



**Secteurs de psychiatrie de Paris
18^{ème} rattachés à
l'établissement public de santé
Maison Blanche (Paris)
14-18 octobre 2011**

Contrôleurs : Betty Brahmy, chef de mission ;

Elise Launay-Rencki ;

Louis Le Gouriérec ;

Dominique Legrand ;

Jean Letanoux ;

Bernard Raynal.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite des secteurs de Paris 18^{ème} rattachés au centre hospitalier de Maison Blanche, du 14 au 18 novembre 2011.

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE.

Les contrôleurs sont arrivés dans l'unité d'hospitalisation des trois secteurs du 18^{ème} arrondissement de Paris, situé 4 avenue de la Porte de Saint-Ouen, le 14 novembre à 14h30. Ils en sont partis le 18 novembre à 15h30.

Une visite de nuit a eu lieu le mercredi 16 novembre de 20h45 à 22h30.

Une réunion de début de visite avait été organisée dans les locaux administratifs de l'établissement, rue Pierre Bayle à Paris 20^{ème}.

Cette réunion avait rassemblé :

- la directrice de l'établissement de santé ;
- la directrice adjointe de l'établissement ;
- la directrice adjointe de l'établissement en charge notamment du patrimoine et de la logistique ;
- l'ingénieur qualité, responsable notamment du site « Maison Blanche-Bichat » où sont implantés les trois secteurs de psychiatrie ;
- le directeur des ressources humaines ;
- la directrice des soins infirmiers ;
- le président de la commission médicale d'établissement (CME), psychiatre exerçant sur un autre site que celui visité par les contrôleurs ;
- les psychiatres responsables des secteurs 75 G 22, 75 G 23 et 75 G 24 de Maison Blanche 18^{ème} ;
- les cadres supérieurs de santé de deux secteurs de psychiatrie, un cadre de santé représentant un cadre supérieur en congé ;
- le représentant de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM);

- six représentants de deux organisations professionnelles dont un siège au comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).
- Les contrôleurs ont eu un entretien avec :
 - la directrice de l'établissement de santé ;
 - le président de la CME ;
 - le directeur des ressources humaines ;
 - le directeur des affaires financières ;
 - la directrices des soins ;
 - l'ingénieur responsable du site « Maison Blanche-Bichat »
 - le praticien hospitalier responsable de la pharmacie du site ;
 - le médecin généraliste, praticien hospitalier en charge de la prise en charge somatique sur le site ;
 - la présidente de la commission des relations avec les usagers et de la prise en charge (CRUQPC), cadre supérieur socio-éducatif ;
 - le représentant de l'UNAFAM ;
 - les représentants de deux organisations professionnelles ;
 - le vice président, juge des libertés et de la détention en charge de l'organisation des audiences au tribunal de grande instance (TGI) de Paris ;
 - un juge des libertés et de la détention ;
 - le premier substitut du procureur de la République près le TGI de Paris
 - deux avocats inscrits au barreau de Paris.

Un contact téléphonique a été pris avec le chargé de mission sur la psychiatrie de l'agence régionale de santé (ARS) de l'Île de France et avec le secrétariat du parquet général de la cour d'appel de Paris.

L'affichette annonçant la visite des contrôleurs a été apposée dans toutes les unités de soins et les parties communes de l'établissement.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir sur place, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels exerçant sur le site.

L'ensemble des documents demandés a été mis à leur disposition.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement le 9 mars 2012. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 23 mai 2012. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT.

2.1 L'implantation.

Le bâtiment hébergeant les unités d'hospitalisation des secteurs de psychiatrie de Paris 18^{ème} est une construction neuve édifiée en 2006 sur l'ancien site de la maternité au sein de l'hôpital Bichat.¹ Le projet architectural avait été élaboré avec les trois chefs de service en poste à l'époque². Il était notamment basé sur l'idée fondamentale d'un patio central, à la suite de l'expérience antérieure des secteurs de Paris 19^{ème} implantés en 1998 dans une ancienne clinique médico-chirurgicale où les patients ne disposaient pas d'espace de promenade.

Le secteur G 22 s'y est installé en octobre 2006, le secteur G 24, en janvier 2007 et le secteur G 23 en mars 2007. Le bâtiment a été inauguré le 17 octobre 2007.

Le directeur du centre hospitalier universitaire (CHU) Bichat a proposé de payer la démolition de la maternité. Le bâtiment neuf appartient dorénavant à Maison Blanche. Il avait été demandé d'y accueillir le service de psychiatrie universitaire pour ses consultations externes et pour une partie spécifique d'hospitalisation. Entretemps le chef de service de psychiatrie universitaire a pris aussi la responsabilité du secteur de psychiatrie adulte G 22.

Le centre hospitalier est desservi par la ligne de métro n° 13, station Porte de Saint-Ouen, ainsi que par les lignes d'autobus 31 arrêt « Guy Môquet », 60, 95 et 137, arrêt « Porte Montmartre » et 81, 540, PC 3, arrêt « Porte de Saint-Ouen ».

On accède au bâtiment en utilisant l'entrée principale du centre hospitalier Bichat, 46 rue Henri Huchard. L'unité d'hospitalisation est indiquée dès le franchissement du passage piétonnier sur un panneau installé à droite, parmi d'autres services de l'hôpital.

Il n'existe pas de parking à l'intérieur de l'établissement pour les visiteurs s'y rendant en voiture. Au sous-sol, vingt-cinq places de stationnement sont réservées au personnel. Leur attribution est faite par le cadre administratif du site.³ Un parking payant se trouve en face de l'entrée de l'hôpital.

Sur l'avenue de Saint-Ouen, à proximité immédiate du bâtiment dédié à l'hospitalisation, il existe une porte réservée aux fournisseurs. Un portail, situé boulevard Ney, permettait une sortie rapide de l'enceinte du centre hospitalier et un passage vers la station de métro. Du fait d'un accident lié au fonctionnement de ce dispositif, il n'est plus accessible.

¹ L'hôpital Bichat-Claude-Bernard est un centre hospitalier universitaire de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP), créé, en 1970, du rattachement de l'hôpital Claude-Bernard ouvert en 1905 à l'hôpital Bichat ouvert en 1882.

² Deux étaient rattachés à l'établissement de santé Maison Blanche (G 23 et G 24) et l'autre (G 22) à celui de Perray-Vaucluse situé à Epinay-sur-Orge (Essonne).

³ Cette attribution se fait selon des critères précis : lieu de résidence de l'agent par rapport à la desserte par les transports en commun, personnels handicapés, mères devant conduire leurs enfants à la crèche de l'hôpital, services techniques logistiques et informatiques de Maison Blanche, entreprises extérieures assurant des travaux ou la maintenance sur le site, médecin de garde.

Le bâtiment comprend huit étages dont le rez-de-chaussée a été concédé à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris pour y accueillir la consultation universitaire du psychiatre responsable du secteur 75 G 22 ainsi qu'une salle de cours.

2.2 La psychiatrie à Paris.

Pour desservir, les vingt arrondissements de Paris, il existe vingt-neuf secteurs de psychiatrie adulte et douze secteurs de psychiatrie-infanto-juvénile. Parmi eux, dix secteurs adulte et deux secteurs infanto-juvénile sont rattachés à l'établissement public de santé Maison Blanche.

Historiquement l'hospitalisation des secteurs du 18^{ème} arrondissement de Paris était assurée sur le site de Neuilly-sur-Marne (Seine-Saint-Denis), pour deux d'entre eux et à Perray-Vaucluse à Epinay-sur-Orge (Essonne) pour le troisième. Pour rapprocher les lieux de soins du domicile des patients, dans le cadre de la politique de la sectorisation, l'établissement public de santé de Maison Blanche a souhaité mettre à disposition de la population parisienne une structure d'hospitalisation par arrondissement desservi.

2.3 L'organisation fonctionnelle de l'établissement.

L'établissement public de santé Maison Blanche est un des quatre établissements spécialisés en psychiatrie à Paris. Il développe ses activités sur le quart Nord-Est de la ville : il assure la prise en charge en santé mentale de la population des 9^{ème}, 10^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, regroupant dix secteurs de psychiatrie adulte, deux secteurs de psychiatrie enfant et un service intersectoriel pour les addictions. Une soixantaine de lieux (structures ambulatoires et hospitalisations) proposent des soins et un suivi en santé mentale.

Il existe cinq lieux d'hospitalisation à temps complet rattachés à l'établissement de santé Maison Blanche :

- une unité située à Paris 18^{ème} hébergeant les secteurs 75 G 22, G 23 et G 24 ;
- une unité installée à Paris 19^{ème} pour les secteurs 75 G 25 et G 26 ;
- une unité se trouvant à Paris 20^{ème} pour les secteurs 75 G 27, G 28 et G29 ;
- une unité à Paris 10^{ème} pour les secteurs 75 G 06 et 75 G 07 ;
- une unité de soins de longue durée, l'unité des patients en séjours prolongés (PSP) restée sur le site historique de Neuilly-sur-Marne.⁴

⁴Par une délibération du 6 juillet 1894, le Conseil général vote la construction, sur les terrains faisant partie du domaine de Ville-Évrard et situés à gauche de la route de Strasbourg, au lieu-dit la Maison-Blanche, d'un nouvel asile d'aliénés.

Les contrôleurs ont visité l'unité d'hospitalisation desservant le 18^{ème} arrondissement de Paris, appelée Maison Blanche - Bichat.

Le bâtiment est ouvert. Il est constitué de neuf niveaux :

- le sous-sol où est située notamment la pharmacie ;
- le rez-de-chaussée où se trouve un local d'accueil vitré derrière lequel des personnels hospitaliers sont présents de 8h à 19h ainsi qu'un agent du service de sécurité incendie présent 24h/24, le local d'admissions, le bureau du cadre administratif du site, le service de médecine somatique, la consultation universitaire de psychiatrie et d'addictologie, la cafétéria, une salle polyvalente, un local anciennement attribué aux organisations professionnelles, une pièce dédiée à l'ergothérapie intersectorielle. L'ensemble de ces locaux se situe autour d'un grand patio végétalisé et très arboré, dont l'accès est interdit aux patients.

Trois ascenseurs et un escalier permettent de se rendre dans les étages. La porte d'accès à l'escalier est fermée. Les ascenseurs ne peuvent être actionnés qu'avec un badge que seuls les personnels possèdent ;

- au premier étage : l'unité Ribot⁵ appartenant au secteur G 22 et dix-neuf lits de psychiatrie rattachés au CHU Bichat ne recevant que des patients admis en soins libres. Les contrôleurs n'ont pas visité cette partie de la structure car elle ne fait pas partie de l'EPS Maison-Blanche ;
- au deuxième étage se trouve l'unité d'hospitalisation du 24^{ème} secteur dénommée unité Pussin⁶ ;
- au troisième étage se trouve la seconde unité d'hospitalisation du secteur G 22, l'unité Charcot⁷.

Le secteur G 23 dispose de trois unités d'hospitalisations réparties sur trois étages et d'un niveau pour ses locaux administratifs :

- l'unité Minuchin⁸ au quatrième étage ;
- l'unité Bergeret⁹ au cinquième étage ;
- une unité d'hospitalisation de nuit Collomb¹⁰ au sixième étage ;

5 Théodule Ribot (1839-1916) psychologue français, est un des fondateurs de la psychologie expérimentale en France.

6 Jean-Baptiste Pussin, né à Lons-le-Saunier en 1745 et décédé à Paris en 1811, était un surveillant de l'asile de Bicêtre, puis de la Salpêtrière. Il secondait le docteur Pinel et joua un rôle décisif auprès de lui dans l'amélioration du sort des aliénés.

7 Jean-Martin Charcot (1825-1893), fondateur de l'école de neurologie de la Salpêtrière à Paris.

8 Salvador Minuchin est un psychiatre et thérapeute familial né en Argentine en 1921. Il a été professeur à l'Université de Pennsylvanie et à la Medical School de l'Université de New York.

9 Psychiatre français né en 1923, psychanalyste, professeur émérite de psychologie à l'université Louis Lumière de Lyon.

- les locaux administratifs au septième étage.

2.3.1 Le personnel médical.

L'effectif du personnel médical affecté sur le site en intrahospitalier est indiqué dans le tableau suivant :

| | PU PH | Praticien hospitalier | Assistant des hôpitaux | interne | total |
|--------------|-------|-----------------------|------------------------|---------|-------|
| Secteur G 22 | 0,25 | 1,8 | 2 | 2 | 6,05 |
| Secteur G 23 | 0 | 2,5 | 2 | 2 | 6,5 |
| Secteur G 24 | 0 | 2,60 | 0 | 0 | 2,60 |

2.3.2 Le personnel non médical.

La direction des soins a fourni aux contrôleurs les effectifs validés pour les **personnels de jour** par secteur en équivalents temps plein (ETP). Le tableau suivant indique les effectifs par grade et par secteur en précisant les effectifs validés, ceux effectivement présents et l'écart entre les deux :

| | Cadres sup | Cadres de santé validés | cadres de santé réels | ETP Inf validés | ETP inf réels | ETP aides-soignants validés | ETP A-S réels | ASH |
|-----|------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------------------|---------------|------------|
| G22 | 1 | 2 | 2,5 (+0,5) | 3 | 16,90 (-6,10) | 5 | 9,80 (+4,80) | 9 (+1) |
| G23 | 1 | 2 | 2 | 3 | 17,60 (-5,40) | 7 | 8 (+1) | 11 (-0,70) |
| G24 | 1 | 2 | 1 (-1) | 16 | 8,40 (-7,60) | 6 | 5 (-1) | 6 (0) |

¹⁰ Henri Collomb, (1913-1979), psychiatre, médecin militaire français. Longtemps en poste à Dakar, il est l'un des fondateurs d'une approche alors nouvelle de la psychiatrie consistant à prendre en compte les facteurs liés à la culture des patients et s'inscrivant en opposition avec la psychiatrie coloniale qui marquait son époque.

| | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|-----|---------------|---|---|-------|
| HN 11 | | | | 0,7 | 0,8 (+0,1) | 0 | 0 | 2 (0) |
|----------|--|--|--|-----|---------------|---|---|-------|

Le **service de nuit** est effectué par des agents dédiés spécifiquement à cette mission. Le tableau suivant indique les effectifs validés et effectifs par secteur en équivalents temps plein (ETP) et l'écart :

| | Effectif validé cadre | Effectif présent cadre et écart | Effectif validé infirmiers | Effectif présent infirmiers et écart | Effectif validé aides-soignants | Effectif présent aides-soignants et écart |
|------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| G22 | 2 | 0,33 (-1,67) | 9 | 7 (-2) | 5 | 4 (-1) |
| G23 | 0 | 0,33 (+0,33) | 10 | 9 (-1) | 4 | 4 |
| G 24 | 0,20 | 0,33 (+0,13) | 4 | 3,80 (-0,20) | 2 | 2 |

La lecture des deux tableaux fait apparaître un manque d'un mi-temps de cadre de santé et de 19 ETP d'infirmiers pour le personnel de jour et de 1,2 ETP de cadre, 3,20 ETP d'infirmiers et de 1 ETP d'aide-soignant pour la nuit.

2.4 Les données financières.

Selon l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour 2011, les recettes devaient être issues pour la part la plus importante, d'une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) de 105 millions d'euros versée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sous forme de douzièmes et, en outre, de la facturation du forfait journalier (10 millions) et des recettes diverses (8,6 millions). Selon la même source, les dépenses devaient être de 98,6 millions pour les charges de personnel, de 2,36 millions pour les charges médicales, de 18,5 millions pour les charges hôtelières et de 5,78 millions pour les amortissements. Ce budget était donc présenté en déficit de 575 588 euros.

Le taux de croissance de la DAF accordé en 2011 (+0,96 % par rapport à 2010), inférieur au coût prévisionnel de l'inflation, ne permet pas, de ce fait, de faire fonctionner l'établissement à moyens constants. Aussi, des efforts de maîtrise des dépenses ont donc dû être prévus sur tous les titres. Les produits de l'activité hospitalière étaient estimés au même niveau que l'année précédente et les recettes subsidiaires comme ne devant augmenter que de 1,53 %.

¹¹ HN : hôpital de nuit de l'unité Collomb.

En ce qui concerne les dépenses, une augmentation de 0,33 % était prévue pour le personnel non médical et de 1,18 % pour le personnel médical. Les charges à caractère médical étaient, quant à elles, prévues en hausse de 2,71 %. Par ailleurs, la prévision de croissance des dépenses à caractère hôtelier, logistique et administratif était de +4,80%, les postes les plus importants étant constitués par le coût des locations immobilières (+ 1 050 000 euros en un an), les prestations relatives à l'alimentation (+4 %), d'enlèvement des déchets et de gardiennage pour une augmentation de 487 800 euros.

Le budget prévisionnel comportait également des « charges d'amortissements de provisions et dépréciation financières et exceptionnelles » d'un montant de 5 776 996 euros qui était en baisse de 0,12 % malgré la prise en charge des frais financiers relatifs à l'emprunt contracté en 2011, l'évolution des charges d'amortissement se situant à + 5,40 %.

Une situation infra annuelle arrêtée au 30 septembre 2011 faisant le point sur l'application du budget met en lumière les éléments suivants :

- le déficit initialement prévu de 575 588 euros sur le poste des dépenses de fonctionnement dû en grande partie à l'augmentation des dépenses de personnel compte tenu de l'importance du recours à l'intérim et aux heures supplémentaires (coût supérieur à 2 millions d'euros), a entraîné des surcoûts sur ces comptes de 1 063 000 euros qui, s'ajoutant à une dépense non prévue sur les charges à caractère hôtelier, viennent neutraliser les économies réalisées sur les titres 2 et 4. Au total, le déficit qui était prévu à 575 558 euros devrait être de 1 979 889 euros.

S'agissant des dépenses :

- le coût du personnel non médical est supérieur de 941 161 euros à la prévision du fait de l'importance des heures supplémentaires et du recours à l'intérim ;
- les dépenses de personnel médical sont en hausse de 1,60 % par rapport aux prévisions (+241 253 euros) ;
- les dépenses à caractère médical sont en baisse de 178 931 euros, ce qui laisse à prévoir une baisse de 82 500 euros en fin d'année ;
- les dépenses de caractère hôtelier seraient en baisse de 206 605 euros par rapport aux prévisions en fin d'année en raison d'un décalage dans le paiement des factures ; l'établissement prévoit une hausse de 89 899 euros des charges courantes en fin d'année ;
- les dépenses à caractère financier et exceptionnel relatives à la dette de l'établissement restent inférieures à la prévision du fait du décalage en novembre du premier remboursement des intérêts de l'emprunt réalisé en 2011 qui était initialement prévu en juillet ;

- des incertitudes existent au sujet des recettes. En effet, l'activité est stable (136 088 journées à la fin septembre 2011 contre 138 119 à la même date en 2010) ; le taux de facturation du forfait hospitalier est comparable à celui des années précédentes et les produits liés aux aides médicales d'Etat (AME) sont en augmentation par rapport à 2010, mais le taux de facturation des autres produits de l'activité hospitalière (recettes émises/prévision annuelle) a baissé de 64,90 % à 58,07 % et les produits à recevoir de 2010 dont la régularisation était prévue en 2011 ne sont pas réalisés en totalité (- 385.588 euros).

Alors que l'établissement ne connaissait pas de déficit et pouvait, jusqu'à présent, assurer l'équilibre de son budget, il doit maintenant effectuer des virements de crédits, mettre en œuvre un programme généralisé d'économies dans tous les domaines (par exemple, le contrôle de l'absentéisme), s'efforcer de lutter contre l'éparpillement de ses sites (soixante-cinq adresses dans Paris) qui constitue un très important facteur d'aggravation des coûts.

En ce qui concerne la section d'investissement, l'établissement escomptait pouvoir vendre une partie de son patrimoine situé à Neuilly-sur-Marne, ce qui lui aurait permis de recevoir une somme totale de 7 700 000 euros. La vente a été repoussée en 2013 et 2014 faute d'adoption du plan local d'urbanisme (PLU).

2.5 L'activité.

En ce qui concerne les trois secteurs de psychiatrie de Maison Blanche XVIII^e ont été admis :

Pour l'année 2010 :

- soixante-deux patients en hospitalisation d'office ;
- un détenu en hospitalisation selon les termes de l'article D.398 du code de procédure pénale ;
- 113 patients en hospitalisation à la demande d'un tiers.

Pour l'année 2011 :

- entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet :
 - quarante-cinq patients en hospitalisation d'office ;
 - un patient en hospitalisation article 122-1 1^{er} alinéa¹² ;
 - soixante-treize patients en hospitalisation à la demande d'un tiers.
- entre le 1^{er} août et le 18 novembre :
 - seize patients en admission sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) ;
 - soixante-dix patients en admission sur demande d'un tiers (ASPDT).

¹² Il s'agit d'auteurs d'infractions patients déclarés irresponsables par le juge.

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS.

3.1 L'arrivée des patients.

3.1.1 L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

L'admission en soins psychiatriques de patients à la demande d'un tiers s'effectue dans les différentes unités des trois secteurs.

Il n'existe pas à Maison Blanche - XVIII^e de centre d'accueil permanent, d'unité d'accueil temporaire ou d'unité d'hospitalisation pour période d'observation. Le dispositif qui a été mis en œuvre est une coopération avec le service des urgences de l'hôpital Bichat et cela eu égard à l'implantation de la structure psychiatrique dans l'hôpital Bichat, à 150 mètres des urgences.

Les contrôleurs ont pu constater sur une unité pour les admissions des mois d'août, septembre, octobre et novembre, vingt-neuf admissions en ASPDT émanant des structures suivantes :

| | |
|---|----|
| Service accueil des urgences (SAU) de Bichat | 11 |
| Service accueil urgences d'autres établissements de l'assistance publique hôpitaux de Paris (APHP), à savoir hôpitaux de Tenon, Lariboisière, Saint-Antoine, Hôtel-Dieu | 6 |
| Centre psychiatrique orientation accueil (CPOA) Sainte-Anne | 8 |
| Domicile du patient | 2 |
| EPSM Maison Blanche - site de Neuilly sur Marne | 2 |

Même si les différents centres médico-psychologiques (CMP) des secteurs sont ouverts (sauf les samedis, dimanches et jours fériés), de 9h à 19h, toutes les procédures d'admissions les concernant transitent par le SAU de Bichat.

Avant d'orienter les patients, les différentes structures appellent le cadre du secteur ou de l'unité concernée pour indiquer la situation du patient et donner le numéro de téléphone de la structure qui adresse ; le cadre vérifie que le patient dépend de son secteur ; si un lit est disponible, il organise l'arrivée ; en l'absence de lit, il vérifie la possibilité d'accueil dans les deux autres secteurs du bâtiment, dans les autres structures de Maison Blanche et éventuellement dans d'autres établissements.

En dehors du SAU de Bichat, tous les patients sont transportés au site psychiatrique de Bichat dans une ambulance du secteur privé.

Le personnel du SAU de Bichat est chargé d'accompagner le patient dans le secteur concerné. Si le consultant ne dépend pas d'un des secteurs du site psychiatrique de Bichat, le personnel des urgences prend contact avec le secteur de l'établissement dont dépend le patient et le fait conduire en ambulance privée.

Le SAU de Bichat dispose d'une salle d'attente générale à son entrée, une infirmière d'accueil et d'orientation étant chargée d'orienter les consultants.

La psychiatrie y dispose de trois locaux à savoir :

- deux boxes d'accueil et consultations comprenant chacun bureau, ordinateur, table d'examen, lavabo. Lors de la visite des contrôleurs les deux boxes d'accueil étaient occupés ;
- un bureau essentiellement réservé à la consultation médicale : une permanence de médecins psychiatres de jour, de nuit et de week-end est organisée. Un bouton d'appel et un interphone sont à la disposition du praticien consultant.

Les personnels non médicaux sont gérés par le secteur G 22 : six infirmiers sont affectés par l'EPSM Maison Blanche et l'équivalent d'un infirmier par l'EPSM de Perray-Vaucluse car le service d'urgences de Bichat reçoit des patients de sa zone d'attraction.

Cet effectif permet de mettre en place le planning suivant :

- Maison-Blanche du lundi au dimanche 11h30 - 21h30 : 2ETP d'infirmiers ;
- Perray-Vaucluse : le lundi 8h30 - 16h30 ; le jeudi et le vendredi : 8h30 - 14h30 : 1 ETP d'infirmier ;
- Maison-Blanche : du lundi au dimanche - 9h-21h13h - 21h30 : 1 ETP d'infirmier.

Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice de l'établissement de santé indique : « cet effectif permet de mettre en place le planning suivant :

- du lundi au dimanche : 11h30-21h30 : 2 ETP d'infirmiers ;
- le lundi de 8h30 à 16h30 et le jeudi et vendredi de 8h30 à 14h30 : 1 ETP d'infirmier ;
- du lundi au dimanche de 13h à 21h : 1 ETP d'infirmier ».

La file active pour l'année 2010 du SAU Bichat a été de 1 348 patients pour 1 658 actes réalisés.

A leur arrivée au site psychiatrique de Bichat, les patients transitent par son hall d'accueil.

Pour accéder à celui-ci, qui se situe à 100m de la porte principale de Bichat, il convient que le véhicule stationne sur la voie intérieure qui conduit au parking souterrain réservé à la psychiatrie. Si le transport nécessite un brancard, il doit stationner à 25 m de l'entrée aux fins de pouvoir bénéficier d'une rampe d'accès menant à la porte d'entrée, le trottoir situé devant celle-ci ayant un dénivelé de 0,11 m.

L'entrée du bâtiment est protégée par un porche de 6 m sur 4 m (24 m²) où sont installés un cendrier sur pied et une poubelle fixée au mur.

Deux portes battantes, avec lucarne de 0,23 m sur 1,80 m, permettent une ouverture de l'entrée de 1,50 m au total.

Après ces portes se situent un sas de 3 m sur 4 m (12 m²) et d'autres portes identiques aux précédentes. Se trouvent dans ce sas : six boîtes aux lettres sécurisées pour du courrier destiné soit à Maison Blanche, soit à l'APHP, la « charte de la personne hospitalisée », la mention « *espace sans tabac* » ainsi qu'une sonnette de nuit pour demander l'ouverture des portes ; à l'intérieur du hall d'accueil, un bouton est installé pour ouvrir les portes.

A l'entrée, dans le hall d'accueil, sont installés, derrière un guichet et une vitre sécurisée :

- un agent d'accueil de Maison Blanche tous les jours y compris samedi, dimanche et jours fériés, de 8h à 19h ;
- un agent de sécurité d'une entreprise extérieure tous les jours y compris samedi, dimanche et jours fériés, de 7h à 19h et 19h à 7h ;

Il est assez difficile de communiquer avec ces agents ; en effet, la banque d'accueil à 1,10 m du sol est surmontée jusqu'au plafond d'une vitre sécurisée à 0,11 m de la banque, ce qui nécessite souvent aux personnes d'élever la voix pour se faire entendre.

Tous les patients admis sont conduits par l'équipe qui les a transportés, *via* un ascenseur sécurisé, dans l'unité d'hospitalisation du secteur concerné, l'agent de sécurité étant chargé, avec un badge, d'ouvrir puis de faire fonctionner l'ascenseur au rez-de-chaussée.

3.1.2 L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Le principe des admissions en ASPDRE est comparable à celui des ASPDT à l'exception des points suivants :

- les contrôleurs ont pu constater que sur une unité et pour les admissions des mois d'août, septembre, octobre et novembre, sept admissions en ASPDRE ont eu lieu et que celles-ci émanaient des structures suivantes :
 - infirmerie de la préfecture de police de Paris (IPPP) : six ;
 - EPS Maison Blanche - site de Neuilly sur Marne : 1 ;
- il est exceptionnel que le certificat médical concernant une ASPDRE n'émane pas de l'IPPP ;
- tous les arrêtés préfectoraux sont signés par le préfet de police de Paris ;
- le transport des patients est assuré par les fonctionnaires de police ;
- des débats ont toujours cours lorsqu'il s'agit de patients SDF car les secteurs ont le sentiment que leur tour pour accueillir ces patients revient plus rapidement que dans d'autres hôpitaux concernés par ces admissions.

3.2 Les modalités d'admission.

3.2.1 Les formalités administratives.

3.2.1.1 L'inventaire.

A leur arrivée dans l'unité, il est réalisé un inventaire à l'aide d'une « fiche d'inventaire » ; cette fiche comprend les items suivants :

- le patient est-il présent, refuse-t-il l'inventaire, est-il représenté par le représentant légal ou la personne de confiance ;
- liste de documents administratifs tels que carte d'identité, passeport, carte vitale, carte de crédit... avec date de dépôt et de retrait et éventuellement une mention indiquant les biens conservés par le patient ;
- les espèces ;
- les vêtements ;
- les bijoux ;
- les objets divers.

Cette fiche est signée, à l'arrivée et lors de tout retrait, par le soignant et par le patient.

Les vêtements et objets divers sont stockés dans une bagagerie. Il existe deux catégories de bagagerie : certaines unités disposent de leur propre bagagerie dans laquelle sont installés sur les étagères les objets tels que vêtements ou sacs portant le nom du patient. Dans cette bagagerie il peut y avoir des casiers non fermés à clé dans lesquels il a été vu par les contrôleurs une carte d'identité, une carte de transport, un téléphone portable et de la petite monnaie. Dans certains services, notamment le secteur G22, il existe des placards à cadenas.

Au sous-sol du bâtiment, une bagagerie centrale de 30 m² avec des étagères sur lesquelles se trouvent les vêtements et autres objets confiés par les patients.

Doivent être déposés à la « régie » du site, les objets de valeur (bijoux et devises étrangères), les titres de paiement (carte bancaire, chèque), les liquidités.

Ces biens, inclus dans une enveloppe spéciale, sont enregistrés à la « régie » sur un quittancier des dépôts lors de l'ouverture du service et mis dans un coffre. En dehors des horaires d'ouverture du service, l'enveloppe est déposée dans la fente du coffre des dépôts situé dans la salle d'attente de la « régie » et le contenu enregistré au plus tôt dès l'ouverture du service.

Tout patient peut, à l'aide d'un « bon de retrait d'argent », retirer aux heures d'ouverture, de l'argent qu'il a déposé. Ce bon est signé par le patient et le personnel de santé qui l'accompagne.

3.2.1.2 La notification.

L'établissement a mis en place une attestation de notification de l'arrêté préfectoral et une attestation de notification des soins sans consentement à la demande d'un tiers : l'attestation de notification de l'arrêté préfectoral est un imprimé, le patient devant cocher des cases attestant qu'il a reçu l'arrêté préfectoral autant pour l'admission, le maintien, l'abrogation, le transfert, la réalisation des soins sans consentement en ambulatoire ;

Le patient doit le signer ; en cas de refus ou d'impossibilité ce sont deux agents qui signent ;

Ce document est conservé dans le dossier du patient ;

Il est remis au patient, en même temps que cette attestation de notification, un imprimé sur les voies et délais de recours ; l'attestation de notification d'une admission à la demande d'un tiers se réalise sur un ancien imprimé de notification d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), un nouvel imprimé est depuis récemment disponible mais encore très peu utilisé.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « un nouvel imprimé intégrant toutes les nouveautés juridiques a été mis en place, les anciens imprimés ne sont plus en circulation ».

Le patient doit signer qu'il est informé de son « hospitalisation » à la demande d'un tiers et des délais et voies de recours ;

Ce document est conservé dans le dossier du patient ;

Il est remis au patient, en même temps que cette attestation de notification, un imprimé sur les voies et délais de recours ; dans le cadre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention (JLD), la personne hospitalisée doit signer la notification de la décision.

Les imprimés de notification ainsi que le livret d'accueil sont transmis, sous enveloppe, dans l'unité dans laquelle se trouve le patient et déposés au secrétariat médical du service.

Le principe est que le praticien qui assure la première consultation du patient en présence d'un infirmier, doit lui remettre l'imprimé de notification, l'expliquer et le faire signer.

Cette pratique est réalisée dans certaines unités ; toutefois il a été constaté par les contrôleurs que parfois cette opération était effectuée par le praticien hospitalier seul ou par l'infirmier seul et cela sans formalisme ni explication ; les imprimés se retrouvent parfois dans les chambres en désordre.

Des réflexions ont été entendues par les contrôleurs de la part de soignants :

- « opération pénible, contraignante mais c'est la loi » ;
- « c'est du temps pris sur le temps soignant, mais c'est quand même un rôle soignant » ;
- « c'est du temps mais il faut une méthode, il y a des moments non propices » ;
- « la notification par un agent administratif perturberait le patient et on ne saurait pas pourquoi ».

Les contrôleurs ont examiné le 18 novembre 2011 les délais de notification des ASPDRE et des ASPDT pour des patients admis entre le 3 octobre 2011 et le 9 novembre 2011 :

- sur douze patients concernés par une notification d'ASPDRE :
 - la notification a été signée dans neuf cas, dans un délai variant entre deux jours et onze jours soit : une fois deux jours , une fois trois jours, une fois quatre jours, deux fois six jours, deux fois sept jours, deux fois onze jours ;
 - la notification n'était pas signée au 18 novembre dans trois cas : dans un cas le patient était en fugue, dans les deux autres cas un patient était rentré le 20 octobre et l'autre le 9 novembre ;
 - sur les neuf cas dont la notification était signée, elle le fut deux fois par deux personnels ;
- sur quarante-et-un patients concernés par une notification d'ASPDT :
 - la notification a été signée dans trente-et-un cas dans un délai variant entre deux jours et vingt-deux jours, huit patients ayant signé au-delà du délai de dix jours ;
 - sept patients sont sortis sans signer ;
 - trois patients respectivement entrés le 9 novembre pour deux et le 10 novembre pour l'autre n'avaient pas signé au 18 novembre ;
 - sur les trente-et-un cas dont la notification était signée, elle le fut douze fois par deux personnels dont un cas concernait un patient sous X.

Les contrôleurs ont constaté que lors d'une réadmission à l'issue de l'échec d'un programme de soins en ambulatoire, les patients n'étaient pas considérés comme des arrivants : ils ne rentraient pas dans le cycle du certificat de 24 heures, du certificat de 72 heures et du certificat préalable à sa présentation devant le JLD.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « il s'agit d'une erreur du service de soins malgré les consignes écrites dans le document mis sur intranet 'mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011' et les nombreuses formations dispensées au personnel de l'EPS Maison Blanche ».

3.2.1.3 Le livret d'accueil.

L'établissement dispose d'un livret d'accueil d'ordre général qui présente la structuration des différents secteurs dans les arrondissements couverts par l'EPSM de Maison Blanche. Ce livret n'est pas distribué aux patients.

Il existe un livret d'accueil intitulé :

« Maison Blanche - XVIII^e
UNITES D'HOSPITALISATIONS

22^e, 23^e et 24^e secteurs de psychiatrie générale de Paris »

En même temps que les imprimés concernant la notification de l'hospitalisation est transmis ce document à l'unité de soins pour être remis au patient.

Ce document imprimé en juin 2010, comprend plusieurs items : présentation de l'établissement, les soins, le séjour, les droits, les devoirs, la sortie ainsi que le plan d'accès.

En ce qui concerne les modes d'hospitalisation, il est fait référence à la loi du 27 juin 1990.

Sont incluses dans ce livret, des pages volantes consacrées au tarif des prestations, à la commission des relations avec les usagers de la prise en charge (CRUQPC), à la charte de la personne hospitalisée, au questionnaire de sortie et au contrat d'engagement de la prise en charge de la douleur.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « un nouveau livret d'accueil a été rédigé et distribué, il a intégré toutes les nouvelles dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 ».

3.2.1.4 Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011.

Les différentes catégories de personnels ont été informées sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 aux fins qu'elles puissent elles-mêmes répercuter auprès des patients les nouvelles conditions d'application de l'ASPDRE et de l'ASPDT

La procédure concernant les informations données aux personnels a été progressive et échelonnée sur un calendrier compressé durant l'été 2011 :

- réunions magistrats-direction au TGI de Paris ;
- réunions direction-secrétariats médicaux et agents administratifs avant la publication de la loi ;
- réunions direction-praticiens hospitaliers-cadres supérieurs de santé-cadres de santé-cadres administratifs-personnels administratifs concernés ;
- réunions cadres supérieurs de santé et cadres de santé avec les personnels des différents secteurs ;
- au 4 août 2011, il a été établi un document disponible sur l'intranet de l'établissement, intitulé « mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 à l'EPS Maison Blanche » ;
- ce document comprend une partie consacrée aux procédures administratives et médicales nécessaires aux différents types de soins sans consentement et une autre, consacrée au contrôle du JLD ;
- élaboration d'un document questions-réponses sur la loi disponible sur l'intranet et géré par le service des admissions ;
- élaboration de documents-types concernant les certificats médicaux et la saisine du JLD ;

- déplacements d'un cadre du service des admissions centrales de l'établissement à la demande dans les différentes structures y compris les secrétariats médicaux et les CMP ;

Selon les informations recueillies, les praticiens hospitaliers se sont impliqués dans la mise en œuvre de la loi.

Les différents cadres de santé ont indiqué aux contrôleurs « avoir été bien informés mais les délais étaient courts et le moment peu propice ».

Les différents secrétariats médicaux connaissent la loi tout en indiquant que « certains des domaines d'application sont compliqués à intégrer et que la charge du travail est plus importante ».

Les personnels des unités connaissent la loi, « acceptent les contraintes tout en rappelant régulièrement la charge de travail que cela induit ».

3.2.1.5 Les informations sur les voies de recours.

Le livret d'accueil actuellement distribué indique que pour contester l'hospitalisation il convient de saisir « la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, le président du tribunal de grande instance ou le juge de la détention et des libertés, le procureur de la République, le préfet de police de Paris ». L'adresse est toujours indiquée.

En ce qui concerne les ASPDRE, le document intitulé « voies et délais de recours » distribué en même temps que la notification et le livret d'accueil concerne le recours gracieux devant l'administration, le recours contentieux devant le juge administratif, le recours contentieux devant le juge des libertés et de la détention, la saisine de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

En ce qui concerne les ASPDT, le document intitulé « notification des délais et voies de recours » distribué en même temps que la notification et le livret d'accueil évoque la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le tribunal de grande instance, le juge des libertés et de la détention, le tribunal administratif de Paris.

Ces différentes informations écrites doivent faire l'objet d'une actualisation eu égard à la parution de la loi du 5 juillet 2011.

Les informations orales qui peuvent être fournies ne sont pas toujours fiables et dépendent des personnes qui les donnent.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : le livret d'accueil actuellement distribué indique que pour contester l'hospitalisation il convient de saisir la commission départementale des soins psychiatriques ».

3.2.1.6 Le recueil des observations des patients

Le moment privilégié pour recueillir les observations des patients est celui des entretiens qu'effectue le praticien hospitalier avec l'infirmier, notamment les entretiens effectués pour les certificats de vingt-quatre heures, de soixante-douze heures et de huitaine.

La période d'observation est, de l'avis des soignants, un moment fort de dialogue avec le patient.

Il n'existe pas de formalisme quant au recueil des observations alors que l'article L 3211-3 du code de la santé publique dispose que « l'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible ».

Il arrive régulièrement que les patients, lors de la visite des infirmiers dans leur chambre, ou lors de leur déambulation dans le couloir de l'unité, s'adressent aux différents personnels, notamment et surtout aux agents du secrétariat médical, pour obtenir des informations et éventuellement effectuer des observations.

3.2.2 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 a été anticipée par tous ses acteurs qui, dès avant sa promulgation, ont organisé des réunions regroupant des représentants de la préfecture et de l'agence régionale de santé, des représentants de la direction et des personnels médicaux des hôpitaux concernés ainsi que des représentants des magistrats et des greffiers du TGI de Paris.

En ce qui concerne le TGI, deux magistrats supplémentaires ont été désignés parmi les membres du tribunal pour exercer les fonctions de juge des libertés et de la détention (JLD), le service passant ainsi de sept à neuf magistrats. Trois greffiers supplémentaires ont également été affectés au service et sont chargés exclusivement de l'application de la nouvelle loi¹³.

Du côté de l'EPSM Maison blanche, aucun poste ni moyen supplémentaire n'a été dégagé pour faire face aux charges nouvelles engendrées par cette loi. Toutefois, afin d'anticiper ses effets, l'EPSM a publié dès le 4 août 2011 sur son site intranet deux documents respectivement intitulés : « Mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 à l'EPS de Maison Blanche » et « Conduite à tenir par les personnels de l'EPS de Maison Blanche en cas d'ordonnance de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète prise par le JLD ».

Après concertation entre les acteurs, il a été convenu que les audiences se dérouleraient au tribunal, au moins dans un premier temps. Le nombre d'hôpitaux concernés - trois hôpitaux, sur six sites - aurait compliqué les déplacements des juges ; en outre aucune des structures hospitalières concernées ne dispose actuellement de salles adaptées aux audiences. Contrairement à l'usage en cours dans les autres secteurs d'activité et notamment en matière pénale, il a été décidé de ne pas recourir à la visioconférence, au nom de l'intérêt des patients.

En pratique, deux audiences se tiennent chaque matin au tribunal, où deux juges traitent chacun une douzaine de situations.

Les avis de saisines du JLD pour les ASPDRE sont transmis par la préfecture de police de Paris après que les praticiens hospitaliers aient fait parvenir à celle-ci les pièces nécessaires.

Les avis de saisines pour les ASPDT sont transmis par l'EPSM Maison Blanche et notamment par Maison Blanche XVIII^e.

¹³ L'ensemble venant d'autres services du tribunal.

Pour chacun des secteurs, il est tenu un échéancier des soins psychiatriques indiquant les dates auxquelles les différents certificats médicaux doivent être rédigés et la saisine du JLD transmise.

Les requêtes et convocations sont adressées par télécopie, mode de transmission que les acteurs concernés n'estiment ni fiable ni rapide¹⁴.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « désormais, les requêtes et convocations sont numérisées et envoyées par courriel au TGI. Le système a été entièrement informatisé ».

Les statistiques communiquées par le magistrat en charge du service JLD mettent en évidence les éléments suivants quant aux différentes requêtes et aux décisions rendues sur l'ensemble des structures hospitalières du ressort :

| Période | Requêtes aux fins de mainlevée émanant du patient | Saisine de plein droit au terme de 15 jours | Saisine de plein droit au terme de 6 mois | Requête suite à conflit entre représentant de l'Etat (RE) et médecin | Nombre de décisions rendues |
|--------------|---|---|---|--|-----------------------------|
| Août 2011 | 30 | 151 ¹⁵ | 0 | 1 | 182 |
| Sept. 2011 | 13 | 209 ¹⁶ | 6 | 0 | 228 |
| Octobre 2011 | 28 | 220 ¹⁷ | 11 | 0 | 259 |

| DECISIONS | Maintien de la mesure | Mainlevée pure et simple | Mainlevée différée en vue protocole soins | Expertise | Autres (le + souvent non-lieu à statuer à raison d'1 mainlevée intervenue après saisine) | Patient comparant | Patient représenté ou assisté d'un avocat | Appel |
|------------|-----------------------|--------------------------|---|-----------|--|-------------------|---|-------|
| Août 2011 | 144 | 1 | 11 | 1 | 25 | Non renseigné | 120 | 5 |
| Sept. 2011 | 167 | 2 | 16 | 8 | 35 | Non renseigné | 160 | 24 |
| Octobre 11 | 193 | 1 | 8 | 2 | 25 | 149 | 190 | 16 |

¹⁴ En interne, le JLD communique avec le parquet et la cour d'appel par courrier électronique. Le magistrat en charge du service JLD a indiqué aux contrôleurs que l'objectif était de recourir, d'ici quelques mois, au mail crypté pour l'ensemble des correspondances.

¹⁵ 50 à la requête du RE et 102 à celle du directeur d'hôpital

¹⁶ 46 à la requête du RE et 169 à celle du directeur d'hôpital

¹⁷ 48 à la requête du RE et 183 à celle du directeur d'hôpital

Les chiffres communiqués par l'hôpital Maison blanche concernant les secteurs G 22, G 23 et G 24 peuvent être ainsi traduits :

| Période | Nombre de patients convoqués devant le JLD | Maintien de la mesure | Mainlevée | Programme de soins | Autre |
|--------------|--|-----------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|
| Août 2011 | 17(dont 16 ont été entendus) | 13 ¹⁸ | 1 | 1 | 2(sorties avant audience) |
| Sept. 2011 | 29 (dont 17 ont été entendus) | 25 ¹⁹ | 1 | 1 | 21(1 expertise et 1 indéterminé) |
| Octobre 2011 | 29 | 23 ²⁰ | 2 | | 4 (indéterminé) |

3.3 3.3.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention.

Les contrôleurs ont pu accompagner un patient de Maison Blanche Bichat au tribunal et assister à une audience concernant un patient provenant de Sainte-Anne. Ils ont observé ce qui suit :

S'agissant du patient de Maison blanche, la saisine a été faite le 10 novembre, pour un patient hospitalisé depuis le 3 novembre 2011, à la demande d'un tiers. La requête - présentée sur un imprimé-type intitulé « saisine pour contrôle du juge des libertés et de la détention d'une mesure d'hospitalisation en soins psychiatriques article L3211-12-1 du code de la santé publique » - est particulièrement succincte. Réduite aux coordonnées du représentant de Maison Blanche et à l'identité du patient concerné, elle ne mentionne ni le fondement juridique précis de la demande, ni le statut du patient, ni la date de son admission. En l'espèce, l'acte de saisine était accompagné du bulletin d'entrée, de la demande d'hospitalisation qu'un tiers avait effectuée et de l'ensemble des certificats médicaux rédigés à chaque stade exigés par la loi. La décision de placement – relevant ici du directeur de l'hôpital – ne figurait pas à la procédure et, ainsi qu'il a déjà été évoqué *supra* (§ 3.2.1.2), il convient de se demander si elle est effectivement formalisée.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « la décision d'admission par le Directeur n'est pas une pièce juridiquement exigée par le législateur. Néanmoins et pour faciliter les relations avec le TGI, ces décisions d'admission sont désormais formalisées et signées quotidiennement par un Directeur adjoint ayant reçu délégation du Directeur ».

¹⁸ dont 6 placés sur décision du RE et 7 du directeur de l'hôpital

¹⁹ dont 1 placé sur décision du RE et 15 du directeur de l'hôpital

²⁰ dont 7 placés sur décision du RE et 16 du directeur de l'hôpital

Les convocations du tribunal, adressées, l'une au patient, l'autre au représentant de l'hôpital, ont été envoyées par télécopie au responsable de la tenue du registre de la loi le 14 novembre 2011 à 12h 11 pour une audience se tenant le 15 novembre à 9h30. Elles ne mentionnent pas le nom du juge en charge du dossier. Pour des motifs inexpliqués, le secrétariat du secteur concerné n'a pris connaissance de la convocation que plusieurs heures plus tard.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « il s'agit d'une erreur car la convocation est adressée parallèlement au cadre administratif (qui en informe le secrétariat) et directement au patient. Il est à noter que le délai entre la convocation et l'audience est extrêmement court (en l'occurrence du jour pour le lendemain) ».

Le cadre supérieur de santé s'est chargé de l'organisation du transport, effectué de manière générale par deux soignants²¹ utilisant le véhicule du service²².

Le véhicule a quitté l'hôpital à 8h45 pour arriver au tribunal à 9h30²³.

Les salles d'audience réservées au JLD ne sont pas signalisées ; les renseignements préalablement recueillis par les soignantes accompagnatrices ont permis d'atteindre les locaux en quelques minutes.

Les bureaux des JLD sont situés dans une galerie qui fait face à la salle d'audience de la 23^{ème} chambre, consacrée l'après-midi aux audiences de comparution immédiate. Le couloir qui les sépare fait office de salle d'attente. Justiciables et accompagnateurs y prennent place sur des bancs.

Comme les patients, les autorités à l'origine de la mesure et le magistrat du parquet sont convoqués à deux horaires – 9h30 et 10h 30 – selon le lieu d'hospitalisation. Le tiers à l'origine de la demande est également avisé de la date d'audience.

Deux avocats commis d'office sont à disposition, dans le couloir/salle d'attente. L'un était venu consulter les dossiers avant l'audience, l'autre estimait que la simplicité du contentieux n'exigeait pas une telle démarche ; aucun n'avait pris contact avec son client auparavant. Tous deux font partie d'un groupe de défenseurs « spécialisés », ayant choisi ce type de contentieux et suivi une journée de sensibilisation. Les entretiens avocat-justiciable se tiennent à une extrémité du couloir ou dans la salle d'audience qui en pratique n'est pas utilisée par les JLD, lesquels tiennent le plus souvent leur audience en chambre du conseil, à la demande du justiciable ou d'office²⁴.

²¹ Une infirmière et une aide soignante.

²² Il a été indiqué aux contrôleurs que certains déplacements sont effectués, en l'absence de véhicule, en empruntant le métro.

²³ Ce véhicule est autorisé à stationner dans la cour d'honneur du TGI.

²⁴ Le magistrat rencontré indiqué n'avoir tenu d'audience publique à la demande du patient qu'à deux reprises.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, sauf cas exceptionnel, ni le magistrat du parquet, ni le représentant de l'Etat, ni celui de l'hôpital, n'était présent. A raison de l'« explosion » du contentieux, le parquet a indiqué n'avoir pas les moyens d'assurer une présence systématique ; il s'efforce de donner un avis par écrit.

Il a également été indiqué que le tiers à l'origine de la demande de placement répondait régulièrement à l'avis adressé par le tribunal. Incertains quant à la qualité qu'il convient de lui accorder, les JLD indiquent tenir l'audience « en présence de X », l'intéressé est invité à formuler ses observations et certains lui notifient la décision.

En principe, sauf demande expresse de leur part et sous réserve de l'accord du patient, les accompagnants ne sont pas présents à l'audience.

L'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté peut être ainsi décrite :

La personne a été invitée à entrer dans le bureau du juge en même temps que son avocat. Le juge – qui siégeait en tenue civile – a expliqué le cadre de son intervention et demandé à la personne si elle souhaitait que l'audience ait lieu publiquement. L'intéressée, qui semblait comprendre parfaitement les enjeux de l'audience, a refusé au motif qu'il s'agissait de sa vie privée. Le juge a ensuite présenté les contrôleurs et expliqué leur rôle à l'intéressée, qui a conclu que « s'ils pouvaient apprendre quelque chose grâce à son histoire », elle était d'accord pour que les contrôleurs assistent à l'audience.

Le juge a fait part à la justiciable du contenu du dossier et en particulier des certificats médicaux concluant à la nécessité d'une hospitalisation complète. S'en est suivie une longue discussion entre le juge et l'intéressée sur les troubles de son comportement, les causes supposées de ses difficultés, ses projets à court et moyen terme, l'utilité des soins en cours. Au moment où celle-ci convenait qu'elle se reposait et se sentait plutôt bien à l'hôpital, l'avocat est intervenu pour rappeler qu'elle sollicitait la main levée de la mesure. Le juge lui a alors donné la parole pour sa plaidoirie. Le greffier a tenu note de l'ensemble des débats. Le juge a souhaité délibérer seul durant quelques instants et après dix minutes, a rappelé l'intéressée et son conseil pour annoncer sa décision de maintien en hospitalisation complète. Un nouvel échange s'est engagé à l'initiative de la patiente/justiciable, et, après quelques explications sur le caractère limité de son rôle et l'importance des certificats médicaux, le juge a mis fin à l'entretien, après avoir remis copie de sa décision à l'intéressée, avisée de son droit d'en relever appel.

L'échange que les contrôleurs ont pu avoir avec cette personne à l'issue de l'audience laisse à penser qu'elle estime avoir pu s'exprimer, n'a pas été surprise par la décision et a apprécié les explications.

A l'issue de l'audience les contrôleurs ont retrouvé le patient de Maison blanche. Reçu par un autre juge, il s'est dit très satisfait de l'audience, insistant sur le fait qu'il était important pour lui d'avoir pu bénéficier de l'assistance d'un avocat. Le juge, dans ce cas, ne lui avait pas fait connaître sa décision. Elle lui a été notifiée par écrit le lendemain. C'est un médecin qui a porté la décision à sa connaissance et plus que du résultat, – la mesure d'hospitalisation complète a été confirmée –, l'intéressé s'est plaint auprès des contrôleurs des conditions dans lesquelles il avait dû lire, sans réellement comprendre, la décision que lui remettait un médecin qui, selon lui, n'avait pas compétence pour lui en expliquer le contenu.

L'ensemble du personnel soignant a fait part aux contrôleurs de la difficulté dans laquelle il se trouvait de devoir expliquer la décision du juge au patient, alimentant ainsi l'idée que le médecin, finalement, décide.

L'ensemble du personnel a également tenu à souligner combien ce transport se faisait au détriment de sa mission première : présence auprès des patients, visites à domicile, accompagnements lors de sorties. De fait, les contrôleurs ont constaté que deux soignants et le véhicule du service avaient été mobilisés durant une matinée entière, de 8h45 à 12h45.

3.4 Le registre de la loi.

Dans le cadre de la mutation consistant à rapprocher le dispositif de soins de la population, l'EPSM a mis en place un « service des admissions » centralisé et un registre de la loi dans chacune des structures desservant les arrondissements de Paris dont il a la responsabilité.

Ainsi, à Maison Blanche XVIII^e existe « un livre de la loi » spécifique pour les patients des secteurs de psychiatrie dont cette structure assure la prise en charge.

Il est tenu dans un bureau situé au rez-de-chaussée du bâtiment, derrière la banque d'accueil.

Le local, de 2,10 m de large sur 4,80 m de long (10,08 m²), comprend deux bureaux, une armoire, deux séries d'étagères, un téléphone, un télécopieur et un ordinateur. Les registres de la loi sont installés sur les étagères.

Un cadre administratif est le référent administratif du bâtiment ; il est chargé de superviser la tenue du livre de la loi ; un fonctionnaire hospitalier de catégorie C est affecté à sa tenue.

Le cadre administratif et le fonctionnaire chargé de la tenue du livre de la loi possèdent un exemplaire de la clé du local. Le fonctionnaire affecté à la tenue du livre de loi ouvre le bureau à son arrivée et le ferme à son départ. En dehors des heures de bureau, si un administrateur de garde souhaite consulter le livre de la loi, il dispose de la clé à l'accueil.

Deux registres de la loi sont ouverts :

- un registre pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (ASDPRE).
- un registre pour les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT).

Chaque registre dispose de cent folios de quatre pages chacun.

La première page de chaque folio comporte l'identité du patient, le mode d'hospitalisation, les mesures de protection intervenues antérieurement à l'hospitalisation, celles intervenues postérieurement à l'hospitalisation, les sorties, la levée de l'hospitalisation avec les dates et les modalités et le décès.

Les autres pages comportent les différents arrêtés préfectoraux, les certificats médicaux ; ces pièces sont photocopiées en réduction et tenues avec un ruban adhésif sur le registre de la loi ; sur chaque pièce est apposé le tampon de l'établissement dont partie sur la pièce et partie sur la page du registre.

Aucun des registres n'a été officiellement ouvert par une autorité.

Lorsqu'un patient est présent depuis longtemps dans l'établissement, il se peut que les quatre pages du folio ne soient pas suffisantes ; dans ce cas les pièces sont incluses dans un folio du registre ouvert.

Dans le cas où plusieurs folios sur plusieurs registres sont consacrés à un patient, il est établi une cotation spécifique : les contrôleurs ont pu voir par exemple sur le folio 79 du troisième registre du livre ASPDRE de 2011 : « 1/11/3/09 » c'est à dire qu'il s'agit d'un patient en HO (mention 1), de l'année 2011 (mention 11), du livre 3 (mention 3), du folio numéro 09 (mention 09) ; sur ce folio 09 du livre 3 de 2011, il est noté la mention « 1/11/3/79 » c'est à dire que pour suivre l'évolution des certificats médicaux de ce patient il convient de se référer au folio 79 du livre 3 de l'année 2011.

Il a été constaté des cas où le patient étant hospitalisé depuis longtemps dispose de folios sur plusieurs registres, voire sur plusieurs années ; les contrôleurs ont pu vérifier qu'il est possible de connaître la totalité du suivi d'un patient sur plusieurs années en consultant plusieurs registres.

Le premier chiffre de la mention, à savoir le 1, signifie qu'il s'agit d'un patient en ASPDRE ; lorsque le premier chiffre est 2, il s'agit d'un patient en ASPDT.

Eu égard à cette organisation, plusieurs registres concernent une année :

- pour les patients en ASPDT, au 17 novembre 2011, quatre registres concernent l'année 2011 ;
- pour les patients en ASPDRE, au 17 novembre 2011, trois registres concernent l'année 2011.

3.4.1 De quelques éléments relevés sur le livre de la loi.

En ce qui concerne les ASPDRE :

- entre le 1^{er} août 2011, date d'application de la réforme et le 15 novembre 2011, les médecins ont levé douze hospitalisations d'office effectuées avant le 1^{er} août ; la plus ancienne datait du 1^{er} mai 1997 ; l'ensemble de ces propositions a été entérinée par un arrêté préfectoral ;
- un patient avait été hospitalisé le 30 novembre 2010 ; il avait été mis en sortie d'essai mais réadmis en soins complets le 20 septembre 2011 à la suite de l'absence de respect du suivi ; un protocole de soins a été proposé ; par lettre du 21 octobre 2011, le préfet a indiqué « je vous informe qu'au regard des éléments du dossier il m'apparaît souhaitable de sursoir pour l'instant à la mesure sollicitée. Toutefois, si le médecin traitant souhaitait maintenir sa décision, il conviendrait, conformément aux dispositions de l'article L.3213-5 du code de la santé publique, de saisir monsieur le juge des libertés et de la détention ». Cette saisine n'a pas été sollicitée par le praticien hospitalier.

En ce qui concerne les ASPDT :

- au cours du mois de janvier 2011, vingt-cinq patients ont été admis à la demande d'un tiers ; cinq levées d'hospitalisation par les praticiens ont eu lieu avant le quinzième jour ;
- durant le mois d'août 2011, trente-huit patients ont été admis ; quinze levées d'hospitalisation par les praticiens ont eu lieu avant le dixième jour et trois entre le dixième et le quinzième jour ;
- les contrôleurs ont examiné sur l'année 2011 quatre-vingt onze demandes de tiers qui émanaient de :

mère : dix-sept, père : douze, sœur ou frère : quinze, mari ou femme : quatorze, fils ou fille : neuf, ami : quatre, cousin(e) : quatre, assistante sociale hors Maison Blanche : deux, tante ou oncle : quatre, voisine : une, petit-fils : une, référence sociale hors Maison Blanche : une, union départementale des associations familiales (UDAF) : une, armée du salut : une, administration hospitalière : Lariboisière-deux, Bichat-Gonesse-quatre, CPOA Sainte-Anne (infirmières) : une.

3.4.2 Le collège soignant.

L'article L3211-9 du code de la santé publique prévoit les dispositions concernant le collège des soignants :

- l'article 1 rappelle la composition qui doit comprendre :

« - le psychiatre référent du patient ou, en cas d'absence, le psychiatre qui le remplace pour sa prise en charge ;

- un membre de l'équipe assurant la prise en charge ;

- un psychiatre ne participant pas à sa prise en charge.»

Cette composition est nominative et est adaptée à chaque cas ;

- l'article 2 traite de la convocation du collège : il y est indiqué le nom du patient concerné et la date avant laquelle l'avis doit être rendu ;
- l'article 3 rappelle que le certificat type doit être transmis au service des admissions au plus tard un jour et une heure indiqués ;
- l'article 4 rappelle les modalités pratiques, à savoir que « si les membres du collège sont dans l'impossibilité de se réunir dans les délais impartis, ils peuvent tenir une conférence téléphonique ».

Une délibération de la CME du mois d'août 2011 a fixé pour chacun des secteurs la composition du collège soignant.

Sont membres nominativement indiqués, un praticien hospitalier responsable du secteur, un psychiatre ne prenant pas en charge le patient, un membre de l'équipe pluridisciplinaire cadre de santé.

Entre le 23 août 2011 et le 16 novembre 2011, se sont tenus neuf collèges soignants.

Les contrôleurs ont examiné quatre procès-verbaux établis suite à la réunion d'un collège des soignants :

- la date de convocation n'est précisée dans aucun document ;
- lors d'un collège tenu le 23 août 2011, il est noté que le patient convoqué par le JLD est « auditionnable », que l'« audition à huis clos en chambre du conseil paraît absolument indiquée » et il est préconisé des sorties quotidiennes pour se rendre au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et recevoir des soins dans un CMP ;
- lors d'un collège tenu le 13 octobre 2011, il est écrit que le patient « paraît auditionnable par le JLD » et que l'« audition à huis clos en chambre du conseil paraît absolument indiquée » ;
- lors d'un collège tenu le 9 novembre 2011, il est proposé un programme de soins pour un patient, lequel « paraît auditionnable par le JLD », l'« audition à huis clos en chambre du conseil paraît absolument indiquée » ;
- lors d'un collège tenu le 15 novembre 2011, pour « un patient qui au cours des 10 années est ou a été hospitalisé à la suite d'un article L 122.1 ou a séjourné en UMD²⁵ pendant un an », il est préconisé un transfert vers une UMD et, « en conséquence, l'accompagnement du patient au palais de justice n'est pas envisageable au point de vue médical à ce jour ».

3.4.3 Le programme de soins.

L'établissement a élaboré une fiche intitulée « le programme de soins » avec une partie concernant sa définition et une autre, son contenu.

Il n'existe pas de fiche type élaborée par l'établissement. La feuille du programme de soins est signée par le praticien hospitalier qui l'a proposé. Sur certains de ces programmes la mention « le document sera transmis au patient » est indiquée mais le patient ne signe pas ; sur certains autres programmes de soins cette mention n'est pas indiquée et le patient ne signe pas.

A la suite de l'élaboration du programme de soins, le préfet prend un arrêté comportant quatre articles :

« Article 1 : La mesure de soins psychiatriques prononcée à l'égard de M. ... se poursuivra sous une autre forme que l'hospitalisation complète conformément au programme de soins ci-annexé qui prévoit....

Article 2 : Sous réserve de la levée de la mesure de soins psychiatriques par le préfet ou par le juge des libertés ou de la détention, la présente décision de prise en charge demeure valable tant qu'une autre forme de prise en charge ne lui est pas substituée par décision préfectorale prise sur proposition médicale sur la base d'un nouveau programme de soins.

Article 3 : En cas de nécessité, la prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète de M... peut faire l'objet d'une décision préfectorale sur la base d'une proposition médicale en application des dispositions de l'article L. 3211-11.

²⁵ UMD : unité pour malades difficiles ;

Article 4 : Le directeur des transports et de la protection du public, le directeur de l'établissement public de santé Maison Blanche-site Bichat..., sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution et de la notification du présent arrêté. »

Il est indiqué que « les voies et délais de recours se trouvent au verso ».

Au 17 novembre 2011, 139 programmes de soins ont été établis : 47 pour les patients en ASPDT et 92 pour les patients en ASPDRE.

Les contrôleurs ont examiné neuf programmes de soins :

- un daté du 5 août 2011 pour un patient en ASPDT entré le 23 février 2009 ; celui-ci bénéficie d'une consultation mensuelle au CMP, d'une poursuite d'un traitement médicamenteux, d'une intervention quotidienne d'une infirmière libérale au domicile ;
- un daté du 9 août 2011 pour un patient en ASPDRE entré le 13 avril 2010 ; celui-ci bénéficie d'une consultation mensuelle au CMP, d'un traitement injectable une fois par mois par les infirmières, d'un entretien infirmier mensuel, d'une résidence dans un hôtel ;
- un daté du 19 août 2011 pour un patient en ASPDRE entré le 25 novembre 2010 ; celui-ci bénéficie de traitement médicamenteux en CMP, d'une consultation mensuelle avec un psychiatre ;
- un daté du 22 août 2011 pour un patient en ASPDRE entré le 25 octobre 2007 ; celui-ci bénéficie d'une consultation avec un médecin une fois par mois et d'une rencontre toutes les quatre semaines au CMP avec le personnel ;
- un daté du 22 septembre 2011 pour un patient en ASPDT entré le 9 juin 2010 ; celui-ci bénéficie d'une consultation mensuelle avec un psychiatre, d'un traitement médicamenteux, d'un séjour en foyer de post-cure et d'une insertion en contrat à durée indéterminée dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ;
- un daté du 10 octobre 2011 pour un patient en ASPDT entré le 15 septembre 2011 ; celui-ci bénéficie de rendez-vous mensuels au CMP et d'un traitement médicamenteux ;
- un daté du 4 novembre 2011 pour un patient en ASPDRE entré le 9 juillet 2011 ; celui-ci bénéficie d'un traitement médicamenteux mensuel, d'un hébergement géré par le 115²⁶ dans l'attente d'une admission éventuelle à l'hôpital de nuit et de consultations auprès d'un praticien ;
- un daté du 4 novembre 2011 pour un patient en ASPDRE entré le 8 septembre 2011 ; celui-ci bénéficie de soins ambulatoires à son domicile, de consultations au CMP deux fois par mois et d'un traitement médicamenteux ;

²⁶ 115 : Samu social

- un daté du 7 novembre 2011 pour un patient en ASPDRE entré le 13 avril 2010 ; celui-ci bénéficie d'une consultation médicale bimensuelle, d'une dispensation mensuelle de traitement, d'activités quotidiennes au CATTP et de résidence dans un foyer de post-cure.

3.5 L'information sur la visite des autorités.

Durant l'année 2010 l'établissement a reçu les visites suivantes :

- le 9 mars 2010 : le premier substitut du procureur de Paris ;
- le 9 juin 2010 : le premier substitut du procureur de Paris ;
- le 29 juillet 2010 : le premier substitut du procureur de Paris ;
- le 24 novembre 2010 : le premier substitut du procureur de Paris et le juge des libertés de la détention ;

Durant l'année 2011 l'établissement a reçu les visites suivantes :

- le 30 mars 2011 : le premier substitut du procureur de Paris et le juge des libertés de la détention ;
- le 22 juin 2011 : le premier substitut du procureur de Paris ;
- le 3 août 2011 : le premier substitut du procureur de Paris ;

Le 16 novembre 2011, les contrôleurs étant présents sur le site et se sont entretenus avec les deux magistrats en visite : le premier substitut du procureur de Paris et le juge des libertés de la détention.

A chaque visite des visas sont portés sur les livres de la loi en cours et sur un registre dédié aux visites des différentes autorités.

3.6 La protection juridique des majeurs.

Le service des majeurs protégés de l'ensemble de l'établissement est constitué de cinq personnes : une responsable mandataire judiciaire titulaire du certificat national de compétence ayant prêté serment et quatre collaboratrices de catégorie adjoint administratif (dont une exerce son activité à 80 %). Il ne comporte ni adjoint au responsable ni secrétariat. Il a la responsabilité de la gestion de 195 mesures : 86 curatelles renforcées, 2 curatelles simples, 107 tutelles et 44 mesures de sauvegarde de justice médicales pour lesquelles il est chargé d'une gestion d'affaires. Depuis janvier 2011, il a transmis au procureur cinquante-et-une demandes de mesures de protection.

Pour assurer la gestion des revenus des majeurs protégés, le service procède, dans un premier temps, à un inventaire complet et demande tous les renseignements nécessaires au sujet du patrimoine de la personne intéressée avant de présenter le dossier à un juge des tutelles. Le jugement intervient dans les deux mois.

Le service remet au majeur placé sous sa protection une charte du majeur protégé et lui devrait remettre, après sa validation avant 2012, une notice d'information sur les dispositions des différents régimes de protection.

Le service a la responsabilité civile de l'exécution du budget de chaque patient protégé. Le principe est que, dans les trois mois un inventaire de tous les moyens du majeur protégé est effectué et chiffré avec le secours d'un commissaire priseur, que l'intéressé soit locataire, propriétaire ou copropriétaire. Sur cette base, un budget est établi en tenant compte des dettes éventuelles et présenté à l'approbation du juge.

Il effectue dans ce cadre les demandes de CMU complémentaire, de retraite et de renouvellement d'inscription auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il s'occupe des dossiers de surendettement et assure un suivi personnalisé de tous les dossiers. Il présente les demandes de renouvellement des mesures et le gestionnaire rend compte régulièrement du déroulement des mesures de protection à son chef de service et au juge.

Le gestionnaire de son dossier rencontre le majeur protégé et s'efforce de négocier avec lui sur la base de la confiance. Chaque gestionnaire assure, à tour de rôle, pour le service, la réception du courrier, son enregistrement, répond au téléphone et reçoit les télécopies (pour la gestion de l'argent de poche avec la régie).

Le budget établi permet de savoir combien d'argent le majeur peut retirer par semaine ou par mois. Tout transite par la trésorerie et il n'est pas possible de faire fonctionner le compte autrement. La trésorerie envoie une télécopie pour toute dépense afin qu'elle soit validée par système informatique ; elle donne les ordres de paiement permettant d'effectuer les dépenses. Chaque majeur protégé a son compte individuel auprès du trésor public pour permettre l'engagement de la dépense par le système informatique.

Pour les majeurs protégés hospitalisés, chaque structure de l'établissement a sa régie. Le patient doit avoir un bon transmis par télécopie par le service. La régie envoie par le même moyen le bon pour engagement informatique de la dépense qui doit être validée par la régie avant toute remise d'argent.

Il existe cinq sous-régies (une dans chaque structure).

Chaque majeur protégé dispose d'une carte de retrait plafonnée en fonction de ses ressources à la Caisse d'épargne utilisable chaque semaine ou à la quinzaine ou au mois selon la formule des sept jours glissants. L'avantage est de permettre au titulaire de se rendre auprès de n'importe quel distributeur dans toute la France. Mais la carte ne permet pas d'effectuer des paiements. Un problème apparaît lorsque le distributeur ne dispose pas des billets adéquats. Il faut alors que le patient se rende auprès du Trésor public pour pouvoir retirer de l'argent.

Tous les ans, les comptes relatifs à chaque majeur protégé sont envoyés, pour vérification par le magistrat au greffe de chacun des dix-sept tribunaux compétents.

Pour la tenue des comptes de gestion, auparavant le juge prenait une ordonnance de taxe pour paiement à l'hôpital. Désormais, il n'y a plus d'ordonnance de taxe et le paiement a lieu une fois par an. Les agents estiment que la loi devrait permettre un paiement par douzièmes avec une régularisation en janvier.

Un problème de régularisation peut se poser en cas de variation des ressources en plus ou en moins, si les sommes versées à l'établissement ont été supérieures à ce qu'elles auraient dû être. Les solutions n'ont pas encore été définies.

Une réforme des mesures de protection des majeurs est intervenue récemment. Elle institue une révision systématique des mesures au moins tous les cinq ans, sauf pathologies très graves qui justifieraient un délai plus long. De plus, toutes les mesures devront faire l'objet d'une révision avant la fin de 2012 sous peine d'être caduques. Les patients devront être vus systématiquement par le juge des tutelles avec leur tuteur ou curateur et le renouvellement de la mesure pourra être accordé pour neuf ans avec une possibilité de révision en cas d'évolution moyennant un certificat circonstancié d'un coût de 160 euros. Les patients pourront, toutefois, demander la mainlevée de la mesure dont ils font l'objet.

Les mesures prennent fin avec le décès du majeur protégé, mais également en cas de demande de changement de tuteur ou de curateur.

Le service peut être appelé à remplacer des associations ou des tuteurs privés dans la gestion des mesures de protection, soit à la demande des équipes de l'hôpital quand il est impossible de joindre les tuteurs ou de travailler avec eux, les médecins demandant alors une décision du juge à ce sujet, soit en cas de nécessaire réinscription du majeur sur les listes électorales. Certains dossiers ainsi récupérés ont fait apparaître des dettes impayées, des demandes de CMU non effectuées. Ces défaillances concernaient surtout des associations, mais aussi un cas de tuteur privé à qui cette qualité a été retirée parce qu'il ne faisait rien, ce qui avait conduit à la liquidation judiciaire d'une entreprise.

Il est prévu en 2012 l'élaboration d'une notice d'information sur les dispositions des différents régimes de protection.

3.7 La désignation d'une personne de confiance.

La désignation d'une personne de confiance qui doit se faire lors des premiers entretiens, à l'arrivée d'un patient est une pratique aléatoire et non systématique.

Les contrôleurs ont constaté qu'elle pouvait être proposée dans une unité d'un secteur et pas dans l'autre et qu'en tout état de cause la procédure ne faisait pas l'objet d'un protocole.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « la désignation d'une personne de confiance est précisée dans le guide d'utilisation du dossier. Des audits cliniques sur le dossier patient informatisé ont été réalisés ainsi qu'un accompagnement du DIM et de la Directrice des Soins ».

3.8 L'accès au dossier médical.

L'accès au dossier médical est un droit pour le patient pendant son hospitalisation ou après sa sortie et éventuellement pour ses proches en cas de décès. La procédure à suivre pour l'obtenir est identique à celle en vigueur dans tous les établissements.

La demande peut être présentée verbalement auprès du médecin responsable de l'unité concernée qui voit si et dans quelles conditions elle peut être satisfaite (communication intégrale ou partielle, sur place ou par courrier, directe ou par l'intermédiaire et avec la présence du médecin traitant).

Plus généralement, elle s'opère par écrit adressé au médecin responsable du service intéressé (qui procède à un premier examen de la demande et fait connaître son avis à la direction) ou directement à la direction de l'établissement (qui fait alors instruire la demande par les services compétents).

Si la demande émane de proches du patient (notamment, à la suite d'un décès, soit pour connaître les causes de la mort, soit pour défendre la mémoire du défunt), elle doit être accompagnée de documents officiels attestant des liens avec la personne décédée et de justificatifs de domicile pour l'envoi des documents par courrier recommandé avec demande d'avis de réception.

Dans le cas où la demande est jugée recevable, l'établissement dispose légalement d'un délai de huit jours s'il s'agit d'une hospitalisation datant de moins de cinq ans et de deux mois en cas d'hospitalisation plus ancienne.

Si la communication est refusée au patient ou à ses ayants-droit, les intéressés peuvent saisir, par l'intermédiaire de la direction, la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) qui émet un avis, après examen du dossier par un médiateur médecin ou non médecin selon les cas, soumis à la décision de la direction.

Si les demandeurs ne sont pas satisfaits de la décision prise, ils ont la possibilité de saisir les juridictions compétentes dont les coordonnées leur sont indiquées ainsi que la procédure à suivre pour ce faire.

En 2010, 119 demandes d'accès au dossier médical ont été enregistrées. Le chiffre était de 88 en 2006. Soixante-quinze demandes ont pu être honorées. Quarante ne l'ont pas été en raison d'un défaut de pièces justificatives ou de qualité, sept en raison d'une absence de dossier dans l'établissement (dont une perte certaine d'un dossier de plus de cinq ans) et deux en raison du fait que le patient ne souhaitait plus obtenir la communication de son dossier. Enfin, quatre dossiers étaient en attente de confirmation d'expédition.

Le délai moyen de communication du dossier qui était de vingt-et-un jours en 2008 et de quatorze en 2009, a été de seize jours en 2010. Pour les dossiers de moins de cinq ans, l'évolution a été, pour les mêmes années, de vingt en 2008, onze en 2009 et treize en 2010. Pour ceux supérieurs à 5 ans, ils sont passés de vingt-deux en 2008 à vingt-cinq en 2009 et à vingt-et-un en 2010.

En 2010, aucune saisine de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) par les patients n'a été enregistrée.

3.9 L'accès à l'exercice d'un culte.

L'accès à l'exercice d'un culte n'est pas aisé. Seul le culte catholique, par le biais d'une affichette, apposée à l'entrée, indique quand ses représentants peuvent se trouver dans l'établissement soit le mardi après-midi, sur demande auprès du personnel soignant.

Par ailleurs, une liste des numéros de téléphone des différents représentants des cultes (bouddhiste, catholique, israélite, musulman, orthodoxe et protestant) est également affichée à côté de la porte du poste infirmier de chaque unité. Les tentatives multiples d'appels de ces numéros n'ont pas permis de joindre les personnes intervenant théoriquement dans l'établissement :

- le numéro attribué au culte bouddhiste était, en réalité, celui de l'UNAFAM. ;
- le numéro du culte catholique était, en réalité, celui de la Fédération nationale des associations des usagers en psychiatrie (FNAPSY) dont le répondeur indiquait que les services pouvaient être joints du lundi au vendredi de 10h à 13h ; les appels téléphoniques tentés aboutissant invariablement sur un répondeur et restant sans suite ;
- le numéro du culte israélite ne pouvait être joint car constamment occupé ;
- au numéro donné pour le culte musulman, il n'y avait jamais personne ; il semblerait que les patients de cette confession doivent s'adresser à l'Hôpital Bichat ;
- le numéro du culte orthodoxe était toujours injoignable ;
- le numéro du culte protestant correspondait à celui d'un pasteur de Rosny-sous-Bois n'intervenant pas à Maison Blanche. Lors de l'entretien téléphonique, il a fait état de difficultés pour préparer les célébrations indiquant que l'action menée était peu assidue et comportait l'animation de groupes bibliques de partage, des kermesses et un service d'entraide, sans que ces activités soient particulièrement rattachées aux services de Maison Blanche XVIIIème.

Les personnes indiquées comme susceptibles d'intervenir se trouvaient parfois dans des lieux éloignés de l'établissement.

3.10 La commission départementale des soins psychiatriques.

Une procédure « commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) » a été mise en application en décembre 2008 et approuvée par le bureau qualité en février 2009. Elle décrit le fonctionnement et la composition de la commission et précise les adresses pour Paris et la Seine-Saint-Denis.

Un document intitulé « organisation des visites du procureur de la République, du juge des libertés et de la détention, et de la commission des hospitalisations psychiatriques », a été mis en application en janvier 2009 et validé par le bureau qualité en mars 2009.

Il décrit le rôle de chacun, la programmation et l'organisation des visites, la vérification de la tenue du livre de la loi et l'information des patients sur les voies de recours. A cet effet, il est précisé : « les patients dès leur admission doivent être informés de leurs droits de s'adresser par écrit aux magistrats et à la CDHP pour contester leur hospitalisation sous contrainte (HO-HDT). A cette fin, la notification personnelle de leur situation au regard de la loi doit être assortie de l'information sur les voies de recours possibles. Les informations et notifications des voies de recours sont transmises au patient par le médecin ou le personnel infirmier, qui lui fait signer le document et le retourne au secrétariat qui l'insère dans le dossier du patient ».

Les membres de la commission départementale des soins psychiatriques ont été désignés.

Le seul rapport de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) fourni aux contrôleurs concerne une visite à l'hôpital Maison Blanche Bichat en date du 14 octobre 2009.

Cinq membres de la commission étaient présents : le président, un représentant de l'UNAFAM, le premier vice-président du TGI de Paris et deux psychiatres, experts près la cour d'appel de Paris.

Un patient en HO a été entendu dans son service d'hospitalisation. La CDHP considère que « sous réserve de la décision des experts, ce patient pourrait bénéficier éventuellement d'une levée de son HO ».

Deux membres de la CDHP ont signé les livres de la loi. Plusieurs remarques ont été mentionnées dans le rapport :

- « le registre n'indique pas la mesure de protection du patient ;
- l'identité du tiers est recopiée sur le livre de la Loi. La demande du tiers est gardée dans un classeur avec la photocopie de la notification remise au patient ;
- en cas d'HDT signée par l'Administrateur de Garde ou l'Assistante sociale, ils doivent justifier de liens antérieurs avec le patient ;
- pour les certificats de 24 heures, la qualité de « psychiatre » doit être précisée ;
- les certificats de quinzaine et mensuels doivent être rédigés par des psychiatres ;
- les lieux de transfert des patients sont indiqués dans les livres de la Loi de même que les modalités de sortie (HL, etc.) et le lieu où le patient est suivi, CMP... ».

Lors de la vérification des registres de la loi, un membre de la commission a trouvé des demandes d'HDT faites par des tiers non qualifiés : administrateur de garde ou infirmier de garde du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA).

Lors de cette visite, les membres de la commission ne se sont pas rendus dans les services. Ils ont pu constater que « les patients en HL étaient hospitalisés dans des unités fermées à clé ».

3.11 La communication avec l'extérieur.

3.11.1 Les visites

Les visites ont lieu entre 14h et 18h30.

3.11.1.1 Les visites dans le secteur G 22.

Dans le secteur G22, les visites pour les patients admis à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat sont autorisées sur prescription médicale : le régime est fixé par le médecin référent dans le cadre des modalités quotidiennes de prise en charge, révisables journalièrement.

Lorsqu'elles sont autorisées, elles se déroulent dans un local dédié attenant à l'unité. Une affiche annonçant la visite du CGLPL figurait sur la porte d'entrée du local de l'unité Ribot. Les visiteurs doivent au préalable faire connaître leur identité à l'accueil au rez-de-chaussée ; un soignant, après avoir vérifié les consignes de visites, vient les y chercher et leur permet d'accéder au local.

Si nécessaire, la bibliothèque peut être mise à disposition lorsque plusieurs visites se déroulent en même temps. Elles sont interdites aux enfants de moins de 15 ans. Les visites ne sont pas autorisées dans les chambres. Un espace situé au rez-de-chaussée permet au patient, sur avis médical de recevoir ses enfants .

3.11.1.2 Les visites dans le secteur G 23.

A l'unité Bergeret, les visites se font dans un petit salon réservé à cet effet, séparé du service par une porte vitrée fermée à clé.

A l'unité Minuchin, les visites se déroulent dans des lieux divers : le salon des visites, au dans la chambre de la personne visitée ou sur les terrasses, et enfin, pour les patients qui sont autorisés à sortir de l'étage, à la cafétéria.

3.11.1.3 Les visites dans le secteur G 24.

Dans le secteur G 24, l'horaire le plus fréquemment énoncé a été celui de 13h30-18h. Les visites peuvent se dérouler dans la salle prévue à cet effet en face des portes des ascenseurs extérieurs au service, à la cafeteria si le patient est autorisé à s'y rendre ou dans la chambre du patient. C'est cette dernière solution qui est la plus utilisée : elle autorise en sus un contact entre l'équipe soignante et les visiteurs des malades.

3.11.2 Le téléphone.

Dans le secteur G22, de manière générale, les communications téléphoniques ne sont autorisées que sur prescription médicale. Dans chaque unité, un poste téléphonique mural à cartes a été installé dans le couloir. Il comporte un numéro direct entrant, figurant sur le poste ou sur une affiche murale, auquel les patients peuvent être rappelés. La configuration des lieux ne permet aucune intimité à la conversation.

Au sein de l'unité Charcot, deux fauteuils sont installés sous la cabine téléphonique, ce qui constitue un confort pour l'appelant mais une nuisance pour ce qui est de la confidentialité de sa conversation téléphonique. Lors du contrôle, les deux fauteuils étaient le plus souvent occupés par les patients.

Au sein de l'unité Ribot, le poste téléphonique se trouve juste à côté de la porte du bureau des infirmiers sans possibilité de s'asseoir. La conversation est nécessairement entendue par le personnel présent dans le bureau.

En outre, le poste téléphonique du bureau infirmier peut être utilisé l'après-midi, en présence d'un soignant, lorsque les patients ne disposent pas de carte ou pour effectuer des formalités administratives.

Les téléphones portables sont systématiquement retirés aux patients lors de l'inventaire d'admission et ce quel que soit le statut sous lequel ceux-ci sont hospitalisés. Pour des raisons alléguées de sécurité et de respect de la vie privée (fonction photo des téléphones portables), ils sont conservés dans une boîte d'archives cartonnée ou plastifiée dans un local fermant à clé attendant au bureau infirmier, pour ce qui est de l'unité Charcot, et dans une armoire à portes coulissantes, dont un des battants ne coulisse pas, dans le bureau infirmier, pour ce qui est de l'unité Ribot. Les patients autorisés ont accès, sur demande au cadre de santé, à leur téléphone portable uniquement l'après midi sur une plage horaire de deux heures à Charcot et de trois heures à Ribot.

Les patients peuvent récupérer leur téléphone lors de leurs sorties. Ils peuvent les recharger dans le bureau infirmier. Les *i-phones* sont systématiquement retirés à l'admission et gardés dans le bureau du cadre de santé.

Dans le secteur G 23, à l'unité Bergeret, la privation du téléphone portable est systématique, dès l'entrée et en général pour toute la durée du séjour. Le téléphone portable des patients est consigné dans la bagagerie, éventuellement accessible à certaines heures de la journée pour consulter ses appels ou en recevoir, selon la prescription médicale. Il existe une cabine à carte dans le couloir de l'unité.

Dans l'unité Minuchin, la détention de téléphones portables est prohibée hors, pour certains, la consultation des SMS en fin d'après-midi de 17h à 19h, en présence d'un soignant. Les communications téléphoniques lorsqu'elles sont autorisées sont faites à partir d'un téléphone à cartes situé en bout d'un couloir ou en utilisant la ligne administrative dans le bureau infirmier.

Dans le secteur G 24, les patients détenteurs d'un portable ont la possibilité de l'utiliser tous les jours entre 17h et 19h. Un poste de téléphone à cartes est à disposition de ceux qui en seraient dépourvus et l'utilisation de la ligne administrative du service est également possible.

3.11.3 Le courrier.

Le service courrier est assuré quotidiennement. Le courrier au départ transite par le secrétariat des unités. Il est ensuite déposé dans une boîte postale au rez-de-chaussée. Le courrier scellé n'est pas ouvert. Du papier et une enveloppe sont mis à la disposition des patients sur demande au cadre de santé. Une discussion peut, le cas échéant, s'engager sur le destinataire du courrier et son objet. La justification invoquée est de protéger le patient contre une correspondance inopportune (courrier à l'employeur par exemple).

3.11.4 L'informatique et l'accès à l'internet.

Dans le secteur G 22, les ordinateurs portables sont retirés au patient lors de son admission et conservés dans le bureau du cadre de santé. Ils sont inaccessibles pendant toute la durée de l'hospitalisation sauf ponctuellement et moyennant décharge au sein de l'unité Ribot. La politique de l'unité Charcot est plus restrictive en raison de vols récents d'effets personnels.

Tous les bureaux du personnel soignant sont équipés d'un accès à internet. La salle d'ergothérapie dispose d'un poste informatique et d'un accès à internet qui peut être ponctuellement mis à disposition des patients pour des démarches administratives. L'usage de ce poste informatique peut aussi entrer dans le cadre d'activités d'ergothérapie telles que l'apprentissage du traitement de texte.

Dans **l'unité Bergeret**, Il n'existe pas de poste informatique dédié aux patients. Au jour de la visite, l'une des fiches « modalités quotidienne de prise en charge » mentionnait expressément la possibilité d'accéder à internet. Cet accès, nécessairement limité, se faisait sur l'un des postes de travail en compagnie d'un soignant.

3.12 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et des textes réglementaires subséquents, le conseil de surveillance de l'établissement a, par délibération du 21 juin 2010, arrêté la composition de la CRUQPC :

- une conseillère technique, présidente ;
- un médecin (et un suppléant) médiateur médical ;
- un médiateur non médecin (et un suppléant) médiateur non médical ;
- un représentant des usagers (UNAFAM) et un suppléant ;
- un représentant des usagers (FNAPSY) et un suppléant.

Ont été également nommés membres :

- un représentant de la CME ;
- un représentant de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ;
- un représentant titulaire du comité technique d'établissement (CTE) et un suppléant ;
- un représentant titulaire du conseil de surveillance et un suppléant.

La commission s'est réunie quatre fois en 2010 : 5 février, 19 mars, 29 juin et 4 novembre.

Elle a enregistré soixante-huit réclamations en 2010 contre cinquante-cinq en 2005. Plus que d'une augmentation de l'insatisfaction, cette augmentation pourrait être due à une plus grande incitation des patients à s'exprimer. Les principaux sujets de réclamations portaient sur :

- des problèmes de prise en charge (dix-huit cas) concernant des questions relatives au traitement médical, à des sorties de patients estimées précoces et à des demandes d'hospitalisation ;

- des vols, pertes ou détériorations de biens (quatorze cas) ;
- des problèmes relationnels (onze cas) ;
- les modes d'hospitalisation (huit cas).

Le nombre de réclamations relatives à l'hôtellerie et la restauration a fortement diminué, contrairement à celles relatives aux modes d'hospitalisation (souhait de levées d'HO/HDT) et à la prise en charge.

S'agissant de la réponse aux réclamations, si un courrier d'attente est systématiquement envoyé à l'utilisateur dès réception de sa demande, le délai moyen de réponse aux réclamations qui était de 28 jours en 2007 et n'était plus que de 11,6 jours en 2009 est passé à 14 jours en 2010 en raison de la nécessité trop fréquente de relancer les services pour obtenir d'eux des éléments de réponse.

Une seule médiation a été demandée en 2010 à propos du désaccord d'un père avec le traitement médical prescrit à son fils.

Le nombre de contentieux enregistrés en 2010 n'a été que de trois et un précontentieux.

Par ailleurs, la direction a reçu trois témoignages de satisfaction en 2010. Il y en avait eu huit en 2009.

Pour mesurer le degré de satisfaction des patients, des questionnaires de satisfaction leur sont remis avec le livret d'accueil à remettre, remplis, au moment de leur départ. Le nombre de ces questionnaires rendus est faible. De 91 en 2005, il est passé à 110 en 2006, à 84 en 2007, à 239 en 2008, à 457 en 2009 et à 472 en 2010. Si l'on rapporte ce chiffre à celui des patients ayant été hospitalisés, le taux de retour, d'environ 9,5 %, permet de n'avoir qu'une vision restreinte des résultats de la politique menée en faveur d'une amélioration constante de la qualité.

Pour l'année 2010, le bilan des questionnaires fait apparaître une baisse de satisfaction à propos de la prise en charge des douleurs apparues durant le séjour, d'une insuffisance des propositions d'activités au sein du service, de l'impossibilité de recevoir des visiteurs dans de bonnes conditions, de la mauvaise qualité des espaces communs et de l'insuffisante prise en charge sociale des patients.

En revanche, une amélioration est notée quant à la disponibilité des infirmières et des médecins, aux informations données sur l'état de santé et le traitement prescrit, à la prise en compte de la douleur (mais à un niveau assez bas), aux délais d'attente du patient à son arrivée, à la présentation des locaux, au respect de l'intimité et de la confidentialité des communications, à l'information sur les droits et voies de recours et aux repas (en quantité et en qualité).

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « en 2010 : 32 % des patients déclarent avoir eu des douleurs contre 23 % en 2009. En revanche, 34 % déclarent que leur souffrance a été prise en compte contre 23 % en 2009 ».

3.13 L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).

Le représentant des usagers rencontré par les contrôleurs appartient à l'UNAFAM.

Il a souhaité aborder plusieurs points :

- la circulation des patients admis en hospitalisation libre qui est très restreinte. A ce sujet il a fourni aux contrôleurs un courrier en date du 2 février 2010, adressé à la directrice de l'EPS Maison Blanche, à l'attention des membres de la CRUQPC. Ce document fait référence aux recommandations du 18 juin 2009 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives au centre hospitalier Esquirol de Limoges (Haute-Vienne) ;
- l'absence de traçabilité des mesures d'isolement et de contention. Il a reçu des plaintes de familles sur la durée de ces mesures ;
- les familles se demandent si les locaux sont adaptés à la gestion de patients difficiles et si l'envoi de ce type de patients en unité pour malades difficiles n'est pas parfois prématuré et lié au mode de prise en charge dans des locaux inappropriés ;
- l'UNAFAM s'intéresse à l'application de la loi du 5 juillet 2011. Pour l'ensemble de l'établissement Maison Blanche, les chiffres communiqués à l'association sont les suivants : entre le 1^{er} août 2011 et le 22 octobre 2011, 233 patients ont été convoqués, 164 patients ont été présentés à une audience du juge des libertés et de la détention et soixante-six patients n'ont pu se rendre à l'audience pour un motif médical. Le représentant des usagers indique que « le contact avec la justice est mal perçu par les malades » ;
- le manque d'activités proposées aux patients est souligné, notamment pendant les vacances et les fins de semaine ;
- les relations entre les usagers et le CHS sont décrites comme « excellentes ».

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION.

4.1 Eléments communs à tous les secteurs.

4.1.1 Le règlement intérieur.

Le règlement intérieur de l'établissement comporte deux volets : le premier est daté d'avril 2006 et le second de juillet 2007.

Le premier document traite, après un préambule, des dispositions relatives :

- aux modalités d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation sans consentement ou hospitalisation des mineurs) ;
- aux conditions de séjour et aux droits et devoirs des personnes hospitalisées, y compris en cas d'hospitalisation sans consentement ;

- aux procédures de sorties temporaires et définitives (hospitalisation libre ou sans consentement et dispositions générales applicables en cas de sortie de toutes les personnes hospitalisées) ;
- à la publicité du règlement intérieur qui est consultable par toute personne intéressée au sein de chaque unité de soins, auprès de la direction générale et de la personne chargée des relations avec les usagers.

Un résumé du règlement intérieur est affiché au sein de chaque unité de soins.

Le second document est consacré à l'organisation générale de l'établissement : organisation administrative et managériale, instances consultatives et instances spécialisées, fonctionnement médical et organisation des soins, procédures d'approbation et de modification du règlement intérieur.

4.1.2 La restauration.

Le service de restauration de l'établissement est confié à un prestataire extérieur, la Sodexo. Le cahier des charges prévoit un cycle de menus de huit semaines combiné avec deux périodes : l'été et l'hiver. Le dispositif n'est pas figé mais les patients qui restent longtemps dans l'établissement peuvent parfois ressentir une certaine lassitude à ce sujet.

Une diététicienne participe à l'élaboration des menus. Un programme semestriel est arrêté par la commission des menus. Quand le régime alimentaire d'un patient pose un problème, la diététicienne propose un régime adéquat. Elle définit les quantités de nourriture en fonction du nombre de lits et les équipes soignantes les réajustent au jour le jour.

Pour les menus particuliers, le logiciel nominatif des repas est renseigné en fonction des informations communiquées par le patient à propos d'une demande de repas sans porc, ou kasher (nombre de plats disponibles souvent limité) ou végétarien. Il n'existe pas encore de filière halal bien que le nombre de demandes, quoique faible, est en progression. L'établissement étudie le problème avec le prestataire mais, pour le moment, la seule solution existante est le rôti de dinde ou le repas sans viande.

Les livraisons de repas par le prestataire se font à J-1. Les repas ainsi livrés font, le lendemain, l'objet d'un contrôle à 7h30 avant d'être acheminés vers les offices de chaque étage.

La livraison à J-1 permet, en cas de problème, de prendre des denrées dans le stock d'épicerie de secours, notamment pour des repas kasher ou des repas de secours.

Tous les jours, le pain est livré à 4h30, réceptionné à 7h et distribué dans les étages à 7h30.

Les vérifications des livraisons sur l'alimentation sont effectuées à la réception : horaires, quantités, étiquetage des produits. Un contrôle de la qualité est opéré par les soignants. Des tests de qualité des repas sont effectués, chaque trimestre, avec le prestataire, dans une unité. Et, une fois par an, à l'initiative du prestataire, une réunion est organisée pour que puissent être exprimées les attentes des patients et des soignants. Chaque année, également, une démarche qualité est effectuée afin de faire un bilan annuel et fixer des objectifs communs avec le prestataire.

Pour l'épicerie, une dotation hebdomadaire est attribuée à chaque étage pour les petits déjeuners et les gobelets jetables pour les patients placés dans les chambres d'isolement.

Le service considère que la situation est encore perfectible mais s'améliore nettement depuis 2005. La qualité de la viande est meilleure, les fruits sont plus nombreux. Les menus font l'objet d'animations à thèmes (notamment géographiques) et festives qui sont très appréciées des patients. Des actions particulières sont menées à l'occasion de la semaine du goût en liaison avec les recommandations du Programme Nature et des repas améliorés sont servis notamment à l'occasion de Noël.

Le coût d'un menu ordinaire est de 4,20 euros auquel s'ajoute le coût du pain et celui du beurre.

Le petit déjeuner comporte du jus d'orange, des petits pains variés, du beurre, de la confiture, du miel, du thé, du café ou du chocolat et le goûter, des viennoiseries.

Les repas sont servis vers 8h pour le petit déjeuner, 11h30-12h pour le déjeuner et 19h pour le dîner.

L'indice de satisfaction des patients, compte tenu des réclamations formulées au sujet de la restauration dans l'établissement (cf. § 3.12 ci-dessus), a cru sensiblement, tant pour la qualité (63 % de satisfaits en 2010 contre 57 % en 2009) que pour la quantité (81 % de satisfaits en 2010 contre 74 % en 2009).

La CRUQPC et le comité liaison alimentation nutrition (CLAN) suivent activement l'action menée en matière de restauration.

Trois agents hôteliers disposent de six armoires réfrigérées (une par étage) et de deux armoires de secours pour entreposer la nourriture livrée. Elles sont toujours nettoyées après les livraisons, de même que les paillasses et éviers en inox des locaux de stockage.

Le jour de la visite, trois types de plats étaient disponibles : hachis Parmentier, penne sauce bolognaise et un repas kacher (poulet basquaise).

4.1.3 La blanchisserie.

Le blanchissage du linge de l'hôpital a été confié à la société *Elis* qui livre le linge propre trois fois par semaine : le lundi, le mercredi et le vendredi matin. Il est reçu au sous-sol, compté et rangé par secteur. Parallèlement, chaque secteur présente ses demandes complémentaires. Le linge fait l'objet du même type de fiches que les produits d'épicerie. Celles-ci sont tamponnées, après vérification, au niveau de chaque étage.

Les produits d'hygiène corporelle ainsi que les produits d'entretien et de vaisselle, qui font l'objet du même type de fiche, sont livrés, une fois par semaine, le lundi, avec le linge.

Les tenues professionnelles (environ 250 actuellement) sont livrées en même temps que le linge propre. Elles sont classées par ordre alphabétique et distribuées aux agents qui en attestent réception par une signature.

Une fois les vérifications effectuées, un inventaire est dressé trois fois par semaine afin de pouvoir passer, le cas échéant, par la voie informatique, la commande à *Elis*.

Un logiciel *Elis* concerne les tenues professionnelles qui sont chacune dotées d'un code barres dans un souci de traçabilité maximale.

On note, à propos des pyjamas, que l'hôpital a une bonne connaissance des entrées mais pas des sorties. L'établissement se trouve parfois dans une situation de pénurie. Le recours aux pyjamas jetables pourrait constituer une solution mais l'hôpital manquerait de moyens pour cela.

Le linge personnel est lavé au niveau de chaque étage qui dispose de machines à laver à cette fin.

Le linge donné au lavage est placé, selon sa nature, dans des sacs de couleurs différentes accompagnés de fiches.

4.1.4 Les activités communes.

L'organisation d'activités s'avérerait difficile en semaine car les patients seraient alors occupés par ailleurs, selon les dires du personnel. Elles ont donc lieu de préférence le weekend ou bien les jours fériés. Des groupes sont organisés à cet effet. Les domaines d'activités organisées sont au nombre de cinq, dont certains n'étaient encore qu'en projet au moment de la visite.

Depuis plus d'un an, à chaque étage et avec le concours de médecins et de personnels infirmiers volontaires, tous les dimanches après-midi, des activités de **pâtisserie** sont organisées dans l'office de l'étage après que, la veille ou le jour-même, des patients ont été associés à l'achat des denrées nécessaires à l'extérieur de l'établissement. Des gâteaux sont confectionnés et consommés ensuite lors d'un goûter. Un groupe constitué par des soignants joue de la musique à cette occasion et les personnes présentes peuvent danser.

Un projet de **bibliothèque** est en cours de mise au point. Un membre du personnel ayant beaucoup de livres en a apporté à l'hôpital et l'idée de créer une bibliothèque au 5^{ème} étage a pris corps. Le personnel a entrepris l'écriture d'un projet et une réflexion sur l'organisation et le fonctionnement d'une bibliothèque et opéré un tri des livres disponibles. Un meuble a été récemment commandé pour être installé dans la salle de télévision afin de recevoir les ouvrages. Les patients pourront venir à la bibliothèque le mercredi, le samedi et le dimanche et emprunter des livres pour une semaine. Les personnes à l'origine du projet espéraient que l'activité pourrait démarrer en janvier 2012.

Une activité de **jardinage** existe également dans plusieurs unités et se développe surtout aux beaux jours. Elle se développe dans des bacs installés sur une terrasse. Des plants de tomates, des plantes vertes et des plants de fleurs sont achetés et cultivés quand c'est la saison. Les patients y sont très attentifs et pratiquent des arrosages réguliers. Au moment de la visite, le « jardin » était saisonnièrement, en repos.

Un projet de **salon d'esthétique**, à implanter aux 4^{ème} et 5^{ème} étages, qui serait ouvert aux patients le mercredi après-midi et pendant la fin de semaine était également en cours de réalisation pour un démarrage prévu au début de l'année 2012. Le budget nécessaire était évalué à 300 euros pour le matériel et à 50 euros par mois pour le fonctionnement. Pour pouvoir rester dans ces limites, des meubles devaient être récupérés à Neuilly-sur-Marne et, pour obtenir les produits nécessaires, le personnel chercherait à collecter le maximum d'échantillons dans les parfumeries. Une sous-régie était prévue par secteur avec un plafond de 300 euros par mois. Une formation de médiateur corporel et d'approche du corps était prévue pour la personne qui serait chargée du salon.

Enfin, une grande **fresque** très colorée (triptyque sur le thème de la mer) a été réalisée, dans le couloir d'un étage par les médecins, les soignants et des patients qui sont très fiers de pouvoir contempler la part de l'œuvre (le plus souvent un poisson plus ou moins bien représenté) qu'ils ont peinte et qui est destinée à en témoigner pour longtemps.

4.1.5 Les soins somatiques.

Le service de soins somatiques est situé au rez-de-chaussée du bâtiment. L'équipe du site ²⁷ comprend un médecin généraliste, praticien hospitalier à temps plein, un infirmier et une secrétaire, chacun disposant d'un bureau.

La continuité des soins est assurée sous la forme d'une permanence téléphonique tous les jours de l'année et 24h/24 pour tous les sites de Maison Blanche. Il s'agit d'une aide au diagnostic et éventuellement au traitement pour l'interne en psychiatrie et le psychiatre de garde. Elle est assurée par l'ensemble des médecins du service de Maison Blanche.

Le médecin généraliste intervient du lundi au vendredi dans les trois secteurs de psychiatrie sur demande des psychiatres.

Il ne voit pas systématiquement les patients, ni à leur admission, ni durant leur placement dans les chambres d'isolement : ces évaluations somatiques peuvent être effectuées par les internes en psychiatrie.

Le médecin généraliste n'est pas systématiquement informé du placement des patients en chambre d'isolement ou en chambre sécurisée, ni de la durée de ces placements. Il considère que « ce sont des situations à risque sur le plan somatique, notamment au-delà de 48 heures, nécessitant une évaluation somatique ».

Les consultations ont lieu le plus souvent au lit du patient. Le médecin évalue leur état somatique, fait le bilan de leurs consommations d'alcool et de tabac, leur propose de mettre à jour leurs vaccinations. Pour effectuer le suivi gynécologique et aborder le problème de la contraception, les examens se déroulent dans le bureau situé au rez-de-chaussée.

²⁷ Le service de soins somatiques de Maison Blanche comprend quatre praticiens hospitaliers de médecine générale et un assistant spécialiste placés sous la responsabilité d'un chef de service basé sur le site de Neuilly-sur-Marne.

Pour le suivi des patients qui présentent une pathologie chronique, deux situations peuvent se présenter : le patient peut continuer à être suivi par son spécialiste libéral ou dans un autre établissement de santé ou bien, si le problème est urgent, une demande de rendez-vous sera prise à l'hôpital Bichat.

Une convention a été signée entre les deux établissements de santé (Bichat et Maison Blanche). Elle concerne le service des urgences, le laboratoire et l'imagerie. Des rencontres sont organisées avec les praticiens des services de cardiologie, de gynécologie et de rééducation fonctionnelle.

Des praticiens des services de cardiologie, diabétologie et dermatologie se déplacent dans la structure. Les relations avec les urgences sont décrites comme « bonnes ». Lorsqu'une réunion clinique avec étude de cas a lieu dans ce service, le médecin généraliste y assiste.

Pour la neurologie, les consultations ne s'effectuent pas à Bichat mais au CHU Saint-Antoine, au CHU Pitié-Salpêtrière ou au centre médical Europe.

Le secrétariat prend les rendez-vous dans les différentes spécialités. A titre d'exemple, un patient pourra obtenir (hors urgence) un scanner dans un délai de huit à dix jours et une IRM en quinze jours.

Les patients sont toujours accompagnés dans les différents services par un aide-soignant, y compris dans les locaux du rez-de-chaussée.

Il a été indiqué aux contrôleurs que « les patients psychotiques, même porteurs d'une pathologie chronique n'avaient pas de médecin généraliste traitant, pour 60 % d'entre eux. Ceux qui en ont déclaré un à l'assurance maladie sont souvent incapables de donner son nom ».

En cas d'urgence vitale, une équipe du service de réanimation se déplace dans les unités de soins. Il existe un défibrillateur dans chacune d'elles.

4.1.5.1 La pharmacie.

Les locaux de la pharmacie sont situés au sous-sol du bâtiment.

L'équipe de la pharmacie est constituée sur le site²⁸ d'un praticien hospitalier à temps plein et de deux préparateurs en pharmacie.

Il existe une seule pharmacie à usage intérieur pour toutes les structures sur le site d'Hauteville (siège de l'unité d'hospitalisation du 10^{ème} arrondissement de Paris), les autres étant des annexes.

Une commande est effectuée tous les mardis avec une possibilité de complément le vendredi.

²⁸ L'équipe de la pharmacie comprend 3,5ETP de pharmaciens et 3ETP d'attachés.

Les prescriptions sont informatisées sur le logiciel *Pharma*. Le pharmacien valide toutes les ordonnances. En cas d'absence, un pharmacien d'un autre site assure le fonctionnement du service.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles est organisée régulièrement : la dernière a eu lieu à la mi-octobre en présence, notamment des psychiatres responsables des secteurs. Il a été décidé une modification du logiciel qui sera mise en œuvre en 2012.

Les piluliers sont confectionnés par les équipes de nuit, à l'exception des gouttes qui sont préparés trente minutes avant leur administration.

Une fois par semaine ou tous les quinze jours, une rencontre a lieu entre le pharmacien et le médecin généraliste à propos des ordonnances qui posent problème.

« Il existe de bonnes relations entre la pharmacie, les psychiatres et les cadres de santé ».

4.1.5.2 Le laboratoire.

Il existe une convention entre l'EPS Maison Blanche et le laboratoire du CHU Bichat.

Les résultats des examens de laboratoire sont donnés sur papier. Il existe une connexion avec le logiciel interne de l'établissement « *Cortexte* ». En cas d'urgence, le service concerné est contacté par téléphone.

4.1.6 Le comité de lutte contre la douleur

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) a été créé dans l'établissement en 2007. Il est présidé par le médecin généraliste. Il a été indiqué aux contrôleurs que les « référents douleur » ont eu des difficultés à se mettre en place dans les unités de soins et ne sont identifiés que depuis peu.

Une « équipe opérationnelle douleur » a été créée en septembre 2011. Ses membres se rendent sur tous les sites à des dates définies ou à la demande des secteurs. La première visite a eu lieu en octobre 2011 sur l'unité d'hospitalisation des secteurs du 20^{ème} arrondissement de Paris.

Un des objectifs du CLUD est d'améliorer la traçabilité de l'évaluation de la douleur. Il existe une fiche papier d'évaluation et dorénavant cette donnée fait partie des transmissions ciblées du dossier infirmier informatique.

Un contrat d'engagement de prise en charge de la douleur se trouve dans le livret d'accueil remis aux patients lors de leur admission.

4.1.7 Le service de nuit

L'organisation du service de nuit intègre les cinq sites parisiens d'hospitalisation de Maison Blanche, à l'exception de structures particulières à dimension modeste, tel est le cas sur le site de Maison Blanche 18^{ème} de l'unité d'hospitalisation de nuit du secteur 75 G 23.

Un cadre supérieur de santé, rattaché à la direction des soins en a la responsabilité. Pour organiser l'ensemble des services, il dispose de 170 personnels répartis en 2/3 d'infirmiers et 1/3 d'aides-soignants et de huit cadres de santé dont deux faisant fonction.

Le recrutement est celui de personnels expérimentés. Un poste de nuit n'est pas offert à un jeune diplômé. Le choix est fait parmi les personnels qui sont en place dans les différentes structures de Maison Blanche. Les personnes sont recrutées en théorie pour une période de deux années qui est de fait tacitement reconduite, faute de candidats, à l'exception de ceux qui peuvent avoir rencontré des difficultés professionnelles dans l'exercice particulier du travail de nuit.

Pour Maison Blanche 18^{ème}, l'effectif théorique des personnels est de trente-quatre ETP, le nombre disponible au moment du contrôle était équivalent à trente ETP. Pour tenter de combler ce déficit un « flyer » a été élaboré, il fait connaître le recrutement recherché d'un infirmier de nuit pour le secteur et invite les éventuelles personnes intéressées à contacter le directeur coordonnateur des soins en spécifiant le numéro de téléphone de celui-ci. Ce document d'information et de communication est remis aux personnes exerçant en service de nuit afin qu'elles le déposent auprès des commerçants de leur quartier de résidence.

Pour combler le déficit existant en attendant les recrutements espérés, il est fait appel à des personnels qui travaillent en heures supplémentaires et si cela ne suffit pas à du personnel intérimaire. Les agents qui travaillent en heures supplémentaires peuvent avoir pour origine les équipes de nuit de tous les secteurs de Maison Blanche et aussi des personnels qui officient habituellement en service de jour et qui souhaitent faire des heures supplémentaires dans le cadre d'un service de nuit.

A titre de constat, pour la période allant du 13 au 18 novembre soit six nuits, il a été fait appel quinze fois à des soignants en heures supplémentaires, soit 25 % des effectifs nécessaires au fonctionnement des services.

Les horaires de nuit sont différents selon les unités : deux de celles-ci ont une période nocturne de douze heures, les trois autres de dix heures. Dans chaque unité il est constitué un binôme qui comprend au moins un infirmier ; dix professionnels sont donc nécessaires pour assurer chaque nuit le service. Il est essayé de fidéliser les soignants sur l'un des étages mais les problématiques d'effectif des personnels rendent souvent vain ce souhait. A travers les échanges, il a été porté à la connaissance des contrôleurs que cela n'était pas forcément une difficulté dans la prise en charge des malades. « Si la stabilité relationnelle est un gage de sécurité pour ceux-ci, la rencontre avec des soignants autres est aussi une possibilité de rupture et de stimulation qui peut être salutaire ».

L'organisation du lien service de jour-service de nuit ne comprend pas de temps de passage de consignes. Celui-ci dépend de la pratique volontaire de la majorité des soignants qui anticipent leur arrivée et retardent leur fin de service pour échanger sur les quelques situations particulières que peuvent connaître les services. Il a été fait état de l'existence de cahier de consignes sans que leur réalité ne soit apparue certaine. Le dossier individuel du patient demeure l'outil majeur de transmissions.

Les règles de vie, bien souvent non écrites, diffèrent selon les unités. Pour les personnels de nuit, naviguer de fait au rythme de l'organisation de leur service d'une unité à l'autre, demande des capacités d'adaptation. L'exemple le plus éloquent est celui de la gestion du tabac : fumer est totalement prohibé dans une unité, c'est une liberté dans d'autres. L'heure du coucher, l'accessibilité à la salle de télévision sont laissées à l'appréciation des personnels de nuit, selon l'identité de ceux-ci la pratique peut être d'une nature différente.

Un cadre de santé est, suivant les soirées, soit présent sur le site, soit joignable par téléphone.

La lecture du cahier des admissions a permis aux contrôleurs de noter une moyenne d'hospitalisation de nuit de un à deux malades.

L'ouverture et la fermeture des portes du bâtiment à partir de 22h sont gérées par un membre d'un service privé de sécurité, qui prend place dans le bureau d'accueil de l'hôpital. Toutes les trois heures, celui-ci effectue une ronde de sécurité dans l'ensemble de la structure.

4.2 Analyse détaillée par secteur.

4.2.1 Le secteur 75 G 22.

Le secteur G 22 assure la prise en charge des patients habitant le Nord-Ouest de l'arrondissement. Il dispose d'un centre médico-psychologique (CMP), d'un centre de jour et d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) situés à proximité immédiate du bâtiment d'hospitalisation des secteurs.

Il comprend deux unités : l'unité Charcot et l'unité Ribot.

Tous les patients hospitalisés dans les deux unités avaient reçu l'affichette annonçant la visite des contrôleurs.

4.2.1.1 Eléments communs aux deux unités

Certains éléments du dispositif du secteur intrahospitalier sont communs aux deux unités :

- le cadre supérieur de santé ;
- le secrétariat, installé au troisième étage ;
- la chambre d'isolement et les deux « chambres sécurisées », situées au sein de l'unité Charcot ;
- les admissions des patients se font indifféremment dans l'unité Charcot ou Ribot, en fonction des lits disponibles. Toutefois, si un patient est admis en ASPRE, il ira prioritairement à Charcot, du fait de la présence des chambres d'isolement et sécurisées. Cependant le jour de la visite des contrôleurs, cinq patients en ASPRE étaient à Charcot et quatre à Ribot ;

- tous les matins une réunion de transmissions a lieu de 9h30 à 10h en présence des médecins, des internes, de la psychologue, de l'assistante sociale dans chaque unité ;
- le jeudi matin a lieu la réunion clinique hebdomadaire avec présentation vidéo du cas d'un patient (avec son accord) ;
- la « grande visite au lit des patients » avec l'ensemble de l'équipe médicale, le psychologue, le psychomotricien, les cadres de santé, l'assistante sociale, l'ergothérapeute et les infirmières qui a lieu le mardi matin de 10h30 à 12h, une semaine sur deux dans chacune des deux unités ;
- la réunion du premier et troisième lundi du mois pour évoquer le cas des entrants ;
- l'absence de réunion soignants-soignés ;
- le mi-temps de présence de la psychomotricienne réparti sur les deux unités ;
- les activités de groupe d'ergothérapie et de psychomotricité, communes aux deux unités et effectuées au sein de l'unité Charcot dans les salles dédiées.

4.2.1.2 L'unité Charcot.

L'unité se trouve au troisième étage du bâtiment. Elle comprend vingt chambres individuelles, deux chambres doubles, une chambre d'isolement et deux chambres sécurisées dont l'une était hors service le jour de la visite des contrôleurs.

a. *Les locaux.*

L'unité est fermée. On y accède par trois ascenseurs

L'un d'entre eux, réservé aux personnels et aux malades accompagnés, dessert directement le service. Il nécessite pour son utilisation la détention d'un badge qui n'est confié qu'aux membres du personnel. Deux autres ascenseurs débouchent sur un palier, en dehors de l'unité proprement dite, qui est séparé de cet espace par une baie vitrée et une porte fermée à clef. Une sonnette permet de signaler sa présence et d'alerter les membres du personnel en poste à l'étage du souhait de pénétrer au sein de l'unité. Les parents et amis des personnes hospitalisées utilisent un de ces deux ascenseurs pour visiter les malades. Ces derniers empruntent également ceux-ci pour se rendre à la cafétéria ou sortir de l'hôpital lorsqu'ils bénéficient d'autorisations de sortie non accompagnées par un personnel soignant. Si la fonction descente de l'ascenseur ne nécessite pas la détention d'un badge, pour la montée, il faut par contre solliciter une des personnes qui est à l'accueil au rez-de-chaussée pour ouvrir la porte d'accès et sélectionner l'étage d'arrivée.

Un couloir distribue les locaux de l'unité. Ils comprennent **d'un côté** :

- un salon de visites, accessible directement après le hall d'entrée, sans pénétrer dans l'unité. D'une surface de 14 m², il est équipé de cinq fauteuils, d'un fauteuil relax (destiné à l'équipe de nuit), d'un ventilateur et d'une plante décorative constituée de fleurs séchées. Une paroi vitrée donne sur le hall, une autre sur le poste infirmier. Une sonnette permet aux visiteurs d'être reliée à ce dernier ;

- le poste infirmier où sont rangés dans un classeur métallique les dossiers des patients avec les fiches d'entrées et les consignes. Sur l'un des murs, une affiche indique les nouvelles appellations des admissions des patients depuis la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Un classeur rouge contient tous les documents nécessaires à la mise en œuvre de cette loi ;
- l'office où sont réchauffés les repas. Les menus spéciaux y sont affichés : le jour de la visite des contrôleurs, un repas végétarien et un régime hypocalorique étaient prévus ;
- le réfectoire, équipé de cinq tables et de vingt chaises. Comme le nombre de patients est supérieur, on rajoute des chaises au bout des tables. Les patients sont installés selon un plan de table défini par les soignants. La pièce est équipée d'un poste de télévision à écran plat mesurant 1,60 m sur 0,80 m. Les patients peuvent venir y regarder la télévision de 10h à 12h et de 14h à 17h ;
- un local pour l'entretien ;
- un WC pour le personnel ;
- une salle d'activités, équipée de cinq fauteuils, d'une table ronde de 1,20 m de diamètre, d'un poste de télévision avec un écran de 0,52 m et d'une bibliothèque contenant 120 livres et des jeux de société. Un lecteur DVD, rangé dans le poste infirmier peut être utilisé, notamment le weekend. Selon les informations recueillies, cette pièce sert également de salon de visites quand la pièce dédiée est occupée ;
- une salle de détente pour le personnel ;
- un local carrelé où se trouvait la laverie. Il est équipé de trois étagères en bois sur lesquelles sont posées des boîtes d'archives utilisées pour conserver les effets personnels des patients ;
- le bureau du cadre de santé ;
- un bureau médical ;
- une terrasse mesurant 5 m sur 4 m soit une surface de 20 m². Elle est équipée d'un cendrier en métal. Un sac poubelle noir est accroché à une arrivée d'eau hors service. Un balai et une pelle sont à la disposition des patients. Le sol est en béton, les murs sont sales. Le local est doté de grands vasistas au-dessus du seul mur vitré. La pièce ne dispose pas de sièges ; deux patients étaient allongés par terre, lors de la visite ;
- la pharmacie ;
- une grande terrasse à ciel ouvert dallée d'une surface de 120 m², actuellement inaccessible aux patients pour des raisons de sécurité, sauf ponctuellement en présence d'un soignant lorsque la disponibilité du personnel de l'unité le permet. Les garde-corps ont été récemment rehaussés, ce qui devrait permettre son ouverture prochaine. Elle est équipée d'une table pique-nique à banc intégrés en bois. Durant toute la visite, elle n'a jamais été ouverte ;

- deux chambres à deux lits :
 - la chambre n° 301A-301B mesure 5,75 m sur 4,55 m soit une surface de 26,16 m². Elle est meublée de deux lits avec liseuse, de deux tables de chevet, de deux tables mesurant 1,60 m sur 0,34 m avec leur chaise, de deux placards (ne fermant pas à clé) avec une partie penderie et deux étagères et d'une poubelle. La pièce est munie de deux fenêtres de 1,52 m sur 0,75 m s'ouvrant sur 0,12 m, comportant des stores commandées de l'intérieur et de deux bandeaux vitrés de 1,08 m sur 0,24 m n'étant pas dotés de stores. Elle est également équipée de prises pour le téléphone et la télévision. La chambre comporte un bloc sanitaire intégré en PVC comprenant une douche, un WC avec abattant et papier hygiénique et un meuble-lavabo avec un compartiment de rangement avec quatre étagères.

La porte de la chambre est munie d'une lucarne de 0,89 m sur 0,12 m, sur laquelle on a collé un film en plastique permettant d'occulter la visibilité sur 0,73 m. Elle est munie d'un verrou permettant aux patients de s'enfermer dans leur chambre ;

- la seconde chambre double n°321A-321B est équipée de manière identique à la première ;
- vingt chambres individuelles :
 - la chambre n°302 mesure 5,20 m sur 2,80 m, soit une surface de 14,56 m² ;
 - toutes les chambres individuelles sont dotées du même équipement, y compris le local sanitaire que celui décrit pour la chambre double n°301. Une seule chambre, occupée par un patient à mobilité réduite, est personnalisée par des objets. Aucune ne possède un panneau permettant d'afficher des photographies ou des cartes postales.

Dans une chambre, une porte de placard manquait et le lavabo avait été bouché pendant plusieurs jours ; dans une seconde, les WC bouchés, dans une troisième, le rideau de douche était sale.

- une salle de bains carrelée et chauffée est équipée d'une baignoire, d'un lavabo, d'une chaise, de deux bassines, d'un porte-serviettes et d'une patère. Elle est éclairée par une fenêtre opacifiée, de même dimension que les fenêtres des chambres. Elle est accessible aux patients, en présence d'un soignant. Dans les faits, elle est utilisée par les patients placés en chambre sécurisée ou en chambre d'isolement ;
- deux **chambres « sécurisées »** sont situées à l'extrémité du couloir, après la chambre d'isolement en face de deux chambres individuelles. Leurs dimensions et leurs ouvertures sont identiques à celles-ci. Elles comportent un lit et une tablette scellés, une applique murale et une liseuse, trois prises murales respectivement pour le téléphone, la télévision et l'électricité. Le local sanitaire est identique à celui des chambres individuelles. Les chambres ne sont pas dotées de bouton d'appel. Leur porte est munie d'un verrou de sécurité.

La « chambre sécurisée » est occupée depuis le 8 novembre 2011 par un patient hospitalisé sur décision du représentant de l'Etat. Quatre points de contention le maintiennent au lit. Un pistolet est posé par terre.

Lors du contrôle, une des chambres était inutilisable suite à une importante détérioration commise par son dernier occupant : descellement à mains nues de la tablette et de la fenêtre métallique ;

- la **chambre d'isolement** est située au bout de la zone d'hébergement classique, avant les chambres sécurisées. On y accède directement sans sas. Lors des interventions dans la chambre, le personnel demande aux patients qui circulent dans le couloir ou qui se trouvent dans leur chambre située à proximité, de s'éloigner. Elle est équipée d'un lit scellé sur lequel est posé un matelas en plastique bleu.

Lors de la visite, elle était occupée par un patient qui avait à sa disposition une table de chevet carrée recouverte du même revêtement en plastique. Il était en contention avec quatre points. Deux pistolets étaient posés par terre ainsi qu'une bouteille d'eau en plastique. Le malade disposait d'un drap, d'une couverture et d'un traversin.

La pièce est peinte en blanc, le sol est revêtu d'un linoléum. Elle dispose d'une fenêtre qui ne s'ouvre pas. La lumière provient d'une veilleuse dont le bouton est situé près du lit et d'un plafonnier à commande extérieure.

Un bouton d'appel est situé à proximité de la porte d'entrée, inaccessible lorsque le patient est en contention.

La pièce dispose d'un local sanitaire carrelé, accessible par une porte, comprenant un WC avec abattant et balayette, un lavabo doté de savon. Deux pyjamas propres y sont rangés.

Du fait de l'occupation de la chambre et de l'état du patient, les contrôleurs n'ont pas pu en mesurer ses dimensions.

De l'autre côté, le couloir mène vers la partie plus « administrative » du service qui comprend :

- le bureau de l'assistante sociale ;
- la salle de psychomotricité, pièce de 23 m² comportant cinq matelas de gymnastique, un fauteuil, dix-huit chaises empilées et trois petites tables. Elle est éclairée par deux grandes fenêtres. Elle est aussi utilisée par la psychologue d'un autre service une journée par semaine²⁹ et fait fonction de salle de réunion ;

²⁹ Il s'agit de l'ECIMUD : équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues. Elle est rattachée au service universitaire.

- la salle d'ergothérapie, d'une surface de 22 m², éclairée par deux grandes fenêtres. Elle dispose de deux grandes armoires sur tout un pan de mur où est remis le matériel, d'un point d'eau, d'un plan de travail, d'un bureau équipé d'un ordinateur et de tables centrales. Il est difficile de circuler à plusieurs autour de ces tables ;
- le secrétariat médical commun aux deux unités ;
- quatre bureaux médicaux ;
- la bibliothèque-salle de réunion du service.

L'ensemble des locaux est en bon état mais il ne s'en dégage pas de sensation de chaleur.

b. Les patients.

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- vingt-deux patients étaient présents : onze hommes et onze femmes ;
- cinq patients étaient admis en ASPRE : quatre hommes et une femme ;
- huit patients étaient admis en ASPDT : trois hommes et cinq femmes ;
- la chambre d'isolement était occupée par un patient admis en ASPRE, une des chambres sécurisées était occupée par un patient en ASPRE ;
- la plus longue hospitalisation libre avait débuté en janvier 2008 ;
- la plus longue hospitalisation sous contrainte avait débuté en mai 2008 ; il s'agissait d'une hospitalisation d'office ; le patient concerné était placé en chambre d'isolement ;
- le patient le plus âgé avait 78 ans, le plus jeune, 19 ans.

c. Le fonctionnement de l'unité.

Le personnel de l'unité comprend :

- un praticien hospitalier à temps plein ;
- deux assistants spécialistes ;
- deux internes de spécialité ;
- trois étudiants hospitaliers ;
- 1,5ETP de cadre infirmier ;
- onze infirmiers dont deux hommes ;
- quatre aides-soignants dont deux hommes ;
- quatre agents des services hospitaliers (ASH) ;
- une psychologue présente cinq jours par semaine ;

- une psychomotricienne prenant en charge des patients le mardi matin tous les quinze jours, le jeudi matin et le vendredi matin.

Depuis une grève des personnels ayant eu lieu en 2009, ceux-ci ont obtenu de travailler selon un rythme « en douze heures » : 8h-20h et 20h-8h. Le chevauchement officiel pour les transmissions n'est pas prévu. Selon les informations recueillies, un temps de passage des consignes est organisé à 19h45, dans l'hypothèse où les infirmiers de nuit arrivent à l'heure³⁰.

Les nouveaux patients arrivent dans le service par le service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Bichat, par le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du centre hospitalier Sainte-Anne situé à Paris 14^{ème} ou par l'infirmierie psychiatrique près la préfecture de police (IPPP) située également à Paris 14^{ème}.

L'admission d'un patient déjà connu du service peut se faire à l'issue d'une consultation au CMP avec un psychiatre ou après un signalement au CMP par un médecin généraliste.

Selon les informations recueillies, « le service est toujours prévenu de l'arrivée d'un patient par le CMP ou par le SAU, le CPOA ou l'IPPP. Si le patient est admis sur décision du représentant de l'Etat ou sur demande d'un tiers, le secteur G 22 a pour obligation de le recevoir. Il peut arriver qu'un patient admis en soins psychiatriques libres soit transféré à l'unité Ribot ou dans un autre secteur (G 23 ou G 24) afin d'accueillir ce patient. Si aucun lit n'est disponible sur Maison Blanche - Bichat, on fait appel aux autres secteurs parisiens de Maison Blanche, puis on rapatrie le patient, dès qu'un lit se libère. Si le patient est admis avec son consentement, il peut être accueilli dans un des lits de l'AP-HP au premier étage ».

Lors de l'**admission**, le patient est accueilli par une infirmière qui va lui présenter les locaux du service (salle à manger, pharmacie, bibliothèque) et quelques éléments de la vie de l'unité (heures des repas et de la distribution des médicaments, existence d'une cabine téléphonique).

Elle remplit « une fiche d'entrant informatisée ». Celle-ci contient l'identité, l'âge et l'adresse du patient, le mode et le motif de l'hospitalisation, l'existence d'hospitalisations antérieures, d'un suivi au CMP et la notion d'un arrêt du traitement antérieurement prescrit. En règle générale, le patient arrive avec un courrier du psychiatre de la structure qui l'a adressé. L'infirmière effectue un inventaire des effets personnels du patient. Les objets de valeur sont déposés dans un coffre dans le bureau du cadre supérieur puis à la régie. S'il possède des produits stupéfiants ou des objets dangereux, une fiche d'événement indésirable est remplie. Les médicaments en sa possession seront retirés, déposés à la pharmacie et rendus à sa sortie. L'inventaire sera signé par le patient et contresigné par l'infirmière.

³⁰ Il a été rapporté aux contrôleurs que lorsque des soignants étaient en arrêt de travail, des intérimaires étaient recrutés et qu'il arrivait qu'ayant été contactés tardivement, ils prennent leur service bien au-delà de 20h.

Les téléphones portables, la carte d'identité, les paquets de cigarettes et les briquets sont placés dans une boîte en carton individuelle. Toutes les boîtes sont rangées dans un local fermé à clé, situé dans l'ancienne laverie auquel les patients peuvent se rendre avec un soignant pour y prendre leurs affaires. Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté la présence de boîtes de biscuits entamées, d'un soutien-gorge parmi les paquets de cigarettes et les papiers d'identité.

L'infirmière remplit également « une fiche d'observations infirmières » sous forme de document papier. Celle-ci décrit les circonstances et les motifs de l'hospitalisation, la présentation physique et psychologique détaillée du patient, indique les allergies et les antécédents, note l'anamnèse et le vécu de la personne par rapport à son hospitalisation. Le document comporte la date, le nom et la signature du soignant qui l'a rempli.

Une fiche « bilan des besoins fondamentaux à l'entrée » est établie par l'infirmière. Elle comporte notamment les éléments permettant notamment l'évaluation de l'autonomie du patient, l'éventuel régime alimentaire et le culte pratiqué.

L'infirmière renseigne également une « fiche douleur » sur papier dès l'admission. Elle permet de noter l'existence éventuelle d'une douleur, d'en faire l'analyse et d'en préciser l'éventuel traitement avant son évaluation médicale.

L'infirmière demande l'identité des personnes à prévenir en cas d'urgence.

La personne de confiance n'est pas évoquée dans l'entretien d'accueil par l'infirmière ou le médecin ou bien c'est la même personne que celle à prévenir en cas d'urgence qui est notée dans cette rubrique.

Le patient est installé en principe dans une chambre individuelle. Si le patient a été trop sédaté durant son parcours antérieur, les documents énumérés ci-dessus sont renseignés dès que son état le permet.

Le patient rencontre ensuite un psychiatre. Si l'admission a lieu dans la journée, l'entretien est mené par l'assistant spécialiste et l'interne du service ou par le praticien hospitalier et l'interne avec une infirmière. Après 18h, c'est l'interne de garde présent pour tout le site qui reçoit le patient avec une infirmière. Un psychiatre « senior », praticien hospitalier assure une garde 24h/24 tous les jours de l'année dans le bâtiment.

Le psychiatre prescrit un traitement et remplit un document papier intitulé « modalités quotidiennes de prise en charge ». Y sont notés, le service, l'unité de soins, l'identité et l'âge du patient, le mode d'hospitalisation, le médecin référent et la date de modification. Le « contrat du premier entretien » concerne :

- le téléphone :
 - oui/non ;
 - reçoit et donne des appels ;
 - fréquence ;
- les visites :
 - oui/non ;

- personnes autorisées ;
- fréquence ;
- les sorties :
 - seul (e) ;
 - accompagné(e) et par qui ;
 - horaires ;
- vêtement :
 - pyjama ;
 - personnels ;
- divers : walkman.

Lors de l'admission, tous les patients sont systématiquement mis en pyjama, quel que soit leur mode de soins. La durée de cette mesure est fonction de l'avis médical. Les prescriptions seront revues chaque jour.

Le jour de la visite des contrôleurs, neuf patients étaient en pyjamas³¹, six avaient le droit de sortir de l'unité. Les patients sont en général mis en pyjamas pour une période d'observation de 48h. Selon les informations recueillies, « il faut que les patients demandent leurs vêtements pour que l'on regarde »

Certains membres du personnel soignant se sont plaints auprès des contrôleurs du manque de continuité dans la politique de fermeture de l'unité en raison du rythme de rotation des équipes soignantes : « on a tout connu : du très cadrant au permissif. D'un assistant hospitalier à l'autre, cela peut être très différent : la philosophie du précédent était stricte : on ne descend pas ».

Selon les indications données aux contrôleurs, si le patient est admis sans son consentement, le psychiatre, dès l'entretien d'accueil lui explique oralement qu'il est admis en ASPRE ou ASPDT et qu'il a des voies de recours. Si le patient demande qui est le tiers qui a demandé son admission, le médecin ou le cadre l'en informe.

Aucun document spécifique aux nouvelles modalités introduites par la loi du 5 juillet 2011 n'est distribué aux patients admis sans leur consentement.

Les contrôleurs ont rencontré des patients qui ont indiqué qu'ils n'avaient pas reçu le livret d'accueil Maison Blanche-Bichat.

Les patients peuvent conserver une photocopie de leur arrêté d'admission sur décision du représentant de l'Etat. Généralement ils ne souhaitent pas le garder et demandent au cadre de le verser dans leur dossier.

« La gestion de la vie quotidienne des patients est personnalisée. Elle n'est pas faite pas rapport à leur statut ».

³¹ Six, sur prescription médicale et trois, du fait de l'absence de vêtements de rechange propres.

Chaque patient a un psychiatre référent.

Si la famille du patient se présente dans les suites immédiates de l'admission, elle sera reçue par le psychiatre. Selon les informations recueillies, les familles sont peu associées, par la suite, à la prise en charge.

Les contrôleurs ont rencontré un psychiatre qui venait d'effectuer l'admission d'un patient sur demande d'un tiers. Le médecin a prévenu le patient de l'identité du tiers qu'il a d'ailleurs rencontré après ce premier entretien. Il a expliqué au patient les motifs des soins sous contrainte. Il n'a pas évoqué l'audience devant le JLD car il a pensé que la mesure de contrainte serait levée avant le quinzième jour. Il dit n'aborder les voies de recours lors du premier entretien que si le patient est opposant à la mesure, ce qui n'était pas le cas.

Les certificats exigés par la loi du 5 juillet 2011 sont établis par l'un des six « psychiatres certificateurs » du service³².

Les contrôleurs ont rencontré un soignant ayant accompagné une patient au TGI pour l'audience avec le JLD puis le patient concerné. Le soignant avait été choisi pour l'accompagnement car « il avait de bonnes relations avec le patient ». La veille de l'audience, il a eu un entretien avec lui pour lui rappeler les modalités du déroulement de la journée du lendemain et les motifs de l'audience. Le patient lui a exprimé son souhait de mettre fin à son hospitalisation sous contrainte. Ils ont quitté l'hôpital à 8h45 et sont arrivés au TGI à 9h30. Lors de l'audience, le patient a pu s'entretenir avec son avocat trente minutes dans un boxe et non pas sur le banc dans le couloir, « parce qu'on était en avance ». Le certificat médical demandait une prolongation de la mesure de soins. Le patient est reparti du TGI sans connaître la réponse. Ils sont rentrés à Bichat à 11h50.

Le lendemain dans l'après-midi, le patient était toujours dans l'attente de la réponse. Les contrôleurs ont demandé si la décision du JLD était arrivée. En fait, celle-ci se trouvait au secrétariat de l'unité de soins depuis le matin. Le cadre de santé, au moment de son départ l'après-midi a remis dans le couloir, sans explication, la décision au patient en indiquant qu'il reviendrait le voir pour lui expliquer son contenu, ce qui n'a pas été fait durant toute la période du contrôle. Le patient, rencontré postérieurement, n'a pas compris l'enjeu de la décision, ni l'existence de voies de recours.

Les contrôleurs ont rencontré le patient admis sur décision du représentant de l'Etat, placé en chambre d'isolement et sous quatre points de contention depuis le 3 novembre 2011. Ce patient, âgé de 23 ans, a été admis en hospitalisation d'office en 2008. Il ne dispose pas de chambre dans l'unité autre que la chambre d'isolement. Il a été suivi par quatre médecins différents en six mois. Lors des deux premières visites dans la chambre d'isolement, le patient était très sédaté, rendant l'entretien difficile. Celui-ci a été possible lors de la troisième visite.

³² Il s'agit du chef de service, des deux praticiens hospitaliers et des trois assistants spécialistes.

Il devait comparaître devant le JLD au titre du certificat de six mois de présence mais, étant trop sédaté, un certificat médical a indiqué qu'il n'était pas en mesure de comparaître. La décision du JLD ne lui pas été notifiée immédiatement. Les contrôleurs ont demandé qu'elle lui soit remise, arguant qu'il était capable de comprendre le sens de cette décision qui décidait le maintien de la mesure. Les contrôleurs ont assisté à la remise du document par le cadre de santé. Le patient a compris le sens de l'intervention du juge et a exprimé clairement le souhait de pouvoir assister la prochaine fois à l'audience.

Les **traitements** sont pris à la pharmacie à 8h30, 12h15 et 18h. Deux infirmières se trouvent dans le local durant l'administration des médicaments : l'une distribue les comprimés et les gouttes tandis que l'autre surveille la prise du traitement. Cette action se fait dans la confidentialité. Il est prévu de prendre la tension artérielle et la température pour certains patients.

Lors de la visite des contrôleurs, un patient recevait un traitement de substitution aux opiacés par la méthadone et six avaient une injection de neuroleptique d'action prolongée.

Les patients fumeurs ont accès à leurs paquets de cigarettes mais pas à leurs briquets. Ils doivent demander à un membre du personnel d'allumer la cigarette devant la petite terrasse. Celle-ci est accessible de 9h à 22h. Selon les informations recueillies, les patients ne disposent plus de leurs briquets depuis que l'un d'eux en a fait entrer un dans la chambre d'isolement en 2008.

Une difficulté résiderait entre la tolérance différente de l'équipe de nuit qui ne connaît pas les patients. Plusieurs personnes rencontrées par les contrôleurs se sont plaintes de l'attitude de l'équipe de nuit (notamment gestes injurieux de l'un d'entre eux et surveillance intempestive).

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'« une attitude commune sur la question du tabac et un travail en collaboration entre les deux équipes seraient souhaitables ».

Globalement, les patients rencontrés se plaignent du manque d'activité la semaine et, de manière aiguë, le week-end : « le week-end est long ».

Les **activités** de groupe d'ergothérapie et de psychomotricité sont communes aux deux unités. Les deux ergothérapeutes ont fait le choix d'animer les activités de groupe en binôme afin d'assurer la continuité de l'activité même en période de vacances. Elle est assurée hebdomadairement à raison d'une heure pour un groupe de maximum quatre patients. Lorsqu'ils sont trop nombreux, le groupe peut être dédoublé ou étendu à un maximum de six personnes. Cette situation est exceptionnelle. L'accès à cette activité est soumis à une prescription médicale.

Lors du contrôle, trois patients en bénéficiaient.

L'ergothérapeute considère que la taille de la salle retient le nombre de participants. Cette pratique thérapeutique peut prendre la forme de peinture, modelage, mosaïque, enfilage de perles, collages, petite couture et petite maroquinerie. Elle associe parfois l'usage de l'ordinateur, pour l'apprentissage du traitement de texte ou la recherche de modèles ou d'activités culturelles.

Par ailleurs, une activité individuelle d'ergothérapie est proposée à certains patients, sur prescription médicale, à raison d'une heure par semaine en règle générale (en une ou deux fois selon la réceptivité du patient) au sein de chaque unité. Elle peut s'étendre jusqu'à deux heures par semaine exceptionnellement. Ces séances ont lieu dans la salle d'ergothérapie. Seuls les entretiens ont lieu dans les chambres des patients.

Lors du contrôle, trois patients bénéficiaient de ce suivi individualisé. L'ergothérapeute participe par ailleurs à des sorties de courte durée (une heure selon l'ergothérapeute pour les « longues hospitalisations ») et à des sorties individuelles (de une à deux par semaine à une tous les deux mois). Ce suivi individuel n'est pas assuré en période de vacances ou d'absence. Lors du contrôle, aucun patient entendu n'a mentionné spontanément l'activité d'ergothérapie comme élément saillant de son séjour.

La psychomotricienne n'assure que des suivis individuels de patients sur prescription médicale. Lors du contrôle, trois patients de l'unité Charcot étaient pris en charge dans ce cadre une fois par semaine. Selon elle, « l'ennui, la difficulté de se mettre en mouvement et de s'investir, le ralentissement font partie de la pathologie ».

4.2.1.3 L'unité Ribot.

a. Les locaux.

L'unité comprend quinze chambres individuelles et deux chambres à deux lits. Elle ne dispose pas de chambre d'isolement ni de chambre sécurisée.

Les locaux de l'unité sont quasiment identiques à ceux de l'unité Charcot, pour ce qui est de leurs dimensions et de leur équipement hormis certains éléments. L'unité est plus petite puisque l'étage accueille également une unité de dix-neuf lits non sectorisés appartenant au CHU.

La terrasse de l'unité, d'une surface de 90 m² est équipée de garde-corps. Elle comporte une table pique-nique avec bancs intégrés, un banc en béton scellé au sol, une poubelle, un cendrier non scellé et cinq grands bacs à fleurs dont deux sont fleuris. Elle donne sur le réfectoire, la salle de soins et sur le couloir. Elle est accessible de 9h à 22h aux patients, notamment pour fumer.

La salle d'activités est distincte du réfectoire. D'une surface de 19 m², elle comporte un baby-foot récemment acquis, une télévision murale à écran plat de 0,80 m, dix chaises, une table ronde. Elle est éclairée par une grande fenêtre de 3 m de long, équipée d'un pare-soleil et ouvrante sur la moitié de sa longueur. La bibliothèque comporte une trentaine de livres et une encyclopédie en dix-sept volumes ainsi que huit jeux de société.

b. Les patients.

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- dix-neuf patients étaient présents : neuf hommes et dix femmes ;
- quatre patients étaient admis en ASPRE : trois hommes et une femme ;
- quatre patients étaient admis en ASPDT : un homme et trois femmes ;

- la plus longue hospitalisation libre avait débuté en juin 2011 ;
- la plus longue hospitalisation sous contrainte avait débuté en mai 2009 ; il s'agissait d'une hospitalisation d'office ;
- le patient le plus âgé avait 72 ans, le plus jeune, 23 ans.

c. Le fonctionnement de l'unité.

Le personnel de l'unité comprend :

- un praticien hospitalier à temps plein sur l'unité ;
- un assistant spécialiste ;
- un « faisant fonction d'interne » ;
- trois étudiants hospitaliers ;
- un cadre de santé ;
- huit infirmiers qui effectuent sept ETP sur les dix prévus ;
- six aides-soignants dont un homme sur cinq prévus. L'un d'eux a passé le diplôme d'infirmier et attend les résultats ;
- cinq ASH ;
- une assistante sociale à temps plein sur l'unité ;
- une ergothérapeute qui est présente huit demi-journées par semaine ;
- une psychomotricienne présente le mardi matin tous les quinze jours et le vendredi après-midi.

Le roulement prévoit au minimum la présence de deux infirmiers et une aide-soignante le matin et l'après-midi. Dans cette unité, les personnels continuent à travailler huit heures par jour et récupèrent une heure de RTT tous les cinq jours. Les horaires de travail sont : 7h-15h, 13h-21h. Les deux heures de chevauchement comprennent trente minutes de transmissions et des temps d'accompagnement des patients à l'extérieur. Le cadre de santé a fait passer un questionnaire de manière anonyme à l'ensemble des soignants pour leur demander quel horaire de travail était souhaité : en huit heures ou en douze heures. La majorité s'est prononcée pour les huit heures.

Durant la visite des contrôleurs, un patient qui était en programmes de soins décidé par le représentant de l'Etat a été réintégré dans l'unité de soins car il ne se présentait plus au CMP.

Il a été accueilli de la même façon que celle décrite pour l'unité Charcot.

Par contre, à l'unité Ribot, la désignation d'une personne de confiance est systématiquement proposée. Celle-ci est utilisée notamment dans les sorties de moins de douze heures, pour accompagner le patient à l'extérieur.

Les contrôleurs ont pu assister à la réunion de transmissions de l'unité qui a lieu de 9h30 à 10h30. La situation de tous les patients est rapidement décrite sans faire mention de leur statut légal. Sont abordés les rendez-vous avec des spécialistes, les projets de permissions de sortie, les symptômes somatiques et psychiatriques des patients. Pour l'un d'eux le projet de mettre en œuvre une sismothérapie a été évoqué. Ce traitement n'est pas exceptionnel et ne se pratique pas au sein du CHU Bichat³³. Le traitement dure trois à quatre semaines à raison de deux à trois séances par semaine.

Le suivi des patients est assuré par le praticien hospitalier le plus récemment nommé ou par l'assistant spécialiste avec l'interne. Le praticien hospitalier le plus ancien du service a son bureau au premier étage. Il supervise l'activité du secteur (dans les deux unités) et n'est le médecin référent que d'un seul patient au sein de l'unité Ribot. Pour le reste, il se charge du travail médico-légal en lien avec le secrétariat et de la médiation avec les familles, en cas de besoin.

Si l'état clinique d'un patient de l'unité Ribot nécessite son placement en chambre d'isolement à l'unité Charcot ou dans une chambre d'isolement d'un autre secteur, le médecin référent de l'unité Ribot assurera la prise en charge et le traitement de son patient dans ce lieu.

Selon les informations recueillies, les familles sont associées à la prise en charge.

Dans cette unité, seize patients sortent seuls. Tous ceux admis en soins psychiatriques libres peuvent descendre à la cafétéria. Un patient en ASPDT et deux en ASPRE sortent accompagnés.

Deux patients en ASPRE bénéficient de permissions de moins de douze heures.

Huit patients se rendent régulièrement au CATTP selon des horaires programmés.

Une patiente, admise sur demande d'un tiers est parfois enfermée dans sa chambre car elle se tient devant l'ascenseur et guette le moment où elle pourrait descendre et fuguer, ce qu'elle a fait le 8 novembre 2011. Depuis cette date, elle est en pyjama.

Le jour de la visite des contrôleurs, quatre patients avaient une prescription médicale de port de pyjama : un admis en SPRE arrivant du jour, deux admis en SPDT et un en soins psychiatriques libres pour lequel un contrat a été établi : il s'agit d'un malade qui sort et qui revient dans l'unité au bout de deux jours. Il lui a été proposé une prise en charge différente, avec son accord.

Certains restent en pyjama par choix (cas de personnes en soins libres). L'unité dispose d'un faible stock de vêtement de dépannage. Aucun système de collecte n'est organisé.

Les **activités** proposées sont :

- pâtisserie dans le réfectoire pour six patients durant le weekend ;
- jardinage sur la terrasse organisé par une aide-soignante ;

³³ La sismothérapie (ou « électrochocs ») est effectuée à la clinique d'Epinau-sur-Seine (Seine-Saint-Denis), au CHU Louis Mourier à Colombes (Hauts-de-Seine) et au CHU Pitié-Salpêtrière à Paris 13^{ème}.

- l'activité DVD s'est arrêtée avec le départ de l'agent qui s'en occupait ;
- baby-foot en accès libre. Les balles sont rangés dans le bureau infirmier ;
- jeux de société.

La terrasse est ouverte de 9h à 22h.

Lors du contrôle, trois patients en moyenne regardaient la télévision dans la salle d'activité. Aucun horaire n'est fixé le soir pour la fermeture de cette salle ou le coucher.

Les repas sont pris au réfectoire. Les patients ne sont pas installés par affinité mais selon un plan de table. Les menus sont affichés à l'extérieur. Plusieurs patients font l'objet de régimes particuliers : un régime diabétique, un sans résidus, cinq régimes sans porc et un régime « sans surplus. »³⁴ Les visiteurs ne peuvent pas faire entrer dans l'unité des denrées périssables.

Le jour de la visite des contrôleurs, aucun patient ne recevait de traitement de substitution aux opiacés et huit avait un neuroleptique d'action prolongée.

Le tableau suivant indique l'activité des deux unités en 2009, 2010 et de janvier à septembre 2010 :

| | 2009 | 2010 | 01/01 au 30/09/2011 |
|----------------------------|-------|-------|---------------------|
| Entrées | 436 | 398 | 373 |
| Journées | 14758 | 14890 | 11252 |
| DMS en jours | 43 | 37 | |
| DMS expurgée ³⁵ | 34 | 31 | |

Le tableau ci-dessus précise la DMS expurgée dans le secteur. Il permet de relever trente-quatre jours pour l'année 2009 et trente-et-un jours pour l'année 2010. Ces données ne correspondent pas à l'orientation affichée du service dont « l'obsession des séjours courts » a été présentée aux contrôleurs comme la justification de la faiblesse de l'offre d'activités et de l'inutilité de l'accès au patio du rez-de-chaussée.

4.2.2 Le secteur 75 G23.

Le secteur 75 G23 Montmartre comprend deux unités d'hospitalisation à temps plein, les unités Minuchin, et Bergeret situées respectivement au quatrième et cinquième étage du bâtiment d'hospitalisation du site Maison Blanche 18^{ème}. Au sixième de celui-ci est installée l'unité d'hospitalisation de nuit appelée Collomb. Un étage au-dessus, se trouve la partie administrative de l'ensemble du secteur G23, intra et extrahospitalier.

³⁴ Selon les informations recueillies, ce patient n'aurait pas le droit de se resservir.

³⁵ La durée moyenne de séjour expurgée est calculée en retirant les patients dont la durée de séjour est supérieure à 270 jours.

On y accède selon le même cheminement que celui décrit pour l'unité Charcot.

Il n'existe pas d'unité d'accueil spécifiquement vouée à une phase d'observation ni de répartition des patients en fonction de leur statut, qu'ils soient hospitalisés librement, sur décision d'un représentant de l'Etat ou du directeur de l'hôpital.

4.2.2.1 L'unité Bergeret.

a. Les locaux.

L'unité dispose de vingt lits et d'une chambre d'isolement.

Les locaux communs

Les locaux sont organisés en forme de « L ». A l'extrémité de la petite branche se trouvent la salle à manger des patients et l'office attenant. D'une surface de 25 m², la salle à manger compte cinq tables où les malades prennent place comme ils le souhaitent. Une table spécifique est réservée aux patients qui ne peuvent se nourrir sans l'aide d'un tiers.

La pièce n'est pas décorée mais de larges baies offrent vue d'une part vers les autres bâtiments de l'hôpital, d'autre part vers l'une des deux terrasses de l'étage. Le menu de la semaine est affiché à l'entrée. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était tout à fait susceptible d'adaptation selon l'état de santé ou les convictions religieuses du patient.

A proximité immédiate de la salle à manger se trouve une terrasse de 13 m². Elle est équipée de deux fauteuils, un cendrier et une poubelle. Les murs étaient à l'origine faits de briques et de vitres ; depuis un accident survenu en 2010, l'ensemble a été sécurisé par la pose d'une plaque d'aluminium recouvrant la brique – empêchant ainsi l'escalade – et par le rehaussement des parois de vitres, dont le haut est désormais à angle concave.

A côté de l'office se trouvent, d'un côté du couloir, trois chambres de patients et de l'autre, la salle de télévision et trois bureaux de médecins.

La salle de télévision est d'une surface de 20 m² ; outre le téléviseur, elle est équipée de six fauteuils et d'une armoire qui, au jour de la visite, renfermait un jeu de scrabble™.

Sauf contre-indication conduisant à enfermer le patient dans sa chambre, l'accès à la salle de télévision est libre jusqu'à 23h.

Les patients ont accès aux chaînes classiques ainsi qu'à celles de la « TNT » ; il a été indiqué aux contrôleurs que le choix du programme était souvent conflictuel et nécessitait régulièrement l'intervention d'un infirmier.

Bien qu'en bon état, la pièce est impersonnelle et ne semble guère investie par les malades.

Juste avant l'angle rejoignant l'autre aile du bâtiment se trouvent, d'un côté du couloir et séparé de lui par une paroi de verre et une porte vitrée fermée, deux ascenseurs en libre accès depuis l'accueil et un salon réservé aux visites. Une fois arrivés à l'étage, les visiteurs se signalent par un bouton d'appel qui, sonnait dans le bureau des infirmiers, ne provoque pas toujours une venue immédiate.

Le salon des visites est une petite salle avec baie ouvrant sur un coin de ciel. Il est décoré de quelques « stickers » et équipé de trois fauteuils et une table basse.

De l'autre côté du couloir se trouve un ascenseur – l'ascenseur « circuit propre³⁶ » – dont l'accès est soumis à un badge ainsi qu'il a déjà été indiqué à propos des autres unités.

A côté se trouve la salle de détente réservée au personnel. La pièce, d'une surface de 13 m², est équipée d'un évier, d'un four à micro-ondes et d'un réfrigérateur. Très investie par le personnel, elle sert de salle de réunion autant que de salle de détente. Le personnel, qui travaille durant douze heures consécutives, y prend aussi ses repas.

A proximité immédiate de cette salle se trouve une pièce aveugle, où sont stockés des produits d'entretien.

La deuxième aile est constituée, d'un côté et sur le tiers de sa longueur, d'une terrasse en cours de sécurisation. Divers projets sont envisagés pour une utilisation dans l'intérêt des patients (table de ping-pong, tables pour repas, jardinières...). Au jour de la visite cette terrasse était inaccessible ; l'avancement des travaux était tel que rien ne semble faire obstacle à une utilisation à bref délai.

Sur la paroi interne de la terrasse, côté couloir, le mur est décoré d'un « triptyque » de couleurs vives et de grandes dimensions, représentant des fonds marins ; il a été réalisé par les patients, les soignants et les médecins dans le cadre d'une activité d'ergothérapie, chacun contribuant à une partie du décor.

En face de la terrasse se trouvent une petite salle servant de réserve alimentaire pour les petits déjeuners puis la bagagerie. Sur des étagères et dans des casiers nominatifs et non verrouillés sont entreposés les objets de faible valeur appartenant aux patients, soit qu'ils souhaitent ne pas les conserver dans leur chambre, soit que l'hôpital leur en interdise la détention – téléphones portables par exemple –. Comme l'ensemble des portes du service, la bagagerie est fermée à clé.

Dans la partie centrale de cette aile se succèdent deux bureaux occupés l'un par le cadre de santé l'autre par les infirmiers puis, réparties de part et d'autre du couloir, treize chambres dont une médicalisée.

Dans le prolongement se trouvent, d'un côté la salle de soins et un local pharmacie, et en face deux locaux servant à entreposer l'un le linge sale et l'autre le linge propre, un WC spacieux (3 m²) –, avec barre d'appui mais un dévidoir d'essuie-mains installé trop haut pour une personne en fauteuil – et une salle de bains de 10 m², avec baignoire et lavabo. Une odeur fétide se dégageait des lieux d'aisance au moment de la visite. Le « décor » de la salle est particulièrement minimaliste et l'ambiance qui s'en dégage n'incite guère à prolonger son bain.

³⁶ L'ascenseur « propre » est utilisé pour monter la nourriture et le linge propre ; il est également utilisé par les personnels. Un ascenseur « circuit sale », servant notamment à évacuer les poubelles et le linge sale, est situé dans le couloir de l'autre aile du bâtiment.

La salle de soins est utilisée pour la distribution des médicaments, trois fois par jour avant les repas. Comme pour le repas, certains attendent ce moment un certain temps avant l'heure prévue, devant la porte. Les médicaments sont préparés dans un chariot muni de piluliers individuels et les patients se présentent tour à tour à l'entrée dans des conditions n'assurant pas une réelle confidentialité. Un fauteuil permet des soins plus importants ou un repos momentané ainsi que des échanges un peu plus longs avec l'infirmière ou l'aide-soignante. Il nous a été indiqué que ce mode de distribution – en salle de soins plutôt que dans les chambres – relevait d'un choix, s'agissant de mieux vérifier la manière dont le malade se situait par rapport à son traitement.

Une porte non verrouillée sépare la dernière partie du couloir.

On trouve dans cet espace la chambre d'isolement et en face deux autres chambres ordinaires, suivies d'une salle d'eau rustique munie d'une douche – sans cloison ni rideau – et d'un lavabo ; elle est théoriquement destinée à la toilette des personnes placées en chambre d'isolement, elle-même dépourvue de douche. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en pratique, la personne isolée était conduite de préférence dans la salle de bains équipée d'une baignoire.

A l'extrémité de ce couloir se trouve une salle d'ergothérapie à laquelle les contrôleurs n'ont pu accéder faute de clé adaptée à disposition du personnel soignant ; durant les cinq jours qu'a duré la visite il ne semble pas que cette salle ait été utilisée.

Les chambres

Conçues sur le même modèle, les chambres, salle de bains comprise, ont une surface de 15,30 m². Elles sont équipées d'un lit de 0,90 m dont les montants sont en bois et d'une petite armoire de 0,50 m de large intégrée à la construction, comportant une penderie surmontée de deux étagères. Une tablette de 0,35 m de large est fixée au mur du fond ; sur ce même mur une fenêtre d'angle éclaire la pièce sur toute la hauteur, ouvrant sur 0,15 m de large. La pièce est éclairée par un spot central, une lampe de chevet et une autre lampe murale. Les murs sont peints de couleur claire ; le sol est recouvert de linoléum. Le tout est dans un état correct

Les chambres sont équipées d'une cabine de forme ovoïde mesurant 1,65 m en sa plus grande largeur et 0,70 m en sa plus grande profondeur. On y trouve à droite, une douche avec rideau, à gauche un WC et au centre un lavabo de 0,30 m de profondeur, surmonté d'un miroir avec prise électrique. Une patère et une étagère permettent de poser vêtements et nécessaire de toilette. L'ensemble est particulièrement étroit.

La chambre est dépourvue de bouton d'appel d'urgence.

La porte est munie d'un oculus permettant la surveillance depuis le couloir ; un film plastique a été posé sur une partie de l'oculus afin de préserver au mieux l'intimité des patients.

S'agissant des **chambres doubles**, elles ne diffèrent en rien de ce qui vient d'être décrit, si ce n'est par l'ajout d'un lit et d'une armoire supplémentaires.

Les patients rencontrés se sont plaints d'un manque de chauffage, ainsi que, pour certains d'entre eux, du caractère approximatif du ménage.

L'unité dispose d'une chambre d'isolement, nommée de préférence « chambre de soins intensifs » s'agissant d'apporter à un patient dont l'état d'agitation le nécessite, une surveillance et des soins plus importants qu'à l'ordinaire.

La **chambre d'isolement**, d'une surface de 15 m², est située au bout du couloir. Elle est dépourvue de sas ; on y pénètre par deux portes munies d'un oculus, l'une donnant directement dans la chambre, l'autre dans le cabinet de toilette. La chambre est simplement équipée d'un sommier et d'un matelas en plastique doté de sangles de contention. Une fenêtre d'angle éclaire la pièce ; elle couvre toute la hauteur du mur et s'ouvre sur une faible partie de sa largeur ; elle est munie de barreaux et de volets extérieurs.

Un petit cabinet de toilette ouvre directement sur la chambre ; il comporte un WC et un lavabo de petite taille ; il n'existe pas de miroir. L'éclairage émane de trois lampes à demi encastrées dans le plafond et le haut du mur.

Le local dispose d'un bouton d'appel situé à l'entrée, inaccessible au patient lorsqu'il est sanglé sur son lit.

Il a été indiqué aux contrôleurs que cette chambre était régulièrement occupée comme chambre d'accueil en raison d'un manque de place.

Les contrôleurs ont pu visiter cette pièce une fin d'après-midi ; le lit était fait en attendant d'une éventuelle arrivée et les draps étaient propres. Le sol en revanche collait sous les pieds et une forte odeur d'urine se dégageait des lieux.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le recours à l'isolement résultait de la dangerosité du malade, pour lui-même ou pour les autres. L'isolement a été présenté aux contrôleurs comme un dernier recours, lorsque l'utilisation des sédatifs s'avérait insuffisante.

Dès qu'un patient est placé dans cette chambre, le médecin est avisé immédiatement et rencontre ensuite le patient au moins une fois par jour. Médecin et personnel soignants remplissent quotidiennement une fiche relatives à l'état physique et psychique du patient ainsi qu'aux traitements administrés.

A défaut de registre, ce sont ces fiches qui assurent la traçabilité de l'occupation de la chambre.

Selon les informations recueillies, le recours aux sangles de contention est rare, ainsi que l'utilisation de la chambre au-delà de quelques jours, sans plus de précision.

La sortie se fait progressivement, à travers une porte maintenue ouverte puis des sorties progressives dans les couloirs de l'unité.

Un patient avait été maintenu dans cette chambre durant quatre jours, la semaine précédant la venue des contrôleurs, s'agissant d'un isolement rendu nécessaire par son extrême agitation.

L'examen des fiches « modalités quotidiennes de prise en charge » montre que trois des patients présents au jour de la visite avaient fait l'objet, à un moment ou un autre, d'un placement en chambre d'isolement.

b. Les personnels.

L'équipe médicale compte :

- un médecin psychiatre, praticien hospitalier, responsable de l'unité, travaillant à mi-temps au sein de l'unité et effectuant l'autre mi-temps au CMP du secteur ;
- un médecin psychiatre, également praticien hospitalier, exerçant à temps plein ;
- un praticien attaché, médecin psychiatre, exerçant à temps plein ;
- un interne à temps plein.

L'équipe soignante comprend :

- le cadre de santé ;
- dix infirmières à temps plein (au jour de contrôle, deux étaient en congés maternité, non remplacées) ;
- cinq aides-soignantes à temps plein ;
- cinq agents de service hospitaliers à temps plein.

L'unité bénéficie également de l'intervention des personnes suivantes :

- deux ergothérapeutes travaillant chacune à temps partiel au profit de l'ensemble du secteur G23³⁷ ;
- une psychomotricienne, deux demi-journées par semaine ;
- trois assistantes sociales (deux intervenant à temps plein et une autre à 80% pour les deux unités du secteur G23).

La majorité des infirmiers a suivi une formation spécialisée en psychiatrie. Le cadre de santé rencontré estime que l'hôpital offre de bonnes possibilités de formation à travers des cycles longs (un à deux jours par mois durant deux ans).

L'équipe a choisi de travailler selon un rythme de douze heures ; une équipe intervient de 8h à 20h et l'autre prend le relais de 20h à 8h le lendemain matin.

Cette organisation du travail, qui donne lieu à récupérations, satisfait manifestement le personnel, qui, demeurant souvent en banlieue, perd moins de temps en transports. Le cadre de santé ne se plaint pas d'absentéisme et estime que le personnel est motivé, actif durant ses douze heures de présence et capable de prendre du temps à l'issue de sa journée de travail pour le passage des consignes.

Les patients n'ont pas manifesté de plaintes à ce sujet.

La vie de l'unité est marquée par deux réunions importantes :

- le « staff » du matin, qui réunit toute l'équipe – médecin, infirmiers et aide-soignant, assistante sociale, ergo thérapeute et psychomotricienne – ; on y passe en revue l'ensemble des patients et le cas échéant le médecin modifie la fiche de consignes ;
- une réunion dite « de projet » réunit l'équipe de façon hebdomadaire au sujet des patients qui apparaissent stabilisés et pour lesquels une réorientation ou une sortie est

³⁷ L'intervention des ergothérapeutes étant en cours de refonte, il n'a pas été possible au cadre de santé de quantifier plus précisément ni leur temps de travail, ni leur temps de présence au bénéfice de l'unité.

envisagée. On y aborde également le cas des patients plus difficiles, ainsi que les questions institutionnelles.

c. Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs :

- vingt personnes étaient hospitalisées : douze hommes et huit femmes.
- Le plus âgé des patients, né en 1927 était dans sa quatre-vingt quatrième année ; le plus jeune, né en 1991, était dans sa vingtième année ;
- trois patients - deux hommes et une femme - faisaient l'objet de soins contraints sur décision du représentant de l'Etat ;
- sept - cinq hommes et deux femmes avaient été admis sur décision du directeur de l'hôpital, en ASPDT ;
- la personne hospitalisée depuis le plus longtemps avait été admise en hospitalisation libre entrée en 1967 ;
- la personne hospitalisée depuis le plus longtemps sur décision du représentant de l'Etat était présente depuis le 1^{er} mars 2006 ;
- la personne hospitalisée depuis le plus longtemps à la demande d'un tiers avait été admise le 25 juin 2007.

Pour sept des vingt patients présents au jour du contrôle, une indication de maintien en pyjama était posée, sans qu'il s'agisse nécessairement de nouveaux arrivants.

Seize patients étaient autorisés à recevoir des visites, dont deux limitées à une personne précise. Pour quatre patients, dont l'un en soins libres, les visites n'étaient pas autorisées.

Pour deux patients, l'indication d'enfermement dans la chambre en cas de nécessité était effective, s'agissant de deux personnes en hospitalisation dite libre et dont le comportement pouvait être agressif ou particulièrement inopportun.

A cette même période, dix patients n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité ; parmi eux sept relevaient d'une admission en soins libres dont deux de très longue date³⁸.

L'accueil est réalisé dans toute la mesure du possible par deux soignants dont un infirmier. Il s'agit avant tout de rassurer la personne, de vérifier qu'elle a compris où elle se trouvait, de lui exposer les règles concrètes de fonctionnement du service, de lui présenter sa chambre. Il est dressé un inventaire de ses effets personnels qui, au début, lui sont tous retirés. La personne est invitée à revêtir le pyjama de l'établissement.

³⁸ La question se pose pour ces derniers de l'adaptation de leur statut, d'autant qu'ils bénéficient d'une mesure de protection judiciaire.

L'entretien médical d'admission a lieu dans les meilleurs délais, le plus souvent dans l'heure qui suit l'arrivée. Dans la mesure du possible le médecin est assisté d'un infirmier. Il n'existe pas de protocole et chaque médecin procède selon ses méthodes, son expérience, sa sensibilité. Il s'agit à la fois d'une prise de contact, d'un temps d'écoute et d'observation, d'établissement ou de confirmation d'un diagnostic – ou, pour certains médecins soucieux d'éviter un étiquetage précoce, d'un repérage des symptômes – de la détermination d'un traitement d'urgence et de l'établissement des premières consignes (surveillance, contacts avec l'extérieur, port du pyjama...).

Cet entretien est régulièrement réalisé par l'interne de garde, du fait de l'arrivée souvent tardive des patients. Si cette arrivée s'effectue avant 18h, c'est le praticien hospitalier du service qui assure l'entretien d'admission. Dans le cas contraire, ce praticien verra le patient au plus tard le lendemain pour affiner ou réajuster le diagnostic, le traitement et les consignes.

Lors du « staff » du matin, un médecin référent est désigné au nouveau patient ; il n'existe pas de protocole déterminé, la désignation est fonction de la pathologie, du médecin ayant réalisé l'entretien d'admission, de l'existence d'un suivi antérieur, du nombre de patients déjà suivis. Le médecin référent assurera le suivi ultérieur et rencontrera le patient de manière étroite durant les premiers jours, puis selon des besoins déterminés par l'état et les demandes du malade et les signalements de l'équipe. C'est le médecin référent qui, le cas échéant, rédigera les certificats médicaux exigés par la loi.

S'il a été beaucoup insisté sur le fait que les décisions étaient toujours individuelles et révisées en permanence, il apparaît qu'à leur arrivée, les patients sont la plupart du temps priés de revêtir un pyjama et de laisser leur téléphone portable au service, de ne pas recevoir de visite ni de contacter l'extérieur à l'exception d'une personne à prévenir lors de l'accueil.

Informations relatives aux droits des patients. Pour les patients admis sans consentement, l'entretien de notification de la décision de placement est l'occasion de préciser leurs droits. En pratique cette décision ne parvient au service que plusieurs jours après l'arrivée du malade. L'imprimé de notification est transmis à l'unité d'accueil, pré-rempli par le service qui gère le registre de la loi. Il a été décidé de souligner l'importance de cette notification à travers un entretien spécifique qui est le fait du médecin référent et d'un infirmier. Le médecin se charge d'expliquer la décision, d'informer le patient des modalités des voies de recours et de la suite de la procédure – notamment de l'intervention du JLD – et de recueillir la signature du patient sur l'imprimé de notification. Si le patient n'est pas en état de signer ou s'y refuse, le médecin et l'infirmier attestent avoir notifié la décision et apposent leur double signature.

Une copie de la décision est conservée dans l'unité et classée au dossier du malade³⁹. Copie ne lui est remise qu'à la demande.

³⁹ En pratique, il ne s'agit, selon les informations recueillies, que de la décision du préfet de police, à l'exclusion de celle du directeur de l'hôpital.

Les informations relatives aux droits des patients et aux recours sont à nouveau données, par le médecin, le cadre de santé ou un infirmier, à l'occasion de la saisine du JLD, soit au moment de la convocation en vue de l'audience, soit au moment de la notification de la décision.

L'ensemble du personnel médical et soignant affirme que l'avis du patient est pris en considération tant en ce qui concerne le principe de l'hospitalisation que les modalités de la prise en charge. A aucun moment cependant le recueil de cet avis n'est formalisé.

La personne de confiance. Médecins et personnels soignants déclarent travailler en étroite collaboration avec la famille et les proches, sollicités dès que possible. Qu'il s'agisse de la demande du patient ou de leur intervention spontanée, les personnes qui manifestent un réel intérêt pour le malade sont reçues par le médecin référent et un infirmier ; dans la limite de l'accord du patient, ils reçoivent des informations sur son état de santé et sont invités à participer aux entretiens ; ils sont associés à la préparation de la sortie

La démarche cependant n'est pas formalisée et il nous a été dit que la désignation d'une personne de confiance au sens de la loi du 4 mars 2002 « n'était pas entrée dans les mœurs ».

Sorties. Si la décision *stricto sensu* ressort, selon le statut du malade, du directeur de l'hôpital ou du préfet de police sur avis favorable du psychiatre, il a été indiqué aux contrôleurs que, de fait, la proposition de sortie accompagnée, au sens de l'article L.3211.11.1 du code de la santé publique, émanait de l'équipe toute entière, en lien avec un projet de programme de soins.

Pour des raisons de disponibilité du personnel, il est souvent fait appel à la famille mais il nous a été indiqué que, une à deux fois par semaine, l'accompagnement était réalisé par des soignants ; c'est le cas notamment lorsqu'il s'agit d'une courte démarche à l'extérieur ou d'un bref retour à domicile, afin de vérifier les conditions d'accueil.

Depuis la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 il n'y a pas eu d'opposition du directeur de l'hôpital ni du préfet de police, qui ont toujours pris des décisions conformes à l'avis du psychiatre.

Le patient et sa famille sont avisés du cadre dans lequel cette sortie intervient. Il n'a pas été signalé d'incident majeur.

La semaine précédant la visite des contrôleurs, une personne avait bénéficié d'une sortie accompagnée, avec un membre de sa famille. Les autres personnes hospitalisées sans leur consentement faisaient toutes l'objet d'un programme de soins.

La sortie de soins est préparée pour tous les patients selon une méthode identique : il s'agit d'une proposition d'équipe, élaborée dans la mesure du possible en concertation avec la famille, à tout le moins la famille prévenue, et toujours en lien avec les autres équipes intervenant sur le secteur.

Elle est en général précédée de sorties progressives permettant de vérifier l'adaptation en milieu naturel.

Elle donne toujours lieu à un entretien médical spécifique.

S'agissant des personnes admises sans leur consentement, il n'a pas été fait état d'opposition du préfet de police ou du directeur de l'hôpital.

d. La vie dans l'unité

La vie des patients est largement déterminée par les consignes médicales inscrites sur la fiche « modalités quotidiennes de prise en charge d'hospitalisation », qui mentionne la conduite à tenir en matière de chambre, de port de vêtements, de téléphone, visites et sorties.

Pour sept des vingt patients présents au jour du contrôle, une indication de maintien en pyjama était posée, sans qu'il s'agisse nécessairement de nouveaux arrivants.

Comme il a été indiqué plus haut, seize patients étaient autorisés à recevoir des visites, dont deux limitées à une personne précise. Dix patients n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité ; parmi eux sept relevaient d'une admission en soins libres dont deux de très longue date⁴⁰. Deux patients étaient régulièrement enfermés dans leur chambre plusieurs heures par jour, à raison de leurs troubles du comportement.

Les visites se font dans un petit salon réservé à cet effet, séparé du service par une porte vitrée fermée à clé.

Les critères avancés pour justifier le choix d'une visite en dehors des chambres sont pour l'essentiel une plus grande facilité de gestion et un respect du secret concernant les autres personnes hospitalisées, qui demeurent souvent dans le même quartier. Des exceptions sont faites, notamment si le patient est alité. Il peut être relevé que l'accès au petit salon constitue pour le patient un moyen éventuel pour quitter le service puisque l'ascenseur lui est alors librement accessible. En pratique, aucun incident de ce type n'a été signalé ; le droit de recevoir des visites s'accompagne en principe d'une certaine acceptation par le malade de son hospitalisation ; en cas de difficulté, le visiteur est avisé de la nécessité d'être vigilant.

Il doit être relevé que cinq personnes, quoique ne relevant pas d'une interdiction médicale, étaient de fait privées de visites ; l'une à raison de sa nationalité étrangère, les quatre autres, faute de tout lien familial ou social.

La privation du **téléphone** portable est systématique, dès l'entrée et en général pour toute la durée du séjour. Les raisons avancées sont la possibilité de prendre des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée des tiers et le risque de se laisser tenter par un usage contraire aux intérêts du malade lui-même. Le téléphone portable des patients est donc consigné dans la bagagerie, éventuellement accessible à certaines heures de la journée pour consulter ses appels ou en recevoir, selon prescription médicale.

⁴⁰ La question se pose pour ces derniers de l'adaptation de leur statut, d'autant qu'ils bénéficient d'une mesure de protection judiciaire.

Il existe une cabine à cartes dans le couloir de l'unité. Elle peut être utilisée exclusivement pour passer des appels mais ne peut en recevoir. Le cadre de santé a fait savoir aux contrôleurs que, dans la mesure où le médecin avait donné un avis favorable aux appels, il était fréquent qu'un patient soit autorisé à recevoir, voire à passer des appels, depuis le bureau infirmier.

Au jour de la visite, deux personnes étaient interdites d'accès au téléphone ; six disposaient d'un droit limité à un appel par jour dont quatre avec un interlocuteur précis, les autres personnes disposant d'un accès encadré par des horaires.

A l'opposé, l'un des patients s'était vu permettre un libre accès à son portable afin de pouvoir écouter de la musique.

Courrier. La fiche « modalités quotidiennes de prise en charge » ne comporte pas de rubrique spécifique au courrier.

Le cadre de santé a fait savoir aux contrôleurs que le courrier était libre, à l'arrivée comme au départ. Il ne semble pas que ce point fasse l'objet de difficultés particulières.

Informatique. Il n'existe pas de poste informatique dédié aux patients. Au jour de la visite, l'une des fiches « modalités quotidienne de prise en charge » mentionnait expressément la possibilité d'accéder à internet. Cet accès, nécessairement limité, se faisait sur l'un des postes de travail en compagnie d'un soignant.

Activités. Une activité ergothérapie se tient au quatrième étage pour les deux unités du secteur. Il s'agit de loisirs manuels créatifs (peinture, collages...) accessibles à quelques patients. Une nouvelle ergothérapeute venait de rejoindre le service et l'activité était en cours de refonte au moment de la visite des contrôleurs ; ceux-ci n'ont pas pu obtenir de données précises sur le nombre de patients concernés, les critères de participation, les modalités de déroulement de l'activité. Une psychomotricienne propose aussi, à l'occasion, un atelier contes, ouvert à tous.

Le dimanche apparaît comme un moment privilégié puisque les patients bénéficient (pour un ou deux d'entre eux) d'une activité piscine et pour le plus grand nombre d'une activité pâtisserie. Cette dernière activité associe les patients à l'ensemble des séquences, de l'achat des ingrédients à la réalisation des gâteaux, jusqu'à leur dégustation en commun. Il s'agit souvent d'un « goûter musical » ; un soignant apporte sa guitare et le goûter s'accompagne de chants voire de quelques pas de danse. Le cadre de santé a tenu à souligner l'importance de ces moments de convivialité, plus aisés à organiser le dimanche.

Plusieurs autres activités sont à l'étude :

- une activité bibliothèque : l'idée a été abordée en équipe de mutualiser des livres apportés par des soignants pour les prêter aux malade. En l'état, il s'agirait de constituer une bibliothèque dans la salle télévision et d'organiser une activité de prêt deux fois par semaine, voire une activité lecture et débat. Il a été dit aux contrôleurs que le projet était au stade de l'écriture, afin d'identifier clairement les objectifs thérapeutiques et d'organiser l'activité en accord avec les intentions ;
- une activité esthétique, en cours de réflexion ;

- une activité jardinage en terrasse, également en cours de réflexion.

En pratique, un nombre important de patient déambule dans les couloirs – en pyjama pour un tiers d’entre eux – à longueur de journée. Avant l’heure des repas ils sont plusieurs à attendre devant la porte l’ouverture de la salle à manger ; il en va de même devant la salle de soins avant la « distribution » des médicaments. Ces attentes, pourtant collectives, pas plus que les repas ne donnent lieu à de longs échanges entre patients.

En revanche la préparation du couvert, comme la distribution des médicaments, est une occasion de dialogue avec le personnel soignant dont la disponibilité et la bonne humeur sont apparus réels. Les échanges ont aussi lieu de manière informelle et il n’est pas rare qu’un patient passe la tête dans la salle de détente du personnel ou qu’il intercepte un soignant dans le couloir pour présenter une requête ou solliciter un instant d’attention qu’il obtient sans difficulté.

Durant la visite des contrôleurs, la terrasse accessible était utilisée par les seuls fumeurs et guère plus que le temps d’une cigarette. Sauf contre-indication du médecin, ceux ci disposent de leur briquet et accèdent librement à cet endroit à tout moment, sans pour autant s’y attarder.⁴¹

La **sortie** de soins est préparée pour tous les patients selon une méthode identique : il s’agit d’une proposition d’équipe, élaborée dans la mesure du possible en concertation avec la famille, – à tout le moins la famille est prévenue – , et toujours en lien avec les autres équipes intervenant sur le secteur.

Elle est en général précédée de sorties progressives permettant de vérifier l’adaptation en milieu naturel.

Elle donne toujours lieu à un entretien médical spécifique.

Médecins et personnels soignants déclarent travailler en étroite collaboration avec la famille et les proches, sollicités dès que possible. Qu’il s’agisse de la demande du patient ou de leur intervention spontanée, les personnes qui manifestent un réel intérêt pour le malade sont reçues par le médecin référent et un infirmier ; dans la limite de l’accord du patient, ils reçoivent des informations sur son état et sont invités à participer aux entretiens ; ils sont associés à la préparation de la sortie.

La démarche cependant n’est pas formalisée et la désignation d’une personne de confiance au sens de la loi du 4 mars 2002 n’est pas entrée dans les mœurs.

⁴¹ Il est vraisemblable que, outre une température extérieure possiblement dissuasive, l’absence d’aménagement contribue à cette forme de fréquentation.

4.2.2.2 L'unité Minuchin

a. Les locaux

L'étage qui accueille l'unité présente la forme d'un « L ». Dans la plus grande barre de celui-ci, on trouve les chambres des patients, – dix-neuf individuelles et deux doubles –, ce qui autorise l'hospitalisation de vingt-trois malades. Le service dispose également d'une chambre d'isolement ; parmi les chambres individuelles l'une est médicalisée.

Hormis les chambres, dans cette barre du « L », sont situées une salle de bains utilisée notamment par les personnes placées à l'isolement, la salle de soins infirmiers et les deux **terrasses** extérieures de l'unité. La plus petite de celles-ci d'une superficie de 18 m² est l'espace fumeur de l'unité. Lors du passage des contrôleurs, elle était ouverte ce qui paraît être la règle à toute heure de la journée et de la nuit. Son ouverture est celle de deux baies vitrées coulissantes. Elle est équipée d'un cendrier posé sur pied et d'un banc en pierre similaire à celui qui existe dans le couloir en toute proximité de la baie vitrée. L'autre terrasse, plus vaste puisque d'une surface de 100 m², est un lieu non-fumeur. Elle est sécurisée par l'adjonction de bas volets transparents au sommet du mur en verre qui la délimite. C'est un lieu qui est en libre accès pour les patients, il est démuné de tout aménagement particulier. Le jour de la visite aucun malade ne se promenait dans cette cour.

La barre la moins longue du « L » comprend les espaces collectifs de vie des patients et les locaux d'exercice professionnel des personnels.

Le réfectoire est d'une superficie de 25 m² ; il est meublé de quatre tables entourées de six chaises, un comptoir le sépare de l'office. La salle de télévision est équipée de dix fauteuils à l'âge, à la forme et aux couleurs disparates, d'un poste de télévision à tube cathodique, d'un décodeur TNT et d'un magnétoscope.

Une salle multifonctions est meublée de quatre tables et de dix-sept chaises. Elle fait office de bibliothèque, de salle de jeux de société et de salle de musique, une chaîne hi-fi en permettant l'écoute. Dans cette pièce, fixé au mur, on trouve également un poste téléphonique utilisé par les malades pour réceptionner un appel extérieur qui a transité par la ligne administrative du service. Une salle d'ergothérapie laisse entrevoir une activité plus particulière dans le domaine de la peinture et de la poterie.

Le lieu collectif le plus utilisé est incontestablement le **couloir** : c'est l'espace où les malades marchent, interpellent les soignants et se posent sur deux bancs qui l'autorisent, dans la grande barre du « L ». Le seul autre espace collectif, où il a été donné aux contrôleurs l'opportunité de croiser des malades a été la salle de télévision, sans que l'on puisse noter chez les personnes présentes, huit, un intérêt démesuré pour le programme regardé. Le choix de celui-ci n'a pas été commenté malgré une interrogation à ce sujet.

Les **espaces des professionnels** comportent cinq bureaux – trois pour les médecins, celui des infirmières et celui du cadre de santé –, une salle de préparation des médicaments et la salle de repos et de réunion des personnels équipée de trois tables, quatorze chaises, d'un réfrigérateur, d'un four à micro-ondes, d'une armoire de rangement, d'une cafetière et d'un évier.

A l'exemple de l'ensemble du service, les locaux sont propres et des décorations murales sont présentes, des photos de grandes villes, avec un choix qui a porté fréquemment sur celle de New-York.

b. Les personnels

Le personnel médical est composé d'un praticien hospitalier responsable de l'unité, d'un assistant spécialiste et d'un interne, dont la présence collective au sein du service est à hauteur de 2,80 ETP.

Un cadre de santé est affecté à plein temps. L'effectif théorique des personnels infirmiers est de dix, il est en pratique au moment du contrôle de 7,20 ETP. Pour les aides-soignants, quatre sont affectés pour un théorique de cinq. Trois assistantes sociales travaillent pour un équivalent de 2,80 ETP sur les trois unités du secteur et le *pool* ergothérapie intervient une journée par semaine dans le cadre d'ateliers d'écriture et d'arts plastiques pour des groupes de quatre à cinq patients à chaque séance. Une psychomotricienne fait de même le lundi après-midi pour animer un atelier «conte», commun aux deux unités d'hospitalisation à temps plein du secteur 75 G 23. Cinq ASH complètent l'effectif du personnel de l'unité.

L'organisation du service de jour est basée sur un exercice quotidien de huit heures, 7h-15h et 13h-21h. Les transmissions entre les deux équipes se font à 13h30. L'effectif des soignants pour chaque tranche horaire non partagée est de deux infirmiers et d'un aide-soignant.

Dans l'unité, le service de nuit, assuré par l'équipe spécialisée sur l'ensemble de l'hôpital est d'une durée de dix heures.

Au titre de l'organisation du travail une réunion dite de «staff», regroupe tous les matins, les personnels médicaux, les soignants et les assistantes sociales. C'est une séance de travail qui a pour objet de faire un point sur la situation de tous les malades hospitalisés dans l'unité. Le mardi après-midi, animée par une psychologue, il est plus particulièrement évoqué les projets de vie et de sortie de quelques patients.

Le lundi après-midi est programmé un temps de régulation pour les personnels soignants hors la présence du cadre de santé et des médecins. Cette rencontre est pilotée par un psychologue. Ce temps de travail paraît connaître une baisse de fréquentation.

La même demi-journée se tient la réunion de secteur qui regroupe notamment les cadres et les médecins de toutes les unités intra-hospitalières mais aussi ceux de l'extrahospitalier. C'est une réunion qui est animée par le chef de service responsable du secteur Montmartre.

Pour ce qui a trait au fonctionnement propre de l'unité, les réunions d'équipe sont présentées comme rares, deux à trois fois dans l'année. Il est par contre sollicité par les personnes concernées, une réunion spécifique pour les cadres.

Au titre des pratiques professionnelles, il n'est pas mis en œuvre des réunions soignants-soignés. L'entretien médico-infirmier est la règle. Les soignants n'animent pas d'activités collectives. Ce fait serait en partie lié à la jeunesse de l'équipe.

Ce dernier point est un objectif d'évolution du service en lien avec une perspective qui consistera à organiser le service de tous les personnels soignants selon le principe de la longue journée.

En termes de sécurité des personnels, à l'exemple des autres services, les agents ne disposent pas d'alarmes portatives individuelles mais d'un «bip d'alarme» qu'il leur appartient de passer sur des barrettes qui sont fixées sur les murs du couloir de l'étage pour déclencher une alarme.

Lorsque celle-ci retentit, elle concerne l'ensemble des étages de l'hôpital, les personnels y répondent en se déplaçant vers le lieu spécifié sur le boîtier en empruntant les escaliers intérieurs qui relient l'ensemble des étages de l'immeuble. Ce lieu de circulation est fermé à chaque étage, il n'est pas accessible aux patients.

Hors les boîtiers précités, les locaux de soins, bureaux, salle de traitement sont équipés d'alarmes type «bouton poussoir» qui sont posés à même le sol.

c. Les règles de vie et de prise en charge des malades

Le jour du contrôle, l'unité Minuchin, hébergeait vingt-trois patients, treize hommes et dix femmes. Neuf de ceux-ci l'étaient sous le régime de la contrainte, sept en ASPDRE (cinq hommes et deux femmes), deux hommes en ASPDT.

L'hospitalisation la plus longue en soins libres datait du 22 novembre 2004, celle à la demande d'un tiers avait pris naissance le 4 septembre 2011 et celle sur décision du représentant de l'Etat le 7 septembre 2010. Le patient le plus jeune avait 27 ans, le plus âgé, 81 ans.

Les malades hospitalisés proviennent du service d'urgence de l'hôpital Bichat, de l'infirmerie de la préfecture de police de Paris et du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de l'hôpital Sainte-Anne. Ils peuvent également venir du secteur extrahospitalier à l'occasion d'un épisode de crise.

La **procédure d'admission** effectuée par un personnel infirmier comprend, la présentation du service, l'inventaire, l'installation dans la chambre, la mise en pyjama, le remplissage du formulaire de désignation de la personne de confiance et de la fiche douleur. Un entretien médico-infirmier suit ; il est l'occasion de présenter au malade le statut qui est le sien dans le cadre d'une admission sous contrainte et de lui signifier les modalités de prise en charge de son hospitalisation sur les éléments suivants : les horaires d'ouverture et de fermeture de sa chambre, l'accessibilité au téléphone, le droit à visite, celui à sortir et la vêtue autorisée.

Pour ce qui est de la **notification des droits**, le discours partagé par les personnels rencontrés, est celui du questionnement à propos de la capacité du patient hospitalisé généralement en état de crise et en situation de déni de sa maladie, d'entendre et de comprendre la procédure qui doit être mise en œuvre. Les praticiens s'interrogent également sur la multiplication des certificats médicaux qu'il convient de produire dans des délais courts. Celui de quinze jours pour la saisine du JLD est par ailleurs indiqué comme trop peu conséquent, les traitements proposés aux patients et leur prise en charge pour atteindre une stabilisation de leur état réclamant un délai supérieur évalué en moyenne à trois semaines.

En ce qui concerne la désignation de la **personne de confiance**, il a été porté à la connaissance des contrôleurs que le jour de la visite, onze malades avaient désigné lors de leur admission une personne de confiance.

Deux documents écrits sur support papier sont par ailleurs remplis :

- une fiche inventaire qui comprend en chapitre les items suivants : documents administratifs-espèces-vêtements-bijoux-objets divers ; en fin de document il apparaît les formules suivantes ; « Les signatures du patient et des soignants sont requises pour le retrait ou la remise d'objet ou de document. Indiquer le refus du patient. Il doit être rappelé au patient, par les soignants, que les objets et effets qui ne seront pas déposés restent sous son entière responsabilité » ;
- une fiche « observations à l'entrée » qui indique le motif de l'hospitalisation, la biographie de la personne, l'histoire de la maladie, les antécédents, l'état à l'entrée et les conclusions de ces données.

Il n'existe pas de document écrit qui fixe les règles de vie au sein du service, il est remis aux malades le règlement intérieur commun à Maison Blanche 18^{ème}. La détention de téléphone portable est prohibée hors, pour certains, la consultation des SMS en fin d'après-midi de 17h à 19h, en présence d'un soignant. Les communications téléphoniques lorsqu'elles sont autorisées sont faites à partir d'un téléphone à cartes situé en bout d'un couloir à proximité de la terrasse non-fumeur ou en utilisant la ligne administrative du bureau infirmier.

Les visites sont autorisées l'après-midi, de 14h à 18h. Elles peuvent se dérouler dans des lieux divers, le salon des visites situé en face des ascenseurs sur le palier qui précède l'entrée dans le service, au sein de celui-ci dans la chambre de la personne visitée ou sur les terrasses, et enfin, pour les patients qui sont autorisés à sortir de l'étage, à la cafétéria.

L'usage du tabac ne semble pas faire l'objet en termes de liberté de fumer de restrictions particulières ; il n'apparaît pas comme un des items de la prise en charge quotidienne de l'hospitalisation.

La distribution des médicaments se fait à la porte de la salle de soins dans la partie que l'on peut qualifier d'hébergement de l'unité. Les patients attendent l'un après l'autre. La confidentialité n'est qu'en partie assurée.

Les horaires de repas ainsi que la composition de ceux-ci sont affichés sur une des vitres du réfectoire. Ils sont fixés comme suit : 8h15-9h pour le petit-déjeuner, 12h15-13h pour le déjeuner, 18h15-19h pour le dîner. Le placement à table est libre pour les malades, sauf quelques situations particulières qui imposent pour des problématiques relationnelles une intervention des personnels soignants.

Les autorisations de sortie obéissent à une prescription médicale. Sur vingt-deux patients présents au moment de la visite, la situation était la suivante :

- quatre, admis en soins libres bénéficiaient de sortie libre sans condition ;
- trois, dont deux admis en soins libres et un en ASPRE, avaient des autorisations de sorties limitées dans le temps ;

- deux ne pouvaient sortir seuls que vers la cafeteria, un en soins libres, l'autre en ASPRE;
- six, dont quatre en soins libres et deux en ASPRE, ne pouvaient sortir qu'accompagnés ;
- quatre ne pouvaient se rendre qu'accompagnés à la cafeteria dont deux en soins libres ;
- trois admis en ASPRE n'étaient pas autorisés à sortir.

La gestion des possibilités de sortie des patients sous la forme d'un accompagnement paraît souffrir d'un manque de disponibilité des personnels et d'un lieu de vie, la cafeteria, qui en manque beaucoup ainsi que de la propension des malades à se satisfaire de ne rien faire. La rareté des activités proposées conduit par ailleurs à ne pas créer un dynamisme propre à sortir les malades d'un quotidien marqué par le sommeil, – les chambres sont en accès libre toute la journée – les repas, les temps de prise de médicaments et la déambulation dans les couloirs.

Vingt-trois fiches présentant les modalités de prise en charge d'hospitalisation ont par ailleurs été consultées. Il en ressort les éléments suivants :

- toutes les fiches comportent la définition du mode d'hospitalisation et le nom du médecin référent ;
- quatre malades étaient astreints au port du pyjama, la mise systématique le jour de l'admission ne paraît donc pas perdurer dans le temps ; ces mêmes personnes étaient privées de visites, elles étaient toutes hospitalisées sous contrainte ;
- deux patients étaient gérés avec un séquençement quant à l'ouverture et fermeture de la porte de leur chambre.

La prescription médicale est le fil conducteur de la prise en charge du patient qui paraît être davantage guidée par son état pathologique que par son statut administratif.

Le **recours à l'isolement** existe, selon les interlocuteurs rencontrés, d'une façon modérée. Les contrôleurs ont pu vérifier que la procédure dans sa déclinaison écrite était respectée. Si la contention est employée, il a été indiqué qu'elle s'accompagnait d'une sédation qui a pour objectif d'en limiter la durée.

Le jour du contrôle la chambre d'isolement était inoccupée.

4.2.2.3 L'hospitalisation de nuit : l'unité Collomb

L'unité de nuit Collomb assure l'hospitalisation de nuit (HDN) des patients des trois secteurs de Maison Blanche 18^{ème} ; sa gestion est assurée par le secteur G 23.

C'est une entité qui est en capacité d'accueillir dix-sept malades bénéficiant d'un programme de soins.

Elle comporte en effet dix-sept chambres individuelles, dont trois adaptées pour les personnes à mobilité réduite. Les malades ont à leur disposition une terrasse fumeurs équipée de mobilier de jardin et d'une salle de détente. Celle-ci comporte un poste de télévision, un appareil hi-fi, un meuble-bibliothèque où sont posés des livres et des jeux de société. Six fauteuils de couleur et une table basse donnent un air de gaîté à la pièce, contrairement à de nombreux locaux qui existent dans d'autres unités, notamment les espaces de vie collective des malades.

Une pièce lingerie permet aux patients d'entretenir leur linge personnel, elle est dotée d'une machine à laver et d'un sèche-linge. C'est un matériel qui est également utilisé pour laver le linge des personnes hospitalisées dans les autres unités du secteur 75 G 23.

Le réfectoire est situé au 7^{ème} étage, il est équipé de cinq tables, de quatre chaises, de trois fauteuils et d'un appareil hifi. Les murs sont décorés et en toute proximité de cette pièce on accède par une porte vitrée à une terrasse extérieure qui est pour partie végétalisée. Elle est pourvue également d'une longue table en bois et de deux bancs de même matériau. C'est un espace accessible par beau temps aux malades pour prendre les repas ou fumer.

L'espace plus professionnel de l'unité comprend trois bureaux : ceux de la cadre de santé, des médecins et des infirmiers. Une salle a par ailleurs de multiples fonctions, réunion, repas et repos pour les personnels mais aussi tisanerie pour les malades. Tel a été le constat fait par les contrôleurs à l'occasion de la visite de nuit effectuée notamment dans cette unité.

Le personnel

L'unité est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. Elle est coordonnée par un cadre de santé à hauteur de 0,60 ETP. L'équipe de nuit est composée de quatre infirmiers à plein temps et de trois aides-soignants. L'équipe de jour comprend deux infirmiers pour un volume de présence de 0,20 ETP chacun et de deux ASH en roulement sur huit heures. Les assistantes sociales du secteur G23 interviennent au sein de l'unité de nuit à l'exemple de ce qu'elles font dans les autres services du secteur.

Trois soignants sont présents la nuit de 21h à 7h. Un infirmier détaché de l'unité Bergeret assure les tranches horaires, 19h-21h et 7h-9h.

Au titre de l'organisation du travail, il est programmé une réunion de coordination tous les lundis après-midi. Elle précède l'offre faite ou imposée aux malades d'entretiens institutionnels avec le médecin référent de l'hôpital de nuit. Cette même possibilité de rencontre peut être programmée les jeudis et vendredis matins. Tous les mois, le lundi matin une réunion soignants-soignés est programmée.

Un **règlement intérieur** spécifique au service a été rédigé, il est remis aux malades qui doivent y apposer leur signature à côté de celle du membre du service qui lui remet et lui commente ce document. Celui-ci s'articule autour des thématiques suivantes :

- les modalités d'admission ;
- le fonctionnement thérapeutique ;
- les horaires ;
- le respect des lieux et des personnes ;

- l'argent ;
- les repas ;
- l'hygiène ;
- la journée ;
- la fermeture de l'HDN ;
- les permissions du week-end ;
- les autorisations.

Les malades hospitalisés ont pour origine les services d'hospitalisation à temps plein de Maison Blanche 18^{ème}. Ils peuvent également être hospitalisés à partir d'un CMP. Cette admission est précédée d'un rendez-vous pris par le patient lui-même ou l'équipe infirmière auprès de l'équipe soignante de l'HDN afin d'être reçu en entretien médical. Celui-ci a pour objectif de déterminer et d'établir le projet de soins qui convient au patient, d'évaluer la pertinence et la motivation de la candidature. Un contrat individuel de soins est alors proposé. Deux entretiens minimums sont requis avant toute admission.

L'hôpital de nuit est ouvert de 19h à 9h. Il est fermé du samedi 9h au dimanche 19h. Pendant les dix heures quotidiennes de fermeture, le malade doit gérer son temps en dehors de l'unité de soins en fonction de son projet de soins individuels. L'HDN est également fermé pendant quatre semaines au mois d'août.

Les heures de repas sont adaptés à ces horaires, 19h-19h30 pour le dîner, 7h30-8h pour le petit déjeuner.

A la période du contrôle, dix patients étaient hospitalisés au sein du service, dont trois dans le cadre de soins sous contrainte, l'un en ASPDT, et deux en ASPRE. La durée moyenne de séjour de ces patients au sein de l'unité était de six mois, le plus ancien patient était présent depuis vingt-deux mois et demi.

Le contrat initial passé avec les patients est d'une année, reconductible une fois. Le faible taux de personnes hospitalisées conduit à une réflexion sur l'ouverture de ce service à d'autres secteurs de Maison Blanche que le 18^{ème}.

La fermeture de l'unité une journée par semaine pose la question de l'hébergement une nuit chaque semaine. Pour les patients présents à la période du contrôle, cela se traduisait par les réponses suivantes :

- deux patients avaient un domicile privé ;
- trois autres étaient hébergés par un membre de leur famille ;
- cinq se réfugiaient dans un hôtel : la prise en charge financière de cet hébergement est prise à hauteur de 50 % par le secteur associatif.

Pour la période estivale de fermeture, un projet est construit à chaque fois pour chacun des patients avec la volonté que celui-ci s'intègre, comme les parisiens, dans leur translation géographique vers le soleil, la mer, la montagne ou la campagne. Parmi les personnes accueillies, certaines exercent une activité professionnelle qui peut leur autoriser une capacité financière propre à leur permettre une telle orientation ; trois patients au moment du contrôle étaient dans cette situation. L'équipe soignante avait pour autre projet, une sortie thérapeutique en fin d'année pour découvrir le marché de Noël à Strasbourg.

Le tableau suivant indique l'activité des deux unités en 2009, 2010 et de janvier à septembre 2010 :

| | 2008 | 2009 | 2010 | 01/01 au 30/09/2011 |
|--------------|-------|----------------|-----------------|------------------------|
| Entrées | 400 | 438 (+9,5 %) | 422 (-3,6 %) | 495 |
| Journées | 18133 | 18642 (+2,8 %) | 16493 (-11,5 %) | 12842 |
| DMS en jours | 45 | 43 | 39 | |
| DMS expurgés | 33 | 34 | 32 | |

4.2.3 Le secteur 75 G 24.

Le secteur 75 G 24 comprend une unité d'hospitalisation à temps plein au sein de Maison Blanche 18^{ème}. Celle-ci accueille les patients originaires de l'Est du 18^{ème} arrondissement, secteur La Chapelle-Goutte d'or. Elle porte le nom de Jean-Baptiste Pussin.

a. Les locaux.

L'unité J-B Pussin est située au deuxième étage du bâtiment. Elle présente la forme d'un rectangle évidé en son centre. Des espaces de circulation, couloirs, et terrasse extérieure permettent de cheminer sur l'ensemble du périmètre sans rencontrer d'obstacles fermés.

On accède à l'étage par des ascenseurs selon des modalités explicités à l'unité Charcot (§ 4.2.1.2)

Les chambres

Vingt-quatre chambres à un lit et une chambre à deux lits portent à vingt-six la capacité d'hébergement de l'unité. Il existe également deux chambres d'isolement. Hors des formes et des surfaces qui peuvent être à la marge différentes les chambres individuelles sont d'une nature similaire. Leur surface est de 12,5 m², elles disposent toutes d'un espace sanitaire privatif d'une superficie de 1,5 m² qui comporte une douche à l'italienne, un lavabo, un miroir, une étagère de rangement pour les objets de toilette à la gauche du lavabo et un sanitaire à l'anglaise. L'espace douche et lavabo est en plastique moulé.

L'agencement mobilier est constitué :

- d'un sommier de 0,90 m sur 2 m, d'un matelas d'une dimension identique le tout sur un lit en bois ;
- d'une chaise ;
- d'une tablette de chevet sans pied fixée au mur en forme de parallépipède d'une dimension de 0,35 m ;
- d'un plan en bois, scellé également au mur, d'une longueur de 1,60 m sur une largeur de 0,35 m qui a vocation à servir de table ;
- d'un placard mural qui va du sol au plafond, d'une largeur de 0,40 m et d'une profondeur de 0,66 m. Il comporte une penderie et dans sa partie sommitale deux étagères.

L'éclairage naturel est fourni par une fenêtre de 1,53 m de hauteur et de 0,77 m de largeur dans sa partie fixe et de 0,16 m dans sa partie mobile, celle qui permet l'aération de la chambre. L'éclairage artificiel est constitué de spots encastrés dans le plafond et d'une lampe de chevet fixée au mur à proximité de la tête de lit. Un interrupteur à la porte d'entrée de la chambre et un autre situé près de la tête de lit permettent de commander cet éclairage. De même à l'endroit précité, sont placés les commandes électriques qui autorisent la fermeture et l'ouverture des stores qui font office de volet.

Les portes, en bois, d'accès aux chambres disposent de deux verrous, l'un est destiné aux patients qui peuvent ainsi s'enfermer dans leur chambre mais aussi fermer celle-ci quand il la quitte. L'autre verrou est celui utilisé par les personnels pour conserver la maîtrise de l'ouverture de toutes les chambres. Un oculus rectangulaire en verre est positionné au centre de la porte. Dans le sens de la hauteur il mesure 0,90 m et présente une largeur de 0,13 m. Il altère le caractère plein de la porte. Il est assorti d'un film de plastique à l'exception d'une bande de 0,10 m, ce qui offre ainsi une visibilité de l'espace chambre à partir du couloir.

La chambre double d'une superficie de 20 m² est organisée d'une manière identique aux espaces individuels décrits ci-dessus avec un mobilier multiplié par deux dans ses composantes y compris pour les éléments tels que le plan en bois servant de table et le chevet. L'espace sanitaire est quant à lui partagé par les deux occupants.

Dans toutes les chambres, on trouve une prise de télévision et une prise téléphonique. Elles sont par contre démunies de bouton d'alarme ou d'appel.

Aucune décoration d'une nature personnelle ou administrative n'a pu être observée. Le caractère impersonnel et dénudé de ces espaces à dimension privative est très marqué.

Les **deux chambres d'isolement** sont situées dans le bout d'un couloir dénommé espace « fermable » qui comprend hors les deux locaux précités, trois des vingt-quatre chambres individuelles. Cet espace protégé accueille une salle à manger, dont la destination est celle d'être un lieu de restauration quand il s'agit d'isoler une personne malade des autres pour la prise des repas. C'est aussi un lieu propice aux entretiens infirmiers compte tenu de sa situation à l'écart du reste de l'unité.

Les chambres d'isolement sont identiques dans leur conception. Elles ne disposent pas d'un sas. La partie espace sanitaire est accessible de la chambre. Deux portes permettent l'accès de l'extérieur, l'une donne dans la chambre, l'autre dans le local sanitaire. Celui-ci est d'un agencement identique aux chambres classiques hors l'absence d'une douche. L'ameublement de ces pièces est limité à un matelas en mousse recouvert d'une housse de couleur bleu et d'un tabouret en mousse également recouvert d'une housse. Le matelas fixé au sol est équipé des points de fixation nécessaires à une mise en contention.

Les espaces de vie collective

Le réfectoire d'une superficie de 25 m² est équipé de cinq tables toutes entourées de six chaises. Un comptoir le sépare de l'espace office.

La salle de télévision est meublée de neuf fauteuils. Les conditions de son accessibilité ne paraissent pas faire l'objet d'une note écrite. Les malades rencontrés dans cette salle ont fait état de leur incompréhension devant l'absence de règles, notamment pour ce qui a trait à la fermeture de cet espace dans le cadre du service de nuit.

Une salle d'ergothérapie laisse entrevoir que mosaïque, poterie et peinture sont les activités proposées aux malades dans le cadre de cette prise en charge thérapeutique.

Une salle polyvalente est équipée de trois tables rectangulaires, de trois tables trapézoïdales, de deux armoires – dont l'une était ouverte – avec des jeux de société à l'intérieur et de onze chaises usagées. Pendant le temps de la visite, cette salle a été utilisée dans le cadre d'une activité peinture. Un éducateur y intervient également tous les mercredi matin.

Un atelier esthétique dans une pièce réservée à cet effet est animé par deux infirmières une fois par semaine, le mercredi après-midi.

Une autre pièce en toute proximité de la terrasse de l'étage est utilisée d'une manière multifonctionnelle. Salle de tisanerie pour les personnels, elle est également le lieu de stockage des livres qui constituent la bibliothèque de l'unité. C'est aussi un espace parfois utilisé par les soignants pour faire une activité cuisine avec les patients, essentiellement en fin de semaine. Cette salle comprend trois tables, huit chaises, des fauteuils en plastique, cinq, de type salon de jardin, une armoire de rangement pour les ustensiles de cuisine, un réfrigérateur, une machine à café, un four à micro-ondes, un mini-four et un évier.

La **terrasse**, d'une surface de 88 m², est le seul espace à l'air libre de l'unité, elle représente l'extérieur. Elle a la forme d'un rectangle dont l'un des côtés, une des deux longueurs, donne sur la rue, l'autre sur la partie évidée en son centre de l'immeuble. La façade qui donne sur l'extérieur est, à sa base constituée d'un mur en béton, qui est relayé à hauteur de 3 m par une paroi vitrée. L'autre côté est un mur de béton d'une hauteur de deux mètres surmonté d'une séparation en verre de 1,50 m sur laquelle a été installé un bas-volet de 0,50 m. Cette architecture a pour objectif de limiter les risques de défenestration des patients.

Sur l'un des petits côtés du rectangle, une porte de type baie vitrée laisse apparaître la salle multifonction évoquée *supra*. L'autre côté est marqué par la présence de deux escaliers, l'un permettant de rejoindre le troisième étage, l'autre de descendre au premier. L'escalier montant, de dix-huit marches, est fermé en son sommet par une grille dont la sécurité est renforcée par une chaîne et un cadenas. Le cheminement descendant comprend également dix-huit marches avec une grille fermée à clé en sa base.

Sur la rambarde qui protège cette descente, un objet de construction artisanale, enserme un briquet dans un boîtier métallique. Cet objet a pour objectif de permettre de gérer avec plus de sécurité la question des fumeurs. Il est le fruit de l'ingéniosité d'un des membres du personnel de l'unité.

Le sol est une dalle en béton ; deux piliers de même matériau, soutiennent un toit qui recouvre les deux tiers de la terrasse.

La terrasse est éclairée naturellement, mais aussi par un éclairage artificiel constitué de trois lustres. Elle ne dispose pas d'un équipement mobilier important : deux cendriers sur pied sont les seuls éléments en la matière. Une note affichée sur une des deux portes d'accès indique qu'il est interdit de sortir des chaises sur la terrasse. Le souci de la sécurité des patients est le moteur de cet écrit, un projet de bancs scellés au sol est dépendant du budget de l'unité. Ce lieu est aujourd'hui un espace fumeurs et un passage obligé pour les malades dans leur promenade périmétrique dans les couloirs de l'unité, il ne possède aucun des atouts d'un lieu de vie.

Les locaux d'exercice professionnel des personnels

Dans un des petits côtés du rectangle sont regroupés, le bureau du chef de service, trois bureaux médicaux, les deux bureaux des assistants sociales, celui du cadre supérieur de santé et le secrétariat.

La salle de soins, celle de confection des traitements, le bureau des infirmiers, le bureau du cadre de santé, la salle de repos des aides-soignants et trois bureaux médicaux sont disséminés dans les autres ailes de l'unité.

b. Les personnels

Le secteur 75 G 24 est placé sous la responsabilité d'un médecin chef de service pour l'intra et l'extrahospitalier. Un cadre supérieur de santé est nommé sur l'ensemble du secteur.

Au sein de l'unité d'hospitalisation, trois médecins dont le responsable d'unité exercent pour un temps collectif de 2,60 ETP. Un cadre de santé officie à plein temps, il était absent pendant la période du contrôle.

L'équipe des infirmiers comprend huit ETP, huit postes d'infirmiers sont à pourvoir. Pour pallier ce fort déficit en personnel, il est fait appel à des intérimaires ou il est recouru aux heures supplémentaires.

Les aides-soignants sont au nombre de six dont un en sureffectif.

Deux assistantes sociales, un *pool* d'ergothérapeute présenté comme intervenant tous les jours, une psychomotricienne qui intervient une journée par semaine et un éducateur dont le rôle est de créer une alliance thérapeutique avec les patients pour leur faciliter leur suivi à l'extrahospitalier, complètent les acteurs de la prise en charge des personnes hospitalisées.

L'organisation du service des personnels infirmiers est rendu complexe par la pénurie des personnels mais aussi par le fait que les présents ont des horaires de travail d'une nature différente ; certains travaillent à la journée sur une amplitude de douze heures, d'autres selon une base de huit heures par jour selon le séquençement suivant : 7h15-15h ou 14h-21h. A cela il peut être ajouté que, parmi eux, certains ont un exercice professionnel partagé entre l'intra et l'extrahospitalier.

Les aides-soignants pour ce qui les concerne travaillent tous selon le rythme de la longue journée (douze heures).

L'équipe lorsqu'elle est complète en service de jour est constitué de trois infirmiers et de deux aides-soignants. En tout début de service et à la fin de celui-ci les contraintes organisationnelles conduisent à n'avoir qu'un infirmier et un aide-soignant de 7h à 8h et de 20h à 21h.

L'organisation du travail et la prise en charge des malades s'articulent autour de différentes **réunions** :

- la plus régulière est celle appelée «staff» ; elle se déroule tous les matins à partir de 10h. Un contrôleur a pu assister à l'une d'entre elle. Animée par la responsable du secteur, elle a eu pour objet de faire un état de la situation de tous les malades présents dans le service. Les trois médecins de l'unité, le cadre supérieur de santé, une assistante sociale, les infirmiers et aides-soignants de service et des étudiants formaient un groupe de dix-sept personnes lors de cette séance de travail ;
- le jeudi après-midi se tient une réunion dite de secteur, qui rassemble les personnels médicaux, le cadre supérieur de santé, les cadres de santé, les assistantes sociales de l'intra et de l'extrahospitalier. Elle a également pour principal sujet la situation des patients pris en charge ;
- une réunion institutionnelle avait eu lieu au sein de l'unité d'hospitalisation la semaine précédant celle du contrôle avec pour objet le fonctionnement du service. Ce type d'instance n'obéit pas à un calendrier précis ;
- une réunion animée par une psychologue est programmée tous les quinze jours avec l'équipe infirmier, à partir de situations particulières de malades ; elle se veut être une instance de régulation.

Il est proposé également aux personnels des temps de formation. Trois séminaires sont programmés dans le mois. Ils ont au moment de la visite pour sujets, la thérapie familiale, le sens du symptôme et une réflexion sur l'angoisse. Il a été indiqué aux contrôleurs que c'était une offre forte par rapport à la capacité des personnels à y répondre au regard du sous-effectif existant.

Dans la gestion des personnels la question pendante est celle de l'organisation de leur service avec des positionnements au sein de l'équipe des infirmiers d'une nature différente. Les plus anciens sont attachés à un travail d'une durée quotidienne de huit heures, arguant du fait qu'au-delà, ils ne sont plus en mesure de mettre en œuvre une prise en charge de qualité des patients. La notion de continuité des soins est également mise en avant par une présence plus régulière au sein du service. Ce même argument de continuité des soins est évoqué par les tenants d'un service organisé selon le principe de la longue journée sur le temps de travail quotidien. Ce mode de travail permettrait de mettre plus aisément en place une vie sociale extérieure, notamment pour tenir compte de l'éloignement des lieux de résidence de nombre de professionnels. C'est un rythme de travail recherché par les plus jeunes.

Le service longue journée permet également une gestion plus aisée des personnels quand l'effectif de celui-ci est trop peu important.

Les aides-soignants, selon les renseignements recueillis, n'ont pas eu le choix de leur organisation de travail : ils officient aujourd'hui tous en douze heures. Il ne semble pas qu'une décision du même type soit accessible pour les infirmiers dans l'immédiat, les plus attachés au maintien de l'existant évoquant leur départ si les choses devaient évoluer dans un sens qu'ils ne souhaitent pas, ce qui dans une situation de manque de personnels infirmiers est un argument non négligeable.

Il a été évoqué également devant les contrôleurs « la lassitude actuelle des soignants au regard d'une charge de travail importante et constante. Le taux d'occupation du service est de 98 % avec une rotation des malades, ce qui se traduit par une tension professionnelle qui connaît peu de répit ».

c. Les règles de vie et de prise en charge des malades

Le **projet de service** énoncé est celui d'une hospitalisation la plus courte possible pour les malades afin d'éviter la chronicisation des situations après que l'épisode de crise ait été passé. La durée moyenne de séjour, vingt-sept jours, est la traduction de cette volonté. Plus que le suivi médical et thérapeutique extérieur, la difficulté principale rencontrée pour faire quitter l'hôpital aux patients serait celle de l'hébergement. Le recours à l'hôtel est nécessaire parfois, pour combler le peu de places existant dans les foyers, le nombre restreint d'appartements thérapeutiques et bien souvent l'absence de solution de type privative pour les malades.

Le quartier de la Goutte d'or est présenté comme un des plus pauvres de Paris avec une population cumulant les difficultés sociales. Déscolarisation, chômage, cellules familiales désagrégées, addictions ont été les maux évoqués pour caractériser partie de cette population dont sont originaire les patients. A cela il est ajouté les "voyageurs pathologiques" en provenance de l'étranger ou de la province attirés par les lumières de Paris.

La population suivie par le secteur est pour cela qualifiée de difficile. Les personnes hospitalisées présentent des pathologies lourdes, ce sont majoritairement des hommes, et pour plus de 50 %, elles sont soignées sous la forme d'une hospitalisation sans leur consentement.

d. Les patients

Le jour du contrôle le service accueillait vingt-huit patients, vingt et un hommes et sept femmes. Neufs d'entre eux étaient en ASPRE (huit hommes et une femme), cinq en ASPDT, (trois hommes et deux femmes). L'hospitalisation libre la plus ancienne avait débuté le 02 février 2011, celle sous contrainte, le 26 avril 2011 pour un malade en provenance d'une unité pour malades difficiles (UMD). Le malade le plus âgé avait 61 ans et le plus jeune, 17 ans. Deux patients étaient placés en chambre d'isolement.

La consultation des éléments de leur dossier, a permis au contrôleur de constater que les procédures afférentes à cette situation avaient été respectées. L'une de ces personnes sortaient de la chambre d'isolement sur des séquencements réguliers afin de partager la vie collective, le second autiste et handicapé physique, – un fauteuil roulant était présent dans sa chambre – était contenu dans un régime plus restrictif.

Les malades sont accueillis dans le service, le plus souvent après qu'ils aient transité par le service d'urgence de l'hôpital Bichat, l'IPPP de Paris ou le CPOA de l'hôpital Sainte-Anne. Des patients du secteur en état de fragilisation psychique sont également directement hospitalisés sans passer par un service d'urgence.

L'**admission** obéit aux pratiques habituelles en la matière. Un personnel soignant accueille le patient, lui présente le service, dresse l'inventaire contradictoire de ses effets, l'installe dans la chambre, sollicite une mise en pyjama. Un entretien médico-infirmier permet d'expliquer au patient le statut qui est le sien, admission libre ou sans consentement, de recueillir la désignation de la personne de confiance, de remplir la fiche douleur et de présenter les modalités initiales de sa prise en charge sur le plan médical.

Cet entretien est réalisé par un des médecins du service, en l'absence de ceux-ci, un interne de garde se substitue à eux.

Le règlement intérieur de Maison Blanche 18^{ème} est remis sans qu'il y soit adjoint un document d'information et de communication propre à l'unité, un tel écrit n'existant pas.

La forme de la prise en charge du malade est de fait déterminée par les consignes médicales et de gestion qui sont celles du document intitulé «modalités quotidiennes de prise en charge d'hospitalisation». Les items de celui-ci sont le mode d'hospitalisation, l'identité du médecin référent, la nature de la chambre d'hospitalisation, le séquençement de l'ouverture et de la fermeture de la porte de celle-ci, le téléphone, les visites, les sorties et les vêtements.

Une analyse d'un échantillon de vingt-quatre de ces feuillets a permis de constater les éléments suivants :

- à huit reprises, l'identité du médecin référent n'a pas été notée ;
- à treize occasions, le mode d'hospitalisation n'a pas été spécifié,
- à quatorze reprises, le port du pyjama était une consigne édictée ;
- quatorze malades ne bénéficiaient pas d'une autorisation de sortie ;

La mise en pyjama systématique des personnes hospitalisées, pour une durée indiquée à minima de soixante-douze heures a été explicitée par des soucis de sécurité, d'hygiène, de prise de conscience du statut d'hospitalisé ; il ressort cependant des échanges que l'habitude n'est pas un élément étranger à cette pratique.

L'accès au téléphone sur consigne médical est possible. Les patients détenteurs d'un portable ont ainsi la possibilité de l'utiliser tous les jours entre 17h et 19h. Un poste de téléphone à cartes est à disposition de ceux qui en seraient dépourvus et l'utilisation de la ligne administrative du service est également une pratique existante.

Pour ce qui est des **ordinateurs portables** le dépôt au vestiaire est la pratique, il n'existe pas de connexion wifi accessible aux patients au sein de l'unité.

Les horaires de visite, toujours si elles sont autorisées, ont été selon les personnes interrogées à géométrie variable, l'horaire le plus fréquemment énoncé a été celui de 13h30-18h. Ces visites peuvent se dérouler dans la salle prévue à cet effet en face des portes des ascenseurs extérieurs au service, à la cafeteria si le patient est autorisé à s'y rendre ou dans la chambre du patient. C'est cette dernière solution qui est la plus utilisée, elle autorise en sus un contact entre l'équipe soignante et les visiteurs des malades, l'équipe médicale ayant exprimé toute l'importance de cette prise en charge familiale ou amicale dans le processus de soins de la personne malade.

Dans le domaine de la prise en charge il a pu être noté que la **gestion du tabac** était celui de la liberté de fumer dans le seul lieu fumeur de l'étage, la terrasse. Les soignants sont amenés parfois à aider le malade dans la gestion quantitative de sa consommation. Lors de la visite de nuit, cette unité a été parcourue : un malade fumait sur la terrasse qui était ouverte et dans un même temps une forte odeur de cigarette provenait d'une chambre, ce qui entraîné une réaction immédiate du personnel soignant présent.

Les menus de la semaine et les horaires de repas sont affichés sur l'une des vitres du réfectoire : petit déjeuner à 8h30, déjeuner à 12h30, dîner entre 18h30 et 19h. L'installation des malades est laissé à leur appréciation sauf quand un différend relationnel oblige à une intervention des personnels.

Ces temps de repas sont précédés par la **distribution des médicaments**, deux pratiques ont été observées ; celle d'une distribution à partir du chariot sur lequel sont déposés les piluliers individuels devant la porte de la salle de confection des traitements ou le même chariot poussé à la porte du réfectoire afin que les patients soient médicamentés quand ils s'approchent de la salle à manger. Dans les deux cas, la confidentialité de l'administration des traitements ne paraît pas respectée.

Sur la même vitre du réfectoire il était également apposé une note ayant pour objet une **réunion soignants-soignés**. Ces rencontres sont régulières, une fois tous les quinze jours, l'ordre du jour est arrêté par le cadre de santé en fonction de la demande des patients qui est recueillie au fil de l'eau.

Pour ce qui a trait aux **activités** les contrôleurs ont été amenés à constater la mise en place une journée, d'une d'entre elle dans la salle polyvalente, une séance de peinture, sans que pour cela il puisse être affirmé qu'elles sont nombreuses, la perception contraire est la plus présente.

Ce qui marque dans le service, c'est la marche incessante des malades, la plupart en pyjama, dans les couloirs. Certains investissent le parcours périmétrique pour d'autres, les allers et retour sans passer par la terrasse est la pratique. A l'occasion de ces translations les malades quémangent des cigarettes, des horaires de repas, de distribution de médicaments, de l'attention. Les contrôleurs ont été interpellés plusieurs fois par des malades, la disponibilité qui était leur, a facilité les échanges et, sans doute, a comblé un vide, celui de l'inactivité mais aussi de l'échange avec l'autre.

A un temps t, il a été porté à la connaissance des contrôleurs l'état statistique des personnes malades au regard des **sorties de l'unité** :

- Sur les quinze malades en situation de soins libres :
 - treize bénéficiaient sans accompagnement de l'autorisation de se rendre à la cafétéria,
 - les deux autres nécessitaient la présence d'un accompagnant.
- Pour les cinq personnes admises à la demande d'un tiers, les sorties devaient être toutes accompagnées ;
- pour les personnes admises sur décision du représentant de l'Etat, au nombre de huit, l'accompagnement était également requis pour sept, le dernier étant privé de toutes sorties hors le service.

Force a été de constater malgré ces autorisations que les sorties de l'étage n'étaient pas nombreuses, le manque de disponibilité des personnels étant une raison parmi d'autres de cet engouement limité. Il faut y ajouter que l'espace cafétéria n'est pas des plus attractifs, ce qui rend incompréhensible l'interdiction qui est faite aux malades de pénétrer dans l'espace vert qui se situe au rez-de-chaussée de l'hôpital. Ainsi, le seul écrin de verdure d'une structure minéralisée n'est pas accessible aux patients.

Le tableau suivant indique l'activité de l'unité d'hospitalisation en 2009, 2010 et de janvier à septembre 2010 :

| | 2008 | 2009 | 2010 | 01/01 au 30/09/2011 |
|--------------|------|----------------|----------------|------------------------|
| Entrées | 358 | 381 (+6,4 %) | 357 (-6,3 %) | 319 |
| Journées | 9485 | 9635 (+1,58 %) | 9695 (+0,62 %) | 4731 |
| DMS en jours | NC | NC | 27 | NC |
| DMS expurgés | 23 | 23 | 24 | |

NC : non communiqué

5- LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS

Une note interne à l'ensemble des structures en date du 18 octobre 2011, signée par le médecin responsable du groupe accueil Maison Blanche Hauteville, indique : « il a été décidé de déployer des lits d'appoint sur chaque site avant de solliciter l'hébergement du patient sur un autre site ».

Il existe quatre lits d'appoint pour le site Bichat. Ils sont stockés au sous-sol.

Les contrôleurs ont constaté que, faute de lits disponibles sur tout le site le 16 novembre 2011, un lit d'appoint avait été installé dans la chambre 110 de l'unité Ribot dans le secteur G 22. Un lit devait être mis à disposition pour un homme arrivé en ASPRE. Il a été installé dans la chambre 104, chambre individuelle, précédemment occupée par une femme, dont la sortie était prévue le 17 novembre. Celle-ci est venue occuper le lit d'appoint dans la chambre 110 qui est devenue double.

Pendant la même période, l'unité d'hospitalisation du secteur 75 G 24 a été également confrontée à une problématique de sur-effectif, cela a conduit à une hospitalisation temporaire au sein d'une unité du secteur G 23, et à l'adjonction d'un lit d'appoint dans une chambre déjà occupée par un autre malade .

L'utilisation des chambres d'isolement comme une chambre d'accueil est par ailleurs une pratique qui a été énoncée aux contrôleurs pour répondre à un temps de forte demandes d'hospitalisation.

6- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

6.1 La procédure d'isolement

Un document intitulé « procédure d'isolement thérapeutique psychiatrique », a été mis en application le 2 mai 2006 (en phase de test sur la structure de Paris 19^{ème} et le secteur G 23) et mis à jour le 21 mars 2007. Il a pour objectif de décrire les différentes modalités d'isolement thérapeutique psychiatrique et de surveillance en chambres de soins intensifs ou en « chambres ordinaires ».

Il en donne le domaine d'application : « acte de soin consistant à isoler le patient dans sa chambre ou une chambre spécifique nommée chambre de soins intensifs psychiatriques. Démarche multi-professionnelle qui commence parfois par la maîtrise du patient dans une unité ne disposant pas de l'équipement disponible adapté à l'état du patient et qui peut alors se prolonger par son transfert dans une unité qui en dispose ». Les patients concernés sont : «les patients en hospitalisation d'office, en hospitalisation à la demande d'un tiers ou en hospitalisation libre (pour ces derniers, la modification du mode d'hospitalisation doit être envisagée si l'isolement se prolonge au-delà de quelques heures ».

La responsabilité de chacun est envisagée dans le processus : directeur d'établissement de santé, médecins, équipes soignantes et paramédicales, encadrement et direction des soins.

Chaque terme (isolement thérapeutique psychiatrique, chambre de soins intensifs psychiatrique, chambres de soins « ordinaire », actes conservatoires) fait l'objet d'une définition.

Le processus décrit la chronologie des actes à mettre en œuvre :

- la décision de l'isolement psychiatrique thérapeutique par le médecin ou en cas d'urgence par l'équipe infirmière dans le cadre des actes dits conservatoires ;
- l'information du patient. Dans ce cadre la réglementation sur le tabac doit être abordée ; la nécessité d'informer l'entourage est examinée ;
- la prescription médicale et la mise en conformité de la chambre ;
- l'installation du patient dans sa chambre. L'utilisation de la contention peut être prescrite avec le matériel adéquat ;
- les soins et la surveillance ;
- l'application de la prescription ; surveillance psychique, somatique et biologique, vérification de l'hygiène et de la satisfaction des besoins fondamentaux du patient ;
- hygiène de la chambre à effectuer toutes les 24 heures ;
- levée de l'isolement ;
- remise en conformité de la chambre de soins intensifs.

Plusieurs fiches, situées dans le dossier patient sont renseignées durant l'isolement :

- la fiche « mise en place de l'isolement thérapeutique psychiatrique » est à remplir par un membre de l'équipe soignante, lors de l'initialisation de la mesure et à chaque renouvellement de 24 heures ;
- la fiche de « prescription d'isolement thérapeutique psychiatrique » est à remplir par les médecins prescripteurs de l'isolement et de ses modalités particulières ;
- la fiche « surveillance et soins quotidiens du patient en isolement thérapeutique psychiatrique » est renseignée par l'équipe soignante au fur et à mesure qu'elle effectue ces soins ;
- une fiche « logigramme de l'isolement thérapeutique psychiatrique » qui synthétise toute la procédure est à la disposition de l'équipe et des médecins du service.

Il n'existe pas de registre permettant de retracer l'occupation des chambres d'isolement ou des chambres sécurisées.

Le service de sécurité incendie n'est pas informé du placement et de la sortie d'un patient en chambre d'isolement ou en chambre sécurisée.

La fiche de prescription ne prévoit pas d'informer la famille du placement à l'isolement du patient.

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), une étude sur l'isolement thérapeutique psychiatrique et une seconde sur les effets indésirables de la contention ont été menées au sein de l'établissement de santé en novembre 2006.

Dans le cadre des EPP, une étude régulière au hasard des feuilles de chambres d'isolement et de contention a été menée en 2010 sur l'ensemble des sites de Maison Blanche par une équipe intitulée « staff EPP éthique ». Un des comptes-rendus de réunion indique : « A la lecture de quarante fiches de deux services sur trois mois, il est apparu que de nombreuses fiches n'ont ni prescription initiale ni renouvellement justifié ni la présence d'éléments cliniques justifiant la sortie hors de la chambre ». Le staff EPP éthique a préconisé des recommandations, validées par le comité éthique et présentées à la CME du 20 septembre 2010 : [...] le comité d'éthique préconise que toutes dimensions restrictives soient motivées et régulièrement actualisées dans le cadre des soins prodigués en fonction de l'état de santé du patient par un avis médical. Le comité rappelle, par ailleurs, qu'il existe un règlement intérieur et des lois qui traitent de ce sujet ».

Une fiche EPP concerne « l'état des lieux dans les 23 et 24^{ème} secteurs par examen de 30 dossiers pour le remplissage de la fiche d'isolement thérapeutique et le remplissage de la fiche prescription et traçabilité de la contention ». L'objectif était « la hiérarchisation des items à revoir afin d'obtenir une meilleure cohérence » et « la fusion des deux fiches isolement et contention ». Les réunions du groupe de travail étaient prévues entre juin 2010 et janvier 2011 avec l'élaboration d'une fiche unique.

Une fiche staff EPP concerne « les bonnes pratiques soignantes dans la prise en charge des patients accueillis en chambre d'isolement ou en chambre fermée ». Elle fait suite aux difficultés rencontrées au sein des unités du 29^{ème} secteur de Paris. Les réunions devaient se dérouler entre février et juin 2011.

Les contrôleurs n'ont pas pu disposer des nouvelles fiches.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « une procédure EPP est en cours (médecins et infirmiers) sur le site Avron ».

6.2 Les chambres d'isolement

Dans l'ensemble de la structure, il existe cinq chambres d'isolement et deux chambres dites sécurisées. Le tableau suivant indique leur répartition par secteur et leur occupation le jour de la visite des contrôleurs :

| Lieux d'implantation | nombre | occupation |
|----------------------|----------------------|--|
| Secteur G 22 | 1+ 2ch sécurisées | 1 chambre sécurisée hors service La chambre d'isolement et la 2 ^{ème} chambre sécurisée occupées par ASPRE |

| | | |
|--------------|---|--|
| Secteur G 23 | 2 | Bergeret : inoccupée Minuchin : inoccupée |
| Secteur G 24 | 2 | 2 occupées par personnes hospitalisées sans leur consentement |

6.3 Le recours à la contention

Dans le cadre des EPP, une étude a été menée de juin à novembre 2006, en vue de la certification de l'établissement en 2007, sur « les effets indésirables de la contention ». Dans la présentation, le document indique : « l'usage de la contention physique se retrouve dans tous les services de psychiatrie adulte de l'hôpital de Maison Blanche, elle est une nécessité thérapeutique et il nous a semblé important, plutôt que de jeter un voile pudique sur une pratique qui existe, de vérifier qu'elle était réalisée dans des conditions transparentes et éthiquement acceptables ».

L'évaluation a été réalisée sur tous les événements indésirables signalés au service qualité concernant les patients ayant nécessité une contention entre août et octobre 2006 dans l'ensemble de l'établissement.

Vingt cas ont été recensés durant la période d'étude. Les résultats de l'étude sont les suivants :

- « 75 % des situations concernent des hommes ;
- les 2/3 des indications sont liées à des comportements hétéro agressifs ou de destruction de matériel ;
- le personnel mobilisé est majoritairement masculin ;
- les conditions de réalisation ont paru conformes aux bonnes pratiques : information du patient, décision collégiale avec prescription médicale d'emblée ou de régularisation, surveillance infirmière ;
- trop souvent, la cotention est réalisée dans une chambre d'accueil, les chambres d'isolement étant soit occupées, soit hors service (dans 40 % des cas). Ce qui pose deux questions :
- certaines contentions n'auraient-elles pu être évitées si une chambre d'isolement avait été disponible ?
- la réalisation d'une contention en chambre d'accueil remplit-elle les conditions de surveillance et de sécurité ?

- le point à améliorer est apparu celui de la surveillance médicale, en particulier somatique qui est insuffisante : examen initial, surveillance au cours de la contention, avis médical à la levée de la prescription ;
- la durée de la prescription n'est jamais indiquée dans les réponses collectées : c'est à dire que l'indication médicale étant posée, l'initiative de détacher le patient revient à l'équipe infirmière qui est effectivement mieux à même d'évaluer l'opportunité de la mesure en fonction de l'état psychique du patient. [...] Certains protocoles préconisent une durée minimale de la contention prescrite (quelques heures) à l'issue de laquelle le médecin aura nécessairement à la reconduire ou pas ;
- dans les cas exceptionnels où la contention se prolonge au-delà d'un délai habituel (patient particulièrement résistant, contre-indication des neuroleptiques), il est recommandé de s'entourer des conseils du médecin somaticien pour prévenir d'éventuelles complications de décubitus ;
- l'effectif du personnel tout au long de la contention dépend de la qualité et la durée de l'acte [...], ce qui signifie le désir partagé que le patient recouvre sa dignité ou bien en permettant de ne pas différer le moment de la levée pour des raisons de manque d'effectif ;
- la contention représente une lourde charge émotionnelle pour le patient comme pour l'équipe. La séquence qui va du passage à l'acte du patient à la levée de la contention doit faire l'objet d'une reprise institutionnelle avec l'ensemble de l'équipe et avec le patient ».

Le groupe de travail proposait plusieurs axes d'amélioration :

- la mise en place d'une fiche de traçabilité de la mise sous contention à évaluer au cours du premier semestre 2007 ;
- le personnel soignant en nombre suffisant ;
- la présence du médecin lors de la décision ;
- la formulation de la décision de contention au patient.

Une fiche « prescription et traçabilité de la contention » a été remise aux contrôleurs. La dernière version est datée d'avril 2009.

Il n'existe pas de registre permettant de retracer les mesures de contention. Celles-ci font l'objet d'une prescription dans le dossier du patient.

Les contrôleurs ont rencontré un patient hospitalisé en chambre d'isolement et placé sous quatre points de contention depuis le 3 novembre 2011. Il n'avait pas été vu par le médecin généraliste.

A l'unité Minuchin, si la contention est employée, il a été indiqué qu'elle s'accompagnait d'une sédation qui a pour objectif d'en limiter la durée. Le jour du contrôle la chambre d'isolement était inoccupée.

7- LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

Pour tenter de recruter de nouveaux infirmiers, la direction de l'établissement mène une politique active : participation aux « salons infirmiers », annonces dans les revues professionnelles et sur le site de la fédération hospitalière de France, distributions large de « flyers », projection d'une vidéo sur le site internet de l'établissement, affichage des postes vacants sur la lettre de l'établissement distribuée avec les fiches de paye et sur le site intranet et prospection dans les divers instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de la région⁴².

Grâce à ce dispositif, 200 entretiens sont menés chaque année dont un tiers aboutit à un recrutement. Ces données concernent l'ensemble de l'établissement de santé.

Sur le site de Bichat, le problème de logement des soignants est un des obstacles au recrutement. L'établissement dispose d'un foyer d'infirmières de sept places à Paris 19^{ème}. Il permet d'héberger des infirmiers qui viennent d'être recrutés pour une période de six mois, le temps pour eux de trouver ensuite un logement.

Un « livret d'accueil du personnel » est remis aux personnes nouvellement affectées dans l'établissement de santé. Le document présente l'hôpital et son histoire, la carrière des agents, la vie institutionnelle, l'environnement social et la santé des personnels.

Les personnels soignants qui travaillaient antérieurement sur le site de Neuilly-sur-Marne continuent d'habiter dans cette partie de l'Île de France. Ils peuvent disposer de la crèche située sur le site historique de l'établissement ou utiliser trois berceaux d'une crèche privée à Paris 10^{ème} avec laquelle Maison Blanche a passé une convention.

Des contrats de pré-recrutement de deux ans sont proposés aux étudiants de troisième année des IFSI. Ils perçoivent 800 euros. Dans les cinq ans, 50 % restent dans l'établissement.

Un aide-soignant est titularisé dans les deux ans, une infirmière, à son recrutement. Le recrutement des ASH se fait sans concours.

En 2010, l'établissement de santé a dépensé 2 439 000 euros pour rémunérer les heures supplémentaires et les vacances de personnels intérimaires. Pour 2011, la prévision serait un peu supérieure.

Entre janvier et septembre 2011, 13 198 heures de remplacement ont été nécessaires pour pallier les absences des personnels de Maison Blanche-Bichat (intra et extrahospitaliers) soit du 18 % du total de l'ensemble du site. A titre d'exemple, 14 564 heures pour le site d'Avron (Paris 20^{ème}) et 11 777 pour le site du 19^{ème} arrondissement.

La répartition des remplacements par grade est indiquée dans le tableau suivant :

⁴² Notamment les IFSI de Neuilly-sur-Marne, de Bichat, Saint-Louis, et la Croix-Saint-Simon.

| | Nombre d'heures |
|---------------------|--------------------|
| Infirmiers | 10 057 (69,1 %) |
| Aides- soignants | 4 361 (30 %) |
| ASH | 37 (0,2 %) |
| Total | 14 455 |

Les 14 455 heures à remplacer durant la même période (janvier à septembre 2011) sur le site Bichat sont effectuées selon plusieurs modalités indiquées dans le tableau suivant :

| Modalités | Nombre d'heures |
|---|--------------------|
| Heures supplémentaires Maison Blanche | 9 716 |
| Intérim | 3 968 |
| Vacations Maison Blanche | 422 |
| Heures non effectuées | 349 |
| Total | 14 455 |

Les heures supplémentaires sont effectuées par des personnels volontaires mais ceux-ci ne réalisent pas forcément ces heures là dans leur unité d'affectation ni dans le site dans lequel ils sont affectés.

Les personnels intérimaires interviennent sur toute la structure de l'EPSM et ne connaissent pas forcément le lieu dans lequel ils sont amenés à travailler.

De janvier à septembre 2011, les dépenses de remplacement de personnel du site Bichat ont représenté 18 % de la somme totale⁴³.

Pour la même période, huit agents ont quitté le secteur G 22, huit, le G 23 et huit le G 24 soit un total de vingt-quatre personnes.

Durant la même période l'absentéisme, par unité de soins, est indiqué dans le tableau suivant :

| Unité de soins | Nombre de jours d'absence | Nombre de jours d'absence pour maladie |
|-----------------|---------------------------|--|
| Charcot | 901 | 426 (47,2 %) |
| Ribot | 581 | 339 (58,3 %) |
| Bergeret | 418 | 244 (58,3 %) |
| Minuchin | 444 | 310 (69,8 %) |
| Hôpital de nuit | 388 | 124 (31,9 %) |
| Pussin | 559 | 211 (37,7 %) |
| SAU Bichat | 57 | 12 (21 %) |
| Total | 3 348 | 1 666 |

Pour l'année 2010-2011, six nouveaux infirmiers (deux par secteur) ont bénéficié d'un tutorat. Soixante-cinq agents – dont quinze appartenant au service des urgences- ont pu suivre une formation sur divers sujets.⁴⁴

Les agents disposent de quatre alarmes individuelles par unité : une pour le cadre de santé et trois pour les infirmiers. Une alarme incendie indique le lieu de l'incident et entraîne la fermeture concomitante des portes coupe-feu. Une sonnerie différente signifie l'appel à renforts. Les contrôleurs ont assisté à un déclenchement de ce type d'alarme : un aide-soignant et une infirmière se sont déplacés sur le lieu de l'appel (accueil du rez-de-chaussée) ; en fait il s'agissait d'une fausse alarme.

Les points essentiels concernant les conditions de vie au travail résultent de la mutation de l'EPSM Maison Blanche situé autrefois à Neuilly-sur-Marne.

L'implantation sur le site de l'hôpital Bichat a nécessité la construction d'un bâtiment en hauteur dont l'architecture diffère des pavillons que les personnels connaissaient auparavant.

⁴³ 21% dans l'extrahospitalier, 15% dans le 19^{ème}, 17% dans le 10^{ème}, 18% dans le 20^{ème} et 29% à Neuilly-sur-Marne.

⁴⁴ Les formations ont traité de la technique des entretiens (douze agents), de la responsabilité juridique des personnels infirmiers (cinq agents), de la prise en charge des urgences psychiatriques (vingt-cinq personnes dont quinze exerçant aux urgences), de l'accueil et la prise en charge du suicidant (six agents), des gestes et chariot d'urgence (sept agents) et une formation d'adaptation à l'emploi pour dix agents.

L'entrée à ce bâtiment est commune à celle de l'hôpital de Bichat.

L'architecture du bâtiment induit une sécurisation, notamment des ascenseurs, ce qui se traduit par un enfermement des patients, même si les personnels peuvent permettre l'accès aux ascenseurs.

Bien qu'affectés à Maison Blanche 18^{ème} sur le site de Bichat, les personnels ont conscience d'appartenir à l'EPSM Maison Blanche, même s'ils considèrent que la culture qui était la leur est en train de se modifier, ce que la plupart regrettent.

L'EPSM Maison Blanche, aux fins de conserver une unicité dans la gestion de ses personnels, s'appuie beaucoup sur les différents modules de formation mis en œuvre et sur les informations transmises par un intranet actualisé régulièrement.

CONCLUSION

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation n° 1 : Le choix de l'implantation dans les locaux du CHU Bichat de secteurs de psychiatrie desservant Paris 18^{ème} a permis de rapprocher le lieu d'hospitalisation du domicile des patients et de bénéficier de la proximité des services de cet hôpital et notamment des urgences. Cependant la prise en charge des patients dans un bâtiment de huit étages autour d'un patio central, dont l'accès leur est interdit n'est pas sans poser problème (Cf. § 2.1 et 2.3).

Observation n° 2 : Le véhicule amenant les patients stationne sur une voie intérieure et ce même si le patient est sur un brancard. Un aménagement pour les véhicules près de la porte d'entrée du bâtiment serait plus opportun (Cf. § 3.1.1).

Observation n° 3 : La communication n'est pas aisée avec l'agent d'accueil situé dans le hall du rez-de-chaussée. Un aménagement de cet accueil faciliterait les communications patients/agents (Cf. § 3.1.1).

Observation n° 4 : Il est pris acte de la mise en service, depuis la visite des contrôleurs, de nouveaux imprimés de notification (Cf. § 3.2.1.2).

Observation n° 5 : Il est également pris acte de la mise en service, depuis la visite des contrôleurs, d'un livret d'accueil actualisé (Cf. § 3.2.1.3) avec les voies de recours (Cf. § 3.2.1.5).

Observation n° 6 : Il serait nécessaire de formaliser le recueil des observations des patients prévu par la loi du 5 juillet 2011 (Cf. § 3.2.1.6).

Observation n° 7 : Il est pris acte de la mise en place, depuis la visite des contrôleurs, de la transmission par courriel au TGI des requêtes et dossiers de convocations (Cf. § 3.2.2).

Observation n° 8 : Les conditions de l'audience devant le JLD devraient être améliorées : convocation tardive, mobilisation durable d'équipes soignantes pour conduire le patient au tribunal et long trajet imposé au patient, attente et entretien avec l'avocat dans un couloir ; les conditions d'une bonne défense mériteraient également d'être interrogées : formation, conditions de la rencontre avec le client, consultation du dossier (Cf. §3.2.3).

Observation n° 9 : Il est pris acte de l'intérêt d'un registre de la loi pour cette structure, établissement annexe. Il conviendrait qu'il soit officiellement ouvert (Cf. § 3.4).

Observation n° 10 : Les tiers signant les demandes d'hospitalisations ne devraient pas appartenir à une administration hospitalière. Les assistantes sociales qui signent cette demande doivent justifier leurs liens antérieurs avec le patient concerné par l'hospitalisation (Cf. §3.4.1).

Observation n° 11 : Il serait souhaitable que la direction fixe une composition type du collège soignant et qu'un modèle type de décision du collège soignant soit rédigé. Les dates de convocation de ce collège qui devraient figurer n'apparaissent pas (Cf. § 3.4.2).

Observation n° 12 : De même, il serait souhaitable de mettre en œuvre une décision type de programme de soins. Le patient devrait signer le programme de soins le concernant (Cf. § 3.4.3).

Observation n° 13 : L'accès à l'exercice des divers cultes devrait être considérablement amélioré (Cf. § 3.9).

Observation n° 14 : La confidentialité des communications téléphoniques devrait être assurée. La gestion des téléphones portables, autorisés dans un secteur et interdite dans les deux autres pourrait faire l'objet d'une réflexion commune. (Cf. § 3.11.2).

Observation n° 15 : Une réflexion devrait se tenir quant à la possibilité d'offrir aux patients l'accès à internet (Cf. § 3.11.4)

Observation n° 16 : La circulation des patients admis en soins libres ne devrait pas souffrir de restriction (Cf. § 2.3, 3.1.3, 4.2.1.2 a, 4.2.2 c, et 4.2.3.d).

Observation n° 17 : Les activités proposées aux patients ne devraient pas être limitées aux fins de semaine. En sus des projets existants, de nouvelles initiatives sont à encourager dans ce domaine (Cf. § 4.1.4).

Observation n° 18 : Il serait utile que le médecin généraliste soit systématiquement informé du placement des patients en chambre d'isolement ou en chambre sécurisée et/ou en contention et de leur durée. Même si l'interne en psychiatrie effectue un examen, Il pourrait évaluer l'état somatique de ces patients (Cf. § 4.1.5 et 6.3).

Observation n° 19 : A l'exception des consultations de neurologie, les consultations de spécialités s'effectuent dans de bonnes conditions au CHU Bichat (Cf. § 4.1.5).

Observation n° 20 : L'absence de règles de vie écrites et de temps de passage de consignes prévu dans l'organisation du service peut avoir des conséquences sur la gestion des malades par les personnels de nuit affectés, selon les besoins d'une unité à une autre (Cf. § 4.1.7).

Observation n° 21 : Les terrasse des unités Charcot et Pussin devrait être équipée de sièges (Cf. § 4.2.1.2 a et 4.2.3.a).

Observation n° 22 : Les chambres d'isolement ne disposent pas de sas ; le bouton d'appel devrait être accessible si le patient est sous contention. (Cf. § 4.2.1.2.a, 4.2.2.2.a et 4.2.3.a)

Observation n° 23 : La mise en pyjama systématique lors de l'admission de tous les patients quel que soit leur mode de soins est contraire à leur dignité (Cf. § 4.2.1.2.c, 4.2.2.1.c, 4.2.2.2.c et 4.2.3.d)

Observation n° 24 : Les voies de recours des hospitalisations sans consentement et la possibilité de passer devant le juge des libertés et de la détention (JLD) doivent être expliquées aux patients dès que leur état clinique le permet (Cf. 4.2.1.2.c).

Observation n° 25 : La décision du JLD doit être remise au patient dès sa transmission au service dans le cadre d'un entretien spécifique (Cf. § 4.2.1.2.c).

Observation n° 26 : La gestion du tabac devrait faire l'objet d'une réflexion entre les équipes de jour et de nuit (Cf. § 4.2.1.2.c).

Observation n° 27 : Il serait utile que les patients puissent bénéficier de davantage de prestations d'ergothérapie et de psychomotricité durant leur séjour (Cf. § 4.2.1.2.c).

Observation n° 28 : Dans le secteur G22, la durée moyenne de séjour justifierait la mise en place d'activités et l'accès des patients au patio situé au rez-de-chaussée (Cf. § 4.2.1)

Observation n° 29 : L'hospitalisation de nuit accueillant des patients y compris sous contrainte est apparue comme une bonne alternative à l'hospitalisation complète (Cf. § 4.2.2.3).

Observation n° 30 : Il n'existe pas de registre d'isolement ou de registre de contention retraçant les mesures prises contrairement aux recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 18 juin 2009 à la suite de la visite du centre hospitalier de Limoges (Haute-Vienne) publiées au Journal officiel de la République française du 2 juillet 2009 (Cf. §6.1 et 6.3).

Observation n° 31 : L'établissement mène une politique active de recrutement des agents. Il doit cependant faire face à un important absentéisme lié à la lassitude des personnels sur leurs conditions d'exercice. Beaucoup sont liées au transfert de Neuilly-sur-Marne sur le site de Bichat (Cf. § 7).

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| 1- Conditions générales de la visite. | 2 |
| 2- Présentation générale de l'établissement. | 4 |
| 2.1 L'implantation. | 4 |
| 2.2 La psychiatrie à Paris. | 5 |
| 2.3 L'organisation fonctionnelle de l'établissement. | 5 |
| 2.3.1 Le personnel médical. | 7 |
| 2.3.2 Le personnel non médical. | 7 |
| 2.4 Les données financières. | 8 |
| 2.5 L'activité. | 10 |
| 3- hospitalisation sans consentement et exercice des droits. | 11 |
| 3.1 L'arrivée des patients. | 11 |
| 3.1.1 L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. | 11 |
| 3.1.2 L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat. | 13 |
| 3.2 Les modalités d'admission. | 14 |
| 3.2.1 Les formalités administratives..... | 14 |
| 3.2.2 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 | 19 |
| 3.3 3.3.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention. | 21 |
| 3.4 Le registre de la loi. | 24 |
| 3.4.1 De quelques éléments relevés sur le livre de la loi. | 25 |
| 3.4.2 Le collège soignant..... | 26 |
| 3.4.3 Le programme de soins..... | 27 |
| 3.5 L'information sur la visite des autorités. | 29 |
| 3.6 La protection juridique des majeurs. | 29 |
| 3.7 La désignation d'une personne de confiance. | 31 |
| 3.8 L'accès au dossier médical. | 31 |
| 3.9 L'accès à l'exercice d'un culte. | 32 |
| 3.10 La commission départementale des soins psychiatriques. | 33 |
| 3.11 La communication avec l'extérieur. | 34 |
| 3.11.1 Les visites..... | 34 |

| | | |
|-------------|---|------------|
| 3.11.2 | Le téléphone..... | 35 |
| 3.11.3 | Le courrier..... | 36 |
| 3.11.4 | L'informatique et l'accès à l'internet..... | 36 |
| 3.12 | La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. | 37 |
| 3.13 | L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM). | 39 |
| 4- | Les conditions d'hospitalisation. | 39 |
| 4.1 | Éléments communs à tous les secteurs..... | 39 |
| 4.1.1 | Le règlement intérieur..... | 39 |
| 4.1.2 | La restauration..... | 40 |
| 4.1.3 | La blanchisserie..... | 41 |
| 4.1.4 | Les activités communes..... | 42 |
| 4.1.5 | Les soins somatiques..... | 43 |
| 4.1.6 | Le comité de lutte contre la douleur..... | 45 |
| 4.1.7 | Le service de nuit..... | 45 |
| 4.2 | Analyse détaillée par secteur..... | 47 |
| 4.2.1 | Le secteur 75 G 22..... | 47 |
| 4.2.2 | Le secteur 75 G23..... | 61 |
| 4.2.3 | Le secteur 75 G 24..... | 80 |
| 5- | La suroccupation et les transferts..... | 89 |
| 6- | Le recours à l'isolement et à la contention..... | 89 |
| 6.1 | La procédure d'isolement..... | 89 |
| 6.2 | Les chambres d'isolement..... | 91 |
| 6.3 | Le recours à la contention..... | 92 |
| 7- | Les conditions de vie au travail..... | 94 |
| | Conclusion..... | 97 |
| | Table des matières..... | 101 |

