants proposent plusieurs activités ponctuelles de manière aléatoire telles que : console de jeux, jeux de société, jardinage, ateliers : cinéma, pâtisserie, manucure, salon de coiffure, ou conversation.

Quelques livres sont disponibles dans la salle de réunion du 3^{ème} étage mais ne sont pas en libre accès pour les patients. Par ailleurs, faute de partenariat avec une bibliothèque le stock de livres n'est pas renouvelé.

Des sorties individuelles et les visites à domicile (VAD) sont décidées et organisées par l'équipe, en fonction des situations individuelles.

Quelques activités extérieures collectives sont organisées par les soignants : sortie au Touquet (Pas-de-Calais), à la coulée verte, au Trianon (Yvelines), au Jardin des plantes, à la Mosquée de Paris. Ces derniers doivent faire une demande au cadre du 3^{ème} étage référent de la régie pour prévoir les moyens nécessaires. Malgré des moyens financiers disponibles, il semble que les soignants ne soient pas incités à développer ce type d'activités qui sont donc très ponctuelles.

Dans ce secteur, aucun lieu de convivialité n'est disponible pour les patients. Quelques chaises en plastique sont disponibles devant chaque porte d'ascenseur pour se réunir. Les contrôleurs ont constaté que la principale activité des patients est de se rendre dans le patio ou de déambuler au rez-de-chaussée où aucun soignant n'est présent.

iii) Les soins

Les patients sont toujours, à leur arrivée, accueillis en observation au sein du 1^{er} ou du 2^{ème} étage, avant d'être, le cas échéant, placé au 3^{ème} étage pour un suivi de plus longue durée. Une réunion entre les cadres de santé permet de placer en fonction des besoins de soins repérés des patients et des places disponibles.

Le pôle est organisé en parcours de soin des patients qui spécifie les temps de la maladie de ce dernier. Ainsi les professionnels acquièrent des compétences spécifiques à l'intervention nécessaire à la problématique du patient.

Les durées de séjour sont plus importantes au 3^{ème} étage en raison des problématiques des patients et des difficultés rencontrées pour trouver de nouvelles orientations. Mais l'équipe soignante veille à ne pas pérenniser l'hospitalisation. Afin d'éviter que les patients s'installent dans une prise en charge à très long terme, une chronicisation et pour développer leur autonomie, des activités extérieures sont mises en œuvre. Ainsi, plusieurs patients se rendent au CATTP selon un planning progressif convenu avec eux et des retours séquentiels sont organisés pour permettre une sortie la plus rapide possible d'hospitalisation. L'accompagnement par le CMP est donc primordial, ce qui nécessite un travail de proximité avec l'équipe soignante durant le temps d'hospitalisation.

Le patient intègre cette notion d'évolution du projet de soins et l'articulation avec l'extra hospitalier ce qui structure d'autant sa prise en charge.

8. CONCLUSION GENERALE

Malgré un contexte difficile, dû à la conception et l'implantation de l'établissement, à l'insécurité, la dégradation des locaux, et la faiblesse des équipements (...), les professionnels ont le souci d'une prise en charge la moins restrictive de liberté que possible.

Patients et professionnels ont fait part d'un sentiment d'insécurité (trafics, circulation de drogue, intrusion de personnes indésirables) dû à l'environnement proche de l'hôpital. Les mesures prises jusqu'à présent semblent limiter ponctuellement les débordements mais ne règlent pas les problèmes sur le fond. Les questions de sécurité sont récurrentes dans les explications des professionnels, parfois de manière prégnante, alors que peu de mesures efficaces semblent être prises.

Pour des raisons de sécurité certaines règles vis-à-vis des patients (entrée de denrées alimentaires) ne sont pas suffisamment claires pour être bien appréhendées par le personnel, lequel les applique de manière différenciées en fonction des situations. Ces distorsions conduisent à de nombreuses incompréhensions et conflits avec les patients et leurs familles. Les patients pâtissent d'une situation où les décisions prises sont peu efficaces tout rendant la vie des patients parfois inconfortable.

Chaque secteur est investi dans le fonctionnement de son unité. Hors de ces unités, les espaces de circulations communs semblent délaissés, sans qu'il soit pensé des modalités différentes de fonctionnement (patio, accueil...) plus proche des besoins des patients. Lorsque des tentatives d'élaboration sont menées, elles ne sont pas suivies d'effet, ce qui produit un certain découragement.

Au sein des unités, les contrôleurs ont constaté l'implication des soignants. La volonté de travailler de la façon la plus pluridisciplinaire possible, l'existence de nombreuses réunions au cours desquelles l'avis de toutes les catégories de personnel est pris en compte, le souci du bien-être des patients et de leur suivi social, le recours le plus rare possible à l'isolement et à la contention, sont apparus comme des pratiques de grande qualité.

Les témoignages recueillis au cours de la visite montrent que les équipes, malgré la lassitude qui peut les gagner, déploient toute l'énergie dont elles sont capables afin que les prises en charge soient les plus adaptées possible et que les restrictions de liberté soient réduites autant que faire se peut.