



Hôpitaux de Saint-Maurice

ESQUIROL

(Val-de-Marne)

Du 11 au 20 mai 2011

Contrôleurs : Betty Brahmy, chef de mission,

Laurence Hamel,

Thierry Landais,

Isabelle Le Bourgeois,

Louis Le Gouriérec,

Claire Jullien, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs et une stagiaire de l'école des hautes études en santé publique de Rennes ont effectué une visite des secteurs de psychiatrie des Hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne) du 11 au 20 mai 2011.

Le rapport de constat a été transmis le 2 août 2011 au directeur de l'établissement de santé, afin de recueillir les observations éventuelles dans un délai de six semaines.

Après une relance effectuée par téléphone auprès de la direction de l'établissement le 24 janvier 2013, le directeur de l'établissement de santé a répondu le 28 janvier 2013. Il a indiqué dans ce courrier : « notre silence s'explique par le fait que conformément aux termes de votre courrier d'accompagnement, nous faisons très globalement nôtres les conclusions de votre rapport qui a d'ailleurs été porté à la connaissance des experts-visiteurs lors de la visite de certification faite par la Haute Autorité de Santé qui a eu lieu en novembre 2011 ».

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés sur le site de l'hôpital Esquirol, siège des services de psychiatrie, situé 57, rue du maréchal Leclerc à Saint-Maurice (94), le 11 mai 2011 à 10h. Ils ont quitté l'établissement le 20 mai à 16h45.

Ils ont été accueillis par le directeur adjoint des hôpitaux de Saint-Maurice.

La visite avait été annoncée par un courrier au chef d'établissement en date du 4 mai 2011.

Les contrôleurs ont effectué une visite de nuit le 18 mai 2011 de 21h à 22h45.

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

L'affichette annonçant la visite avait été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

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

Une réunion de présentation de la mission a eu lieu le mardi 11 janvier. Elle a rassemblé :

- le directeur adjoint de l'établissement de santé, directeur de la clientèle et de la qualité, représentant le directeur ;
- le directeur adjoint en charge des affaires médicales ;
- le directeur adjoint en charge des affaires générales ;
- le coordonnateur de la gestion des risques ;
- la coordinatrice et le directeur du service de soins infirmiers ;
- les psychiatres responsables des quatre pôles de psychiatrie adulte dont le président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- un psychiatre responsable d'un pôle de psychiatrie infanto-juvénile comportant un centre d'accueil pour enfants et adolescents ;
- les quatre cadres supérieurs des pôles de psychiatrie adulte ;
- un attaché d'administration en charge des affaires générales, des affaires juridiques et des droits des patients ;
- un représentant de l'organisation professionnelle majoritaire du personnel ;
- une représentante départementale de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) ;
- un représentant des usagers.

Lors de cette réunion, le représentant du personnel est intervenu à propos des conditions de travail des personnels soignants qui auraient des effets sur la qualité des soins, la sécurité des patients et des personnels et pour conséquences, la mise à l'isolement et le recours à la contention chimique. Il a également évoqué la question de la sur-occupation des lits et du taux de rotation important et celle posée par l'enfermement sur le plan éthique, juridique et clinique.

Un contact téléphonique a été pris avec le chef de cabinet du préfet du Val-de-Marne, avec le secrétariat de la procureure de la République près du tribunal de grande instance (TGI) de Créteil et avec le secrétariat du directeur de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile de France.

Les contrôleurs ont eu un entretien avec :

- le directeur des hôpitaux de Saint-Maurice ;
- le président du conseil de surveillance ;
- la présidente de la CME ;
- le directeur des affaires médicales ;
- la coordinatrice et le directeur du service de soins ;
- la responsable de la pharmacie ;
- le médecin responsable du service des soins somatiques ;
- le médecin responsable du comité d'éthique ;

- le médecin responsable du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- le médecin responsable du comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;
- le représentant de l'UNAFAM ;
- le responsable de l'aumônerie catholique ;
- des représentants de l'organisation syndicale majoritaire.

2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

L'hôpital Esquirol est construit en espalier sur le flanc d'un coteau dominant la vallée de la Marne. Ses bâtiments sont tous orientés plein Sud et pourvus de grandes baies vitrées afin que les patients puissent profiter au maximum de l'ensoleillement comme le voulait le docteur Jean-Etienne Esquirol.

L'établissement est composé de deux barres de bâtiments parallèles d'un étage, situés à deux niveaux différents du terrain, d'une longueur de 450 m sur une profondeur de 200 m avec un dénivelé total de 35 m. Les bâtiments sont conçus de telle manière qu'au niveau supérieur, le regard ne soit pas arrêté par les constructions du niveau inférieur qui ne leur masquent pas la lumière.

Au niveau inférieur, les services administratifs et médicaux sont disposés de part et d'autre d'un pavillon central donnant sur une cour d'honneur carrée, arborée, fleurie et très bien entretenue. Le pavillon central est flanqué de deux ailes en retour.

Le passage d'un niveau à l'autre, pour les piétons, nécessite d'emprunter un escalier à double volée auquel on accède par six marches de pierre menant à un premier palier duquel part, de chaque côté, un escalier de soixante marches scindé en trois portions de vingt marches fractionnées par deux paliers. La pente de ces escaliers est très raide. Cela conduit ceux qui l'empruntent par nécessité à bien réfléchir à l'utilité du déplacement avant de s'y engager... ou bien à prendre un véhicule et à emprunter les voies de circulation internes qui contournent les bâtiments moyennant un trajet plus long.

Les escaliers sont situés de part et d'autre d'une statue de Jean-Etienne Esquirol, sur le palier d'accès.

En haut de l'escalier se trouve une chapelle dont l'architecture rappelle celle d'un temple grec et, dans son prolongement, un ancien cloître abrite l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et une école nationale de kinésithérapie et de rééducation (ENKRE). Au-delà d'un mur d'enceinte et d'une voie de circulation intérieure, on accède aux bâtiments de l'hôpital national de Saint-Maurice (HNSM).

Les services de soins des deux niveaux de constructions sont implantés chacun autour d'une cour engazonnée et à la vue très dégagée sur la vallée de la Marne et l'ensemble de l'agglomération parisienne. Cette cour est entourée d'une galerie de promenade à colonnes couverte. Des grillages métalliques ajourés ont dû être posés sur le pourtour pour éviter des accidents et, surtout, en raison d'intrusions de personnes étrangères à l'établissement venant s'y livrer à des trafics divers et, notamment, de drogues.

2.1 La psychiatrie à Paris et dans le Val-de-Marne

La population de la ville de Paris est prise en charge par cinq établissements publics de santé (EPS) : Esquirol, Maison Blanche, Sainte-Anne, le groupe hospitalier de santé Perray-Vaucluse et l'hôpital « l'Eau vive » à Soisy-sur-Seine (91).

Dans le Val-de-Marne, trois établissements hospitaliers spécialisés (EPS Paul Guiraud de Villejuif, les Murets à la Queue-en-Brie et Esquirol), un CHU, (Albert Chenevier à Créteil) et deux centres hospitaliers généraux (Paul Brousse à Villejuif et intercommunal de Villeneuve Saint-Georges) assurent l'hospitalisation de la population du département.

2.2 Présentation générale de l'établissement

L'Hôpital national de Saint-Maurice et l'établissement public de santé Esquirol ont fusionné en janvier 2011 pour constituer les hôpitaux de Saint-Maurice. Cette fusion s'est construite progressivement sur plusieurs années après un rapprochement des deux entités d'abord sur la chaufferie, puis le laboratoire, l'imagerie, la lingerie, le garage et la direction des finances en 2001.

Les hôpitaux de Saint-Maurice constituent avec l'institut national de veille sanitaire (INVS) qui se trouve également sur le domaine, 30% du territoire de la commune de Saint-Maurice.

L'ensemble du domaine a une superficie d'environ quarante hectares dont vingt sont dédiés à la psychiatrie.

L'hôpital Esquirol représente 40% de l'activité des hôpitaux de Saint-Maurice.

Le premier hôpital, d'une capacité de sept lits, a été construit en 1641 par l'ordre de Saint-Jean de Dieu.

Selon le livret d'accueil, « en 1833, Jean-Etienne Esquirol, psychiatre français, conçoit l'hôpital actuel en insistant sur la volonté curative de l'établissement au travers de l'aménagement des espaces et de son architecture ».

En ce qui concerne la psychiatrie adulte, l'établissement de santé assure l'hospitalisation de la population habitant six arrondissements de Paris (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 11^{ème} et 12^{ème}) et celle d'un secteur du Val-de-Marne incluant les communes de Saint-Maurice, Charenton-le-Pont, Alfortville et Saint-Mandé. Pour les enfants et les adolescents il faut y ajouter deux secteurs du Val-de-Marne¹. Ils ne disposent pas de lits d'hospitalisation sur le site.

¹ Ces deux secteurs desservent les communes de Fontenay-sous-Bois, Joinville-le-Pont, Saint-Maur-des-Fossés, Vincennes, Montreuil, Ivry-sur-Seine, Vitry-sur-Seine, Thiais, Orly, Villeneuve-le-Roi, Ablon et Choisy-le-Roi.

Les hôpitaux de Saint-Maurice comprennent quatorze pôles² dont sept de psychiatrie adulte et trois de psychiatrie pour les enfants et adolescents. Un directeur est le référent administratif de chaque pôle. Les pôles de psychiatrie sont ainsi constitués :

- le pôle Paris centre qui regroupe les secteurs 75 G 01 et 75 G 02 sur deux unités :
 - l'unité Averroès³
 - l'unité Rosa Parks⁴.
- le pôle Paris 11, composé des secteurs 75 G 08 et G 09 comporte :
 - l'unité Voltaire ;
 - l'unité Jules Verne ;
 - l'unité Daumézon⁵ ;
 - l'unité Minkowski⁶ ;
 - l'unité Marguerite Bottard⁷ pour patients polyhandicapés ;
- le pôle du 12^{ème} arrondissement de Paris, constitué des secteurs 75 G 10 et 75 G 11 comprend :
 - l'unité Manet ;
 - l'unité Ravel ;
 - l'unité Louise Michel ;
 - l'unité Laennec pour les soins somatiques.
- le pôle du secteur 94 G 16 qui ne contient que ce secteur, comprend :
 - l'unité Cézanne ;

² Il s'agit du pôle femme-enfant, du pôle soins de suite réadaptation (SSR) pour adultes, SSR pour enfants, pôle réadaptation-rééducation-recherche, pôle dialyse, pôle médico-technique (pharmacie, hygiène, département d'information médicale) et pôle imagerie-biologie.

³ Averroès (1126-1198), philosophe, théologien, mathématicien et médecin andalou.

⁴ Rosa Parks (1913-1985), figure emblématique de la lutte contre la ségrégation raciale aux Etats-Unis, appelée la « mère du mouvement des droits civiques ».

⁵ Georges Daumézon (1912- 1979) est un psychiatre français qui a notamment marqué les débuts de la psychothérapie institutionnelle et a créé le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) à l'hôpital Sainte-Anne de Paris.

⁶ Eugène Minkowski, né à Saint-Petersbourg en 1885, mort à Paris en 1972, est une figure éminente de la psychiatrie psychopathologique du 20^{ème} siècle.

⁷ Marguerite Bottard (1822-1906) est l'une des rares infirmières laïques à être sorties de l'anonymat au 19^{ème} siècle après avoir passé la majeure partie de sa vie au service des « aliénés » à l'hôpital de la Salpêtrière de Paris. Elle a reçu la Légion d'Honneur en 1898.

- l'unité Matisse.
- le pôle de psychiatrie infanto-juvénile Paris centre qui est constitué par le secteur 75 I 01 ;
- le pôle du secteur infanto-juvénile I 02 ;
- le pôle des secteurs infanto-juvéniles I 03 et I 04, constitué par ces deux intersecteurs.

La capacité des quatre pôles de psychiatries est de 229 lits, dix-huit places d'accueil familial thérapeutique et huit places dans un centre de crise situé à Paris.

L'établissement est accessible par la ligne de métro n°8 : il faut s'arrêter à la station « Charenton écoles » puis marcher pendant environ vingt minutes. La ligne d'autobus n°24 qui part de la Gare Saint-Lazare a un arrêt avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, soit à dix minutes de l'entrée d'Esquirol. Le bus n°111 qui part de « Terroirs de France » (ligne n°14) en direction de Champigny-sur-Marne, a une station rue du Val d'Osne soit à cinq minutes de l'entrée de l'hôpital.

Pour les personnes qui viennent en voiture, l'établissement est bien signalisé. Elles peuvent pénétrer dans le domaine et trouver des places de stationnement.

Il existe deux portes d'accès à l'hôpital Esquirol :

- l'une, située 57 rue du Maréchal Leclerc, avec une présence d'un gardien 24h/24 permettant l'accès des véhicules en urgence ;
- la seconde, 12 rue du Val d'Osne ; elle est fermée de 21h10 jusqu'à 6h30.

La signalétique intérieure donne quelques indications mais ne permet pas à une personne qui vient pour la première fois dans l'établissement de trouver aisément les différents pôles qui sont encore désignés sous le vocable de « secteurs ». De plus il est fréquent qu'à l'entrée des services, le nom des anciens responsables soit encore indiqué, alors même qu'ils ont quitté l'établissement depuis un certain temps. Par ailleurs, des changements de nom d'unités n'ont pas été pris en compte dans la signalétique. Le repérage peut se faire à l'aide de la numérotation des portes d'accès de chaque unité : par exemple, les unités Averroès et Rosa Parks sont accessibles par la porte 7, tandis que l'accueil du pôle Paris 11 se fait à la porte 63.

2.3 Les personnels

2.3.1 Le personnel médical

Les psychiatres sont affectés sur un pôle. Ils exercent leur activité dans les unités intra hospitalières et sur les structures extra hospitalières. Le tableau suivant indique les **effectifs du personnel médical** en février 2011, par pôle, en poste équivalent temps plein (ETP) et par statut :

Pôle	Assistants	Praticiens attachés	Praticien hospitalier (PH)	PH à temps partiel	Praticien contractuel	interne	Total
Paris centre	4	1,11	7	3,60	2	2	19,71
Paris 11	3	2,20	7,80	5,40	0	1	19,40
Paris 12	3	1,11	7,80	2,40	1	1	16,31
94 G 16	2	1,20	4	2,40	0	1	10,60
Soins somatiques	2	3,90	0	0,60			6,50
TOTAL ETP	14	9,52	26,6	14,4	3	5	

A la même date, les effectifs du personnel médical exerçant dans les **unités de psychiatrie adulte situées dans l'hôpital Esquirol** sont indiqués dans le tableau suivant :

	Assistant	Praticiens attachés	PH temps plein	PH temps partiel	Praticien contractuel	Interne
Nombre en ETP	11,90	5	12,91	1,63	1	3,80

Toujours à la même date, le tableau suivant indique la **répartition des médecins par unité** en ETP et selon leur statut :

Unité	Assistant	Praticien attaché	PH temps plein	PH temps partiel	Praticien contractuel	interne	Total	nb de lits
Averroès	2,40	0	2,75	0,30	1	0,80	7,25	19
Rosa Parks	0,80	0	1,10	0	0	1	2,90	21
Manet	1	0	0,56	0	0	0	1,56	22
Ravel	0	0	1				1	20
Louise Michel	0	0	1,25	0	0	0	1,25	21
Daumézou	1	1	0,70	0,48	0	0	3,18	16
Minkowski	0,70	0,10	1,10	0	0	0	1,90	21
Voltaire	1	0	0,80			1	2,80	18
Jules Verne	0	0	1,30	0,10	0	0	1,40	18
Consult. privées pôle Paris 11			0,20	0				0
Marguerite Bottard	0	0	0,10	0	0	0	0,10	15

Cézanne	1	0	0,55	0	0	0	1,55	16
Matisse	1	0	0,70	0,15	0	1	2,85	19
Consult. privées 94G16			0,20	0				0
Laennec	2	1	0	0,6			3,60	(11)
Consult. soins somatiques	0	2,9	0	0	0	0	2,90	0
TOTAL	11,90	5	12,91	1,63	1	3,80	36,24	226

2.3.2 Le personnel non médical

A la date du contrôle, les effectifs des personnels paramédicaux et agents des services hospitaliers (ASH) des quatre pôles de psychiatrie adulte exerçant leur activité dans les unités intra hospitalières sont indiqués dans le tableau suivant :

Agents	Nombre en ETP
Cadres supérieurs de santé	5
Cadres de santé	16,90
Infirmiers	161,50
Aides-soignants	111,90
ASH	70,20
Psychomotriciens	3,25
Ergothérapeutes	8,65
Kinésithérapeutes	1

A la date du contrôle, vingt-neuf postes d'infirmiers (soit 18%) sont vacants, aucun poste d'aide-soignant n'est à pourvoir. Selon les informations recueillies, sept agents prendraient leurs fonctions en septembre 2011.

Sur le site internet du centre hospitalier sont indiqués les postes d'infirmiers vacants et la description des pôles Paris 12^{ème} et 94 G 16 :

<ul style="list-style-type: none"> 3 Infirmiers (H/F) Diplômé(e)s d'Etat 	Pôle du 12ème arrondissement de Paris - Unités d'hospitalisation "Royer-Collard" et "Déjerine" ⁸
<ul style="list-style-type: none"> Des Infirmiers (H/F) Diplômé(e)s d'Etat 	Postes de nuit

⁸ Les noms des unités indiqués ici sont les anciens noms : Royer-Collard n'existe plus et Déjerine s'appelle Louise Michel.

<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat 	Unité de soins Marguerite Bottard pour patients polyhandicapés (15 lits)
<ul style="list-style-type: none"> • 2 Infirmiers (H/F) Diplômé(e)s d'Etat en Psychiatrie Adulte 	Pole 94G16/94I03
<ul style="list-style-type: none"> • Des Infirmiers (H/F) Diplômé(e)s d'Etat 	Unité de soins en psychiatrie sur le site principal de Saint Maurice

Le tableau ci-dessus ne fait apparaître ni la totalité des postes infirmiers vacants ni la fiche de poste infirmier pour l'unité Marguerite Bottard. Les anciennes dénominations sont encore utilisées.

2.4 Les données financières

Les comptes de 2010 montrent que le budget global des établissements de Saint-Maurice est d'environ 140 millions d'euros (95 pour le budget d'exploitation d'Esquirol et environ 48 pour l'HNSM). Mais il convient de noter que les services de la maternité sont, traditionnellement, rattachés à ceux d'Esquirol dont ils faisaient partie initialement. Le mode de financement est différent selon que l'on considère les services de psychiatrie recevant une dotation annuelle de financement (DAF) soit 73,5 millions d'euros en 2010, ou la maternité qui fonctionne en tarification à l'acte (T2A), à hauteur de 12,5 millions d'euros.

Depuis la création des pôles en 2005, les modes de « gouvernance » évoluent en direction d'une gestion plus autonome par pôles avec la mise en place (en cours) de budgets de pôles, ce qui ne va pas sans poser de problèmes dans la mesure où, si pour la maternité, avec la T2A, les recettes sont bien identifiées, pour la psychiatrie, il n'est pas possible d'identifier les recettes en raison du caractère global de la DAF alors même que la comptabilité analytique permet de bien évaluer les dépenses.

Le choix de l'établissement de budgets de pôles conduit à reprendre les dépenses – stables – des pôles. Ainsi, le budget prévisionnel 2011 additionne simplement aux dépenses de 2010, l'évolution des coûts.

Dans la négociation en cours des budgets de pôles, la direction générale conservera le recrutement des personnels médicaux et la décision relative aux gros investissements, les charges indirectes étant supportées par chaque pôle en fonction des frais communs.

Les résultats de 2010 font apparaître un solde excédentaire de 117 000 euros pour les services de psychiatrie d'Esquirol et de 30 000 euros pour l'HNSM.

La difficulté n'est pas tant de prévoir les dépenses (composées à 80 % de frais de personnel) que les recettes. Pour la T2A, les tarifs évoluent et, à activité constante, on ne dispose pas toujours des mêmes crédits. La DAF, quant à elle, reste stable. Une difficulté importante concerne le problème de l'évaluation du titre II (recettes des patients non opposables à l'assurance maladie). De plus, l'ARS conserve les crédits qu'elle ne distribue que vers la deuxième partie du mois de décembre (crédits concernant les mutuelles, la CMU, les patients étrangers payants).

A file active égale, il est possible de constater des différences importantes en fonction de la composition de la clientèle des patients. Cela pose un problème de crédibilité pour les chiffres annoncés qui passent de – 400 000 euros en octobre à + 70 000 euros en décembre. Pour l'exploitation, il est difficile d'isoler les services de psychiatrie qui dépendent de l'affectation de telle somme à tel compte. Ce n'est qu'*a posteriori* que la comptabilité analytique et le contrôle de gestion permettent de connaître la consommation effective des crédits. Pour les décisions relatives aux investissements, il faut attendre les arbitrages. La création d'activités nécessite des dépenses d'investissement mais également des frais de fonctionnement corrélatifs qui ne peuvent être connus qu'*a posteriori* et l'utilisation de certains médicaments très onéreux peuvent modifier très sensiblement les coûts de fonctionnement.

Les services de psychiatrie connaissent des problèmes de moindre souplesse de gestion de leurs dépenses du fait de la lourdeur des charges de personnel liées à l'importance du facteur humain dans les soins.

La gestion des services de psychiatrie doit faire face à des difficultés de prévision des recettes du fait de l'obligation de prendre en compte la gestion de dossiers concernant des personnes qui, pour 40 % d'entre elles, sont dans une situation de grande précarité, ce qui nécessite d'importantes recherches de débiteurs puis de difficiles négociations avec les services sociaux pour trouver des solutions.

Pour les problèmes liés à l'admission des personnes en grande précarité, l'ARS accorde une enveloppe de « crédits précarité », la file active étant calculée en fonction du nombre des dossiers d'aide médicale d'Etat (AME). Or, malgré de nombreuses relances, de nombreux titres de recette demeurent en souffrance (environ 300 000 euros par an) et l'AME tend à se réduire d'année en année. Une somme de 500 000 euros a, toutefois, pu être récupérée auprès de l'assurance maladie en septembre 2008. Pour les soins d'urgence, l'établissement ne reçoit pas de réponse et, au bout de deux ans et demi, il faut passer à l'AME.

Selon l'appréciation de la direction des services financiers, l'hôpital Esquirol se porte bien et se trouve en excédent ou à l'équilibre depuis plusieurs années malgré une faible évolution de la DAF, en raison du fait que l'établissement n'est pas en déficit, alors même que ses prix de journée sont inférieurs à ceux des autres établissements.

L'établissement connaît des problèmes de trésorerie (mais pas de recettes bien que leurs taux d'évolution soient inférieurs à ceux qui étaient attendus et que les reliquats de crédits ne sont accordés qu'à la mi-décembre environ), en raison du fait qu'il ne parvient pas à récupérer ce qui lui est dû. Cette situation est, au moins temporairement, compliquée par les problèmes posés par la fusion des deux établissements et la difficulté de facturation momentanée qui s'ensuit.

2.5 L'activité

En 1996, l'établissement disposait de 335 lits ; progressivement sa capacité a été réduite. Les données de 2010 font état d'un chiffre de 254 lits selon le département d'information médicale et de 251 selon le service des admissions-frais de séjour.

Le jour de la visite des contrôleurs, la capacité fournie par la direction des affaires médicales était de « 229 lits temps plein intra, 8 lits au centre de crise extra et 18 en AFT⁹, soit 255 lits».

Le tableau suivant indique le nombre de journées d'hospitalisation, le nombre de patients et le taux d'occupation dans les quatre pôles de psychiatrie adulte en 2009 et 2010, selon le rapport d'activité établi par le service des admissions-frais de séjour :

	Nombre de lits installés au 31/12/2010	Journées 2009	Journées 2010	Nombre entrées 2009	Nombre entrées 2010	Taux occupation 2009	Taux occupation 2010	DMS ¹⁰ 2009	DMS 2010
Pôle Paris centre	48	17 140	14 712 - 14,16%	470	431	98%	84%	56	47
Pôle Paris 11	90	31 302	30 793 - 1,3%	776	690	95%	94%	53	58
Pôle Paris 12 ^{ème}	78	23 479	21 153 - 9,9%	897	800	82%	89%	44	42
Pôle 94 G 16	35	11 981	11 286 - 6,1%	303	367	94%	88%	46	39
total	251	83 802	77 904 -7,04%	2 446	2 288 -6,4%			52	50

La DMS du pôle Paris 11 ne comptabilise pas les patients polyhandicapés de l'unité Marguerite Bottard.

Pour les années 2009 et 2010, la durée moyenne de présence **en jours** des patients par pôle, selon le type de placement figure dans le tableau suivant :

⁹ L'AFT est l'accueil familial thérapeutique. Il s'agit de familles recrutées et rémunérées par l'hôpital pour héberger à temps plein des patients suivis par une équipe pluridisciplinaire d'un pôle.

¹⁰ DMS : durée moyenne de séjour en jours.

Pôles	HO 2009	HO 2010	%	HDT 2009	HDT 2010	%	HL 2009	HL 2010	%
Paris centre	71,9	57,1	-20,6%	27,1	27,8	2,6%	42,1	39,7	-5,7%
Paris 11	70,1	81,9	16,8%	26,5	29,3	10,6%	40,6	46,1	13,5%
Paris 12	55,1	63	14,3%	37,3	41,3	10,7%	32	28,8	-10%
94 G 16	104,4	71,7	-31,3%	41,6	31,3	-24,8%	27,4	27,9	1,8%
Total	74,4	76,5	2,8%	33,1	34,1	3%	37,5	37,2	-0,8%

L'établissement a établi un tableau permettant d'indiquer la file active des patients hospitalisés depuis plus de 292 jours par pôle :

	2008	2009	2010
Pôle Paris centre	19	15	11
Pôle Paris 11	24	33	36
Pôle Paris 12	18	14	11
Pôle 94 G 16	10	8	11
TOTAL	71	70	69

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 Les modalités d'arrivée des patients

3.1.1 Le service des admissions

Le service des admissions dépend de la direction en charge de la clientèle et de la qualité. Il est placé sous l'autorité d'une attachée principale d'administration hospitalière, responsable des admissions et de la facturation. Le service des « admissions médico-légales » est composé de trois agents.

Les personnes hospitalisées sous contrainte (HO ou HDT) sont transportées en véhicule sanitaire léger et conduites directement dans l'unité correspondant à leur secteur géographique. Aucun patient ne passe au préalable par le service des admissions qui vérifie cependant la régularité des pièces du dossier.

Concernant les hospitalisations à la demande d'un tiers, le contrôle de la qualité du tiers est exercé de manière particulièrement rigoureuse depuis une condamnation judiciaire prononcée à l'encontre de l'hôpital Esquirol. Quand il ne s'agit pas d'un membre de la famille proche, le service des admissions s'assure – « enquête » – que le tiers à l'origine de l'hospitalisation connaît bien la personne et la côtoie régulièrement, en appelant éventuellement le médecin signataire du certificat ou en joignant un service social pour que ce lien soit explicitement porté par écrit sur la demande. La direction d'un hôpital ne constitue pas valablement un tiers. Il a été rapporté le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers convertie en une hospitalisation libre en raison du refus de l'hôpital d'accepter la proposition de la direction d'un autre hôpital parisien d'endosser la qualité de tiers.

Concernant les hospitalisations d'office, les arrêtés préfectoraux sont transmis au service des admissions par télécopie depuis la préfecture de police ou la préfecture du Val-de-Marne. Un contrôle est opéré sur l'arrêté du maire (HO en urgence) ou du préfet.

La décision d'admission est prise, pour le directeur, par l'administrateur de garde après 17h.

Dans le cadre d'un groupe de travail sur les admissions piloté par la présidente de la CME, la dernière mise à jour des procédures d'admission, réécrites sous l'égide de l'attachée responsable du service des admissions, a été validée par la direction le 11 avril 2011 après examen par la CME et la commission du service des soins. Un cahier de quarante-sept pages, comprenant seize fiches renvoyant à vingt annexes et récapitulant l'ensemble des procédures, était en cours de diffusion au moment du contrôle.

Durant l'année 2010 :

- 171 patients ont été admis en HO ;
- 491 patients ont été admis en HDT, dont 192 par transformation d'HL en HDT :

Pôle	Nombre de patients admis en HO en 2010 et %	Nombre de patients admis en HDT en 2010 et %
Pôle Paris centre	42 (24,5%)	78 (16%)
Pôle Paris 11	63 (37%)	169 (34,5%)
Pôle Paris 12 ^{ème}	47 (27,5%)	152 (31%)
Pôle 94 G 16	19 (11%)	92 (18,5%)

Le président du conseil de surveillance de l'établissement de santé, en tant que maire de la commune de Charenton-le-Pont, a indiqué aux contrôleurs qu'il était attentif à l'atteinte à la liberté que constituait une hospitalisation d'office. Il demande de manière systématique aux policiers de conduire une personne agitée aux urgences du CHU Henri-Mondor afin qu'elle soit examinée par un psychiatre plutôt que de signer un arrêté d'HO d'urgence. Il a également formé ses adjoints à cette procédure.

3.1.2 La notification des décisions d'hospitalisation sous contrainte

La direction considère qu'il appartient à chaque pôle de s'organiser pour que la notification soit présentée aux patients puis retournée dans les meilleurs délais au service des admissions qui les classe dans des dossiers individuels.

La notification de la décision d'hospitalisation sous contrainte et l'information des droits des patients sont réalisées par les personnels des unités de soins concernées. Selon les unités, ce sont les médecins, les cadres ou les infirmiers qui en sont chargés. Au sein d'un pôle, les procédures peuvent différer d'une unité à une autre. Certains personnels ont indiqué privilégier la compréhension et la réceptivité de la mesure par le patient ce qui peut impliquer un délai par rapport à la date d'admission. L'entretien, qui nécessite alors du temps, s'effectue en fonction des disponibilités de chacun.

Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le service des admissions adresse aux secrétariats des différentes unités, par télécopie, une ampliation de l'arrêté, un formulaire de notification et une note intitulée : « Voies et délais de recours ».

Le formulaire doit être retourné au service des admissions, signé par le patient qui « reconnaît avoir reçu ce jour une ampliation de l'arrêté préfectoral du ... prononçant son hospitalisation d'office, son maintien ou son abrogation ». En cas de refus ou d'impossibilité de signer, deux personnels soignants doivent attester que le patient « a bien reçu le ... une ampliation de l'arrêté ».

En réalité, l'arrêté n'est pas systématiquement donné aux patients – ce dont certains se sont plaints auprès des contrôleurs – ou remis seulement à la demande (unités Daumézon et Minkowski), cela résultant, selon les situations, d'une mauvaise compréhension de la procédure ou du sentiment pour certains de son inutilité du fait que les patients détruiraient les documents qui leur sont laissés.

De la lecture des deux cahiers de suivi des notifications, l'un pour les HO et l'autre pour les HDT, ouverts par le service des admissions, il ressort que bon nombre de notifications ne sont pas réalisées ou sont retournées aux admissions très tardivement : entre le 1^{er} mars et le 10 mai 2011, trente et un documents ont été transmis dans les unités de soins pour notification sans avoir été retournés : seize en mars, neuf en avril et six en mai.

Le secrétariat des unités Jules-Verne et Voltaire a créé un tableau informatique de suivi des notifications de placement depuis le 1^{er} janvier 2011. Le document permet de tracer la procédure en mentionnant la date de réception au secrétariat de la décision à notifier, la date de sa transmission à l'unité concernée et la date à laquelle la notification est retournée au service des admissions. Malgré les progrès signalés aux contrôleurs que cet outil a pu permettre de réaliser, il fait apparaître, pour le premier quadrimestre de l'année 2011, les délais suivants, s'agissant des quarante-trois notifications de décisions concernant des patients des deux unités :

- inférieur à 48h, dans dix-huit cas ;
- compris entre deux et cinq jours, dans sept cas ;
- compris entre six et dix jours, dans six cas ;
- compris entre six et dix jours, dans six cas ;
- compris entre onze et vingt jours, dans deux cas ;
- compris entre vingt et un et trente jours, dans deux cas ;
- supérieur à trente jours, dans un cas (trente-neuf jours).

La notification n'a pas été réalisée dans les sept derniers cas dont quatre concernant des patients mis entretemps en sortie d'essai.

Un médecin responsable de pôle a fait part aux contrôleurs de sa demande répétée à la direction qu'une attachée du service des admissions soit chargée de la notification des droits des patients placés en HO et en HDT. Pour lui, il s'agit d'une opération administrative qui ne participe pas du processus soignant. Dans un second temps, le psychiatre ferait un contrat de soins avec son patient en tenant compte de sa situation administrative.

3.1.3 Les possibilités de recours

Un encadré au bas du formulaire indique l'existence d'un recours devant le tribunal administratif de Paris dans un délai de deux mois et la possibilité de contester le bien-fondé de la décision médicale devant le tribunal de grande instance de Créteil, les adresses des juridictions étant mentionnées.

La note « Voies et délais de recours » présente en détail le recours gracieux, les recours contentieux devant le juge administratif et le juge des libertés et de la détention et la saisine de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, le service des admissions adresse aussi aux unités, par télécopie, le même type de formulaire de notification qui doit lui être retourné, signé sauf refus ou impossibilité attesté par deux membres du personnel soignant. La demande manuscrite du tiers et les certificats médicaux ne sont pas communiqués.

Une note d'information est jointe, portant sur les voies de recours, le droit de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat, d'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur, d'exercer le droit de vote et de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Une note du directeur adjoint, en charge de la direction de la clientèle et de la qualité, a été diffusée le 3 mai 2011 pour rappeler aux chefs de pôle leurs obligations en matière de notification aux patients des arrêtés d'HO et des décisions d'HDT et de traçabilité dans le dossier du patient : « La première motivation de la notification est l'intérêt du patient car elle lui ouvre le droit à l'information et aux différents recours qui sont à sa disposition. »

Selon les informations recueillies, cette initiative a été prise en raison, d'une part, du fait que la majorité des notifications étaient retournées non signées par les patients et, d'autre part, du désaccord de certains responsables de pôle à devoir prendre en charge une tâche administrative qui, selon eux, devrait être différenciée de la prise en charge thérapeutique dans laquelle le psychiatre aborde néanmoins le type de placement du patient.

Le livret d'accueil de l'hôpital compte en outre une rubrique de quatre pages intitulée « Vos droits ».

En 2010, le juge des libertés et de la détention (JLD) de Créteil a été saisi à seize reprises aux fins de contestation de décisions d'hospitalisation sans consentement¹¹. Huit requêtes ont été rejetées et une a donné lieu à la mainlevée d'une hospitalisation d'office concernant un patient du pôle 94 G 16. Pour les sept autres requêtes, le JLD a constaté qu'elles étaient devenues sans objet au moment de leur examen.

3.2 Les registres de la loi

Le service des admissions tient les registres de la loi. Il en existe un pour les HO et un autre pour les HDT. Au moment du contrôle, le dernier registre des HO avait été ouvert le 16 décembre 2010 par le maire de Saint-Maurice, sénateur du Val-de-Marne, dont le visa et le paraphe apparaissent en première et dernière page (numérotées). Il en était de même pour le dernier registre des HDT, ouvert le 14 mars 2011.

Une double page du registre est consacrée à chaque patient hospitalisé sans son consentement. Y sont collées, par ordre chronologique, des copies en format réduit des certificats médicaux et de décisions administratives (arrêtés préfectoraux). Le nom de chacun des patients enregistrés est inscrit dans un répertoire alphabétique qui se trouve en fin de chaque registre où sont aussi mentionnées les visites effectuées par les autorités.

Les dernières signatures d'une autorité – une juge agissant sur délégation du président du TGI de Créteil – mentionnée sur les registres des HO et des HDT dataient du 16 septembre 2010. Les registres ne sont jamais visés par la direction de l'hôpital. Le visa de la chef du service des admissions est porté directement sur la copie de chaque certificat mais il n'apparaît pas sur le registre du fait de la réduction du format du document et de la découpe qui est opérée dessus.

¹¹ Les saisines émanaient de trois patients du pôle Paris centre, trois du pôle 94 G 16, quatre du pôle Paris 11 et six du pôle Paris 12ème.

Les registres sont parfaitement tenus.

Les contrôleurs ont examiné les pages numérotées de 80 à 99 du registre des HO et les pages numérotées de 1 à 20 du registre des HDT dont il ressort les remarques suivantes :

- les délais des certificats médicaux de quinzaine ne sont pas toujours strictement respectés : le délai est de onze jours aux pages n° 80, 81 et 87 du registre des HO et à celles n° 9, 12, 17 et 20 du registre des HDT, voire de dix jours à la page n° 83 du registre des HO et à celles n° 6, 15 et 16 du registre des HDT ;
- il en est de même pour les certificats médicaux mensuels : le délai est de vingt-sept jours aux pages n° 80 et 83 du registre des HO, voire de vingt-six jours aux pages n° 81 et 87 du même registre. Sur le registre des HDT, le délai est de quarante-trois jours à la page n° 12 ;
- les certificats mensuels ne sont pas portés sur le registre des HDT aux pages n° 6 et 15 : dans le premier cas, l'hospitalisation a été levée trois jours après l'échéance du mois, dans le second, cinq jours après la même échéance ;
- les dates de levée de HDT et de sortie sont concomitantes, à l'exception d'un cas à la page n° 9 du registre où la sortie a eu lieu le lendemain ;
- le délai entre la demande d'abrogation de HO et la levée par arrêté préfectoral est comprise entre deux et trois jours, à l'exception d'un cas à la page n° 89 du registre où le délai a été de six jours, étant précisé que la personne est restée à l'hôpital en HL ;
- les dates de levée de HO et de sortie sont concomitantes.

3.3 La levée des mesures de contrainte

Il n'est pas fait état de difficulté particulière dans les délais d'obtention des arrêtés préfectoraux relatifs aux sorties d'essai à conditions que les demandes soient adressées cinq jours à l'avance et non plus deux jours comme auparavant. Cependant, lors d'une demande de sortie d'essai pour se rendre au domicile parental, l'article 1 de l'arrêté indiquait le nom du patient et l'article 2, un nom différent : de ce fait, le patient est resté à l'hôpital.

Il a été signalé aux contrôleurs que les services de la préfecture exigeaient, dans la rédaction des certificats, une plus grande précision sur les modalités de prise en charge du patient et un engagement sur l'absence de dangerosité. En contrepartie, les psychiatres s'interrogent sur le caractère vétilleux de certaines réponses justifiant le refus de la levée de l'HO. Ainsi, un certificat demandant l'abrogation d'une HO, explicitant la situation d'un patient et se concluant par : « l'hospitalisation peut se poursuivre en HL » a été retourné par la préfecture avec une mention manuscrite : « Pouvez vous mettre dans le corps du certificat que vous demandez l'abrogation de la mesure d'HO. Merci » avec comme conclusion un rejet qui maintient le patient en hospitalisation sous contrainte.

3.4 Les visites des autorités

Les différentes visites des autorités sont répertoriées par le secrétariat de la direction de la clientèle.

En 2008, outre la visite de la CDHP le 4 décembre, l'hôpital Esquirol a été visité le 15 septembre par un juge du tribunal de grande instance (TGI) de Créteil et le 7 novembre par un substitut du procureur de la République près le même tribunal.

En 2009, les mêmes autorités sont venues le 7 avril et le 17 septembre pour le premier et le 5 novembre pour le second.

Aucune visite n'a eu lieu en 2010 et 2011.

Les visites sont annoncées. A chacune d'entre-elles les autorités ont pu s'entretenir avec les patients dans les différentes unités.

3.5 La désignation d'une personne de confiance

Il n'existe aucune procédure formalisée et uniforme au niveau de l'hôpital relative à la désignation d'une personne de confiance prévue à l'article L1111-6 du code de la santé publique. L'établissement n'est pas non plus en mesure d'indiquer le nombre des personnes concernées par ce dispositif. Au moment du contrôle, la responsable des affaires juridiques travaillait à sa mise en place en se rapprochant de l'ensemble des personnels concernés. Un article sur ce sujet était à paraître dans le numéro de mai-juin de la revue interne à l'hôpital : *Passerelles*.

3.6 La protection juridique des majeurs

Le « service des majeurs protégés », qui comprend quatre personnes, est en charge de la gestion des mesures de protection juridique des patients. Il est dirigé par la « préposée gérante de Tutelle », désignée par le directeur de l'hôpital, inscrite dans un processus de certification nationale de compétence pour devenir « mandataire judiciaire à la protection des majeurs ».

Au 31 décembre 2010, le service gérait 130 mesures de protection pour des personnes suivies en intra ou en extrahospitalier qui se répartissaient les mesures de protection suivantes :

- soixante-sept mesures de tutelle : dix-neuf pour le pôle Paris centre, dix-sept pour le pôle Paris 11, seize pour le pôle Paris 12^{ème} et quinze pour le pôle 94 G 16 ;
- cinquante-neuf mesures de curatelle : vingt-neuf pour le pôle Paris 11, vingt et un pour le pôle Paris 12^{ème}, six pour le pôle Paris centre et trois pour le pôle 94 G 16 ;
- quatre mandats spéciaux (sauvegarde de justice) : deux pour le pôle Paris 12^{ème}, un pour le pôle Paris centre et un pour le pôle 94 G 16.

D'autres patients font également l'objet de mesures de protection gérées notamment par l'union départementale des associations familiales (UDAF) ou par diverses associations, sans que le nombre de celles-ci soit connu du service des majeurs protégés.

Après examen de la situation individuelle par l'assistante sociale du pôle, la mesure de protection est demandée par un médecin qui transmet une « fiche de signalement », visée par le directeur de l'hôpital, au procureur de la République (parquet civil) de Paris ou de Créteil en fonction du domicile de la personne. Le parquet désigne un médecin expert. Au vu du rapport de ce dernier, le juge des tutelles est saisi. Le patient a la possibilité de saisir directement le juge des tutelles « en cas d'urgence » mais il lui en coûte la somme de 160 euros. Le juge auditionne le patient, sauf certificat médical contraire, qui se présente, le cas échéant, dans le cadre d'une sortie autorisée. Le jugement déterminant qui est chargé de gérer la mesure de protection est notifié à la personne et au service des majeurs protégés de l'hôpital lorsque ce dernier est désigné. Le patient dispose d'un délai de quinze jours pour exercer un recours. Les mesures de protection décidées depuis 2009 sont d'une durée maximale de cinq ans et doivent être renouvelées. La somme de 160 euros doit être payée à l'occasion d'un renouvellement.

Afin de lui donner des informations sur sa situation administrative et financière – sur l'état de ses comptes – et l'associer aux décisions qui le concernent, un membre du service des majeurs protégés prend contact avec la personne hospitalisée. La rencontre s'effectue dans les locaux du service ou au sein de l'unité de soins.

Au jour du contrôle, parmi les 130 mesures pour lesquelles le service était désigné, trente-trois concernaient des patients hospitalisés :

- soixante-seize personnes percevaient une allocation pour adultes handicapés (AAH) ;
- trente-trois personnes, une pension de retraite versée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ou par la Caisse des dépôts ;
- onze personnes, une pension d'invalidité de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF) ;
- dix personnes, travaillant auparavant en établissements et services d'aide par le travail (ESAT), percevaient des indemnités journalières pendant leur arrêt de travail.

L'ouverture d'un « compte de proximité » auprès de la *Caisse d'épargne* permet, avec l'autorisation du juge des tutelles, au majeur protégé de disposer d'une carte bancaire. Ce moyen de paiement – qui n'autorise que des retraits au montant plafonné et à la périodicité limitée – facilite l'autonomie des personnes et leur permet notamment « de partir en vacances ».

3.7 L'accès au dossier médical

Selon la loi du 4 mars 2002, tout patient a le droit de connaître le contenu de son dossier médical, mais, pour cela, il lui faut demander, toujours par écrit, à y avoir accès, soit par lui-même, soit par l'intermédiaire d'un proche. Cette demande est instruite par la cellule juridique en liaison avec le responsable du service concerné. Elle procède, tout d'abord, à une vérification des divers justificatifs demandés selon les cas : pièce d'identité pour l'intéressé lui-même, même justificatif et explication de ses liens avec le patient pour un proche accomplissant la démarche à la place de celui-ci et, en cas de patient décédé, un certificat d'hérédité. Si les justificatifs exigés sont bien fournis, la cellule juridique demande au service dans lequel le patient est ou a été hospitalisé de lui communiquer le dossier médical demandé. Pour les dossiers datant de moins de cinq ans, le délai légal de communication est de huit jours et pour ceux qui sont plus anciens, il est de deux mois. Il est rare que les dossiers ne soient pas retrouvés et les délais de communication sont généralement respectés.

Le patient est informé du fait que les documents demandés sont à sa disposition et des modalités de cette communication.

Le demandeur peut prendre connaissance du dossier, soit dans l'établissement lui-même auprès du médecin responsable du pôle, en présence du médecin traitant, soit se faire adresser par courrier en envoi recommandé avec demande d'avis de réception avec justificatif de domicile, soit le faire adresser à son médecin traitant (après vérification de sa qualité et de son adresse).

En cas de difficultés pour obtenir les documents demandés, le patient peut solliciter l'intervention du médiateur médical ou utiliser les moyens de recours amiables ou juridictionnels dont les modalités lui sont indiquées.

Les frais d'envoi des documents réclamés sont, en principe, à la charge du demandeur, au moins à partir d'une trentaine de pièces, mais l'établissement n'a pas encore défini les tarifs de ces expéditions.

3.8 L'accès à l'exercice d'un culte

L'aumônerie catholique est la seule présente sur le site de façon permanente. Elle est composée d'un aumônier titulaire, femme laïque présente à mi-temps, de trois bénévoles et d'un prêtre. La responsable signale que « l'équipe est trop peu nombreuse pour tout ce qu'il y a à faire et que les bénévoles ne sont pas faciles à recruter. En effet, il y a une exigence d'équilibre humain et psychologique qui est fortement demandée à ceux et celles qui veulent s'engager dans ce service ». L'aumônier titulaire participe à des formations régionales et nationales permanentes dédiées à ceux qui sont envoyés en psychiatrie.

Une permanence a lieu à la chapelle quatre après-midi par semaine de 14h30 à 16h. Elle est ouverte tant aux patients qu'au personnel. Quelques patients y passent, plus rarement les membres du personnel.

Une messe a lieu tous les dimanches à la chapelle à 9h30. Douze à quinze patients y participent. Ce sont les membres de l'aumônerie qui vont, dans les services, chercher et raccompagner les patients qui ne peuvent circuler seuls. Pour les patients placés en HO ou en HDT, les autorisations de se rendre au culte sont le plus généralement données sans difficulté.

Toutes les unités sont visitées en après-midi et l'accueil fait à l'aumônerie est bon. Le lundi a lieu la visite des patients de Matisse et Cézanne, le mardi ceux de Voltaire et Jules Verne, le vendredi ceux de Daumézou, Minkowski, Rosa Parks et Averroès. Ce sont souvent les membres du personnel à la demande des patients qui contactent l'aumônerie concernée.

Tous les mardis est proposé, à la chapelle, un partage pour préparer la messe du dimanche à laquelle assiste une dizaine de patients.

Le vendredi après-midi a lieu une répétition de chants pour l'animation de la messe.

Il est rapporté aux contrôleurs que « la solitude est la plus grande des souffrances des patients et que bien souvent ils restent des journées entières à ne parler avec personne. Parler et les écouter est le cœur de notre mission comme aumôniers ici. Beaucoup, aussi, semblent avoir faim. Enfin, il existe beaucoup de patients sans ressources et la question du maintien de leur dignité est réelle. »

Des aumôniers des **autres cultes** interviennent sur le site, à la demande des personnels soignants ou des patients eux-mêmes. Ainsi un rabbin, un imam, un pasteur et un bouddhiste peuvent être contactés à tout moment.

3.9 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques

A la suite d'une démission collective de ses membres en 2009, il n'existe plus de commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP). La dernière visite de l'établissement, suivie d'entretiens avec les patients, remonte au 12 novembre 2009.

Il a été indiqué que la CDHP serait en cours de reconstitution et son président, prochainement désigné par le préfet.

3.10 La communication avec l'extérieur

3.10.1 Les visites

Le livret d'accueil indique que les visites sont autorisées chaque jour entre 13h et 20h.

Les enfants de moins de 15 ans ne sont, en principe, pas admis dans les services, mais des dérogations peuvent être accordées dans certains cas et selon certains aménagements.

Les contrôleurs ont constaté une certaine hétérogénéité des pratiques.

3.10.1.1 Dans les unités Rosa Parks et Averroès

Les visites ont lieu de 13h à 20h. Il est exceptionnel que celles-ci soient refusées par le médecin, ce sont plutôt les patients qui ne les souhaitent pas et le font savoir. Celles-ci ont lieu dans le salon prévu à cet effet ou dans le patio, selon les circonstances. Si la famille est accompagnée d'un enfant de moins de 15 ans, la visite a lieu dans l'aile administrative. Au jour de la visite, le 12 mai, cinq patients sur quinze n'avaient jamais de visite.

3.10.1.2 Dans les unités Jules Verne et Voltaire

Elles sont autorisées de 14h à 20h. Il n'y a pas de local dédié pour les visites, celles-ci ont lieu dans le hall, le patio, la chambre du patient ou dans une des salles de télévision. Sur l'unité Jules Verne, deux patients n'avaient jamais de visite, ils étaient deux également sur l'unité Voltaire.

3.10.1.3 Dans les unités Minkowski et Daumézon

Elles sont autorisées de 14h à 20h avec au maximum trois personnes par visite. Dans les faits, il est rapporté que dans certains cas les visites peuvent avoir lieu le matin. Il n'y a pas de local dédié pour les visites, celles-ci ont lieu dans le hall, le patio ou la chambre du patient. En présence d'un enfant de moins de 15 ans les visites se font dans les locaux administratifs.

Sur l'unité Daumézon, au jour de la visite, le 18 mai deux patients n'avaient jamais de visite, sur l'unité Minkowski, ils étaient six.

3.10.1.4 Dans les unités Ravel et Manet

Il n'existe pas de salon dédié aux visites des familles. Les rencontres ont lieu dans les salons télévision ou dans les patios ou dans un des bureaux de l'aile administrative du pôle, notamment lorsqu'un enfant ou un adolescent est présent.

Aucune visite n'est autorisée dans les chambres.

3.10.1.5 Dans les unités Cézanne et Matisse

Les visites ont lieu de 13 h à 20 h. Il n'y a pas de pièce dédiée à cet effet. Le patient s'il est en chambre individuelle peut recevoir ses proches dans sa chambre, selon le climat dans le patio ou selon le contrat de soin dans le parc puisqu'il s'agit d'un pôle ouvert de 10h à 18h, et sinon dans le salon de télévision. Si la famille est accompagnée d'un enfant de moins de 15 ans, la visite a lieu dans l'aile administrative de l'unité.

Au jour du contrôle, aucun patient n'avait de restriction à cet égard et aucun patient n'était sans visite.

3.10.1.6 Dans l'unité Laennec

Dans l'unité de soins somatiques Laennec, les visites sont autorisées de 14h30 à 20h.

3.10.2 Le téléphone

Le livret d'accueil indique l'existence de cabines téléphoniques publiques dans l'enceinte de l'hôpital. Une cabine est notamment accessible dans la cour d'honneur.

3.10.2.1 Dans les unités Rosa Parks et Averroès

Les patients ont la possibilité de conserver leur téléphone portable. Toutefois, cette mesure est évaluée par le médecin et le personnel soignant afin d'éviter aux personnes vulnérables ou très perturbées d'être l'objet de pressions ou de harcèlement.

Un téléphone, fixé au mur dans le couloir de l'hébergement des deux unités, peut être utilisé pour recevoir des appels ; dans le cas de conversations plus personnelles, l'accès à un téléphone dans le bureau infirmier est possible, en présence d'un soignant.

Une cabine à cartes est accessible à l'entrée du bâtiment, côté cours Sébastien Leblanc. N'y ont accès que les patients pouvant sortir de l'unité.

Un incident a eu lieu au début du mois de mai avec un patient qui a pris des photos d'un autre à son insu ce qui a amené les soignants à rappeler les conditions d'utilisation des téléphones portables munis d'un appareil photo ou d'une caméra. L'interdiction de prendre des films ou des photos l'unité a été posée.

3.10.2.2 Dans les unités Ravel, Manet et Louise Michel

Les patients peuvent conserver leurs téléphones portables à condition de signer une décharge dégageant la responsabilité de l'hôpital en cas de vol. Ils peuvent également demander à les ranger dans le bureau infirmier.

Il existe un *point phone* dans chaque unité, ne garantissant pas la confidentialité des conversations, où peuvent être transférés les appels en provenance de l'extérieur entre 15h et 20h.

Les patients peuvent demander de composer un seul numéro par jour à partir du poste infirmier de 15h à 20h. Lorsque la communication est obtenue, l'appel est transféré sur ce *point phone*.

3.10.2.3 Dans les unités Jules Verne et Voltaire.

Les patients peuvent garder leur téléphone portable. Il est rapporté aux contrôleurs que « très peu de problèmes ont lieu avec l'appareil photo des téléphones ».

Les appels téléphoniques se font soit à partir du téléphone portable personnel soit à partir du poste mural prévu à cet effet dans chaque unité. A titre exceptionnel le poste téléphonique au bureau des infirmiers peut être utilisé.

Les patients peuvent recevoir des appels entre 10h et 20h.

Dans l'unité Voltaire, le poste téléphonique est situé dans un lieu calme et muni d'un auvent où la personne peut téléphoner assise.

3.10.2.4 Dans les unités Minkowski et Daumézon.

Les patients ne gardent pas leur téléphone portable, il est confié au personnel soignant qui peut le restituer sur avis médical pour qu'un appel soit passé. La raison est double : les patients utilisent à mauvais escient la fonction photo ou vidéo de leur appareil ; ils ne peuvent pas réguler les appels et harcèlent des personnes de l'extérieur.

Dans l'unité Minkowski, les appels sont limités à deux par jour. Un téléphone mural est accessible dans le couloir. Son positionnement n'assure aucune confidentialité.

Sur l'unité Daumézon, le règlement intérieur stipule que le téléphone portable est confié au personnel à l'entrée, mais il est rapporté que, dans les faits, l'appareil peut être donné en fonction de la pathologie et de l'état du patient. Il est précisé dans le règlement intérieur que les messages peuvent être consultés. Les appels téléphoniques à partir d'un poste fixe peuvent être reçus et donnés de 15h à 20h.

Le premier jour d'hospitalisation davantage de communications téléphoniques peuvent être passées.

Les communications peuvent être passées au *point phone*. Plusieurs cas de figure se présentent : si le numéro est en 01, le personnel le compose et le transfère sur le combiné ; si le numéro est en 06 ou pour la province, les appels passent par le standard ; enfin, pour appeler l'étranger ou les Dom Tom, une demande écrite doit être adressée au directeur. Le délai de réponse est de 24 à 48h et les refus sont très rares.

Il est rapporté que le passage par le standard ralentit considérablement l'accès aux communications et qu'il serait plus simple que ce soit le personnel qui puisse le faire.

3.10.2.5 Dans les unités Cézanne et Matisse

Les patients ont la possibilité de conserver leur téléphone portable, sauf contre-indication médicale, notamment dans les quarante-huit premières heures. Pour ce faire, ils signent une décharge dégageant la responsabilité de l'hôpital.

Un téléphone fixé au mur dans le couloir d'entrée de l'unité Matisse peut être utilisé pour recevoir des appels entre 15h et 20h. La confidentialité des propos n'est pas assurée. Deux fauteuils permettent de s'asseoir.

A l'unité Cézanne, le *point phone* est dépourvu de siège.

Il a été rapporté que les règles concernant l'usage du téléphone portable avec l'interdiction de filmer ou de photographier autrui sans autorisation étaient souvent évoquées lors des réunions soignants-soignés et que, de ce fait, il y avait très peu d'incidents.

3.10.3 Le courrier

Il est apporté et ramassé chaque jour par le vagemestre central. Les lettres sont remises aux soignants qui les distribuent ensuite nominativement.

Le courrier « départ » et « arrivée » n'est jamais lu ni écrit par le personnel, sauf demande de la part des patients. Une sauvegarde de justice peut être établie par le médecin dans le cas où l'état du patient le conduirait à envoyer des courriers dommageables pour lui.

Les assistantes sociales peuvent accompagner certains patients dans leur courrier et notamment afin de leur éviter de faire partir des courriers qui leur porteraient préjudice.

Le courrier part même quand il n'est pas affranchi.

Des enveloppes et du papier peuvent être fournis à la demande.

Les accusés de réception sont signés par le patient.

3.10.4 L'informatique et l'accès à l'internet

3.10.4.1 Dans les unités Rosa Parks et Averroès

Tous les appareils sont autorisés sous la responsabilité des patients ; toutefois il leur est déconseillé de les garder avec eux un ordinateur ou un appareil coûteux en raison des risques de vol.

Au jour de la visite le 12 mai, aucun patient n'avait d'ordinateur en sa possession.

A l'unité Rosa Parks, les patients peuvent, en présence d'un soignant, avoir accès à un ordinateur du service. A l'unité Averroès, trois ordinateurs sont à disposition des patients dont un dans le bureau des soignants et un autre dans celui du cadre de santé. L'accès aux ordinateurs se fait accompagné d'un soignant.

En revanche, beaucoup de patients gardent leur lecteur MP3 ou leur lecteur de DVD.

3.10.4.2 Dans les unités Jules Verne et Voltaire

Aucun patient n'a d'ordinateur personnel aux jours de la visite. L'ordinateur personnel est déconseillé à cause des problèmes de vol. De toute façon, l'accès à internet ne serait pas possible puisqu'il n'existe pas de WIFI. Un accès est prévu dans un bureau en présence d'un soignant.

Les patients qui ont un téléphone portable ont de ce fait un lecteur MP3.

3.10.4.3 Dans les unités Minkowski et Daumézon

Aucun accès à un poste informatique n'est prévu ; les patients y ont accès selon le bon vouloir et la disponibilité du personnel. Ils ne peuvent que difficilement consulter leur compte bancaire ou leur messagerie personnelle.

L'ordinateur personnel est déconseillé à cause des problèmes de vol. L'accès à internet n'est pas possible puisqu'il n'existe pas de connexion.

Les lecteurs MP3 du fait qu'ils sont souvent intégrés au téléphone portable ne sont pas à la disposition permanente des patients. En revanche les consoles de jeu et les postes de radio sont nombreux.

3.10.4.4 Dans les unités Cézanne et Matisse

Les ordinateurs avec possibilité de se connecter à internet au moyen d'une clé 3G sont autorisés à condition de signer une décharge dégageant la responsabilité de l'hôpital en cas de vol. Un accès à internet est possible dans un bureau polyvalent.

Tous les appareils sont autorisés sous la responsabilité des patients.

Au jour de la visite, le 17 mai, un patient utilisait son ordinateur personnel. Si les patients le souhaitent, ils peuvent, en présence d'un soignant, avoir accès à l'ordinateur du bureau des infirmiers. Il a été indiqué qu'il y avait très peu de demandes et pas d'incidents.

3.10.4.5 Dans les unités Ravel et Manet

Les patients peuvent disposer d'un ordinateur personnel sur avis médical et après avoir signé une décharge dégageant la responsabilité de l'hôpital en cas de vol.

3.10.4.6 Dans l'unité Louise Michel

La question de l'ordinateur n'a jamais été posée même pour l'accès des patients à un poste informatique.

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

La CRUQPC a été instituée par le décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 en remplacement des « commissions de conciliation » préexistantes.

Elle a pour mission, à partir des cas individuels dont elle est saisie et des éléments généraux d'information qui lui sont fournis par les services de l'établissement, de « veiller au respect des droits des usagers », de « porter une appréciation sur les pratiques de l'établissement » et de « formuler des recommandations destinées à améliorer l'accueil et la prise en charge ».

La CRUQPC d'Esquirol a adopté un mode de fonctionnement propre à lui permettre de traiter à la fois des objectifs globaux et des demandes individuelles d'écoute par la mise en place d'un système de rendez-vous rapides et attentifs auprès des médiateurs médicaux et non médicaux.

La CRUQPC des hôpitaux de Saint-Maurice (issue de la fusion, en cours de réalisation, qui regroupe l'Hôpital Esquirol et l'HNSM) est présidée par le directeur adjoint, par ailleurs responsable de la qualité, et composée d'un médiateur médical titulaire (et d'un suppléant), d'un médiateur non médical (et d'un suppléant), de deux représentants des usagers. Sa composition nominative prévue par la décision n° 2011-71 du 10 mars 2011 sera définitivement arrêtée dès que la CME aura pu se prononcer à ce sujet.

La juriste de l'établissement et un représentant de la direction des affaires générales et de la clientèle peuvent être appelés à participer aux réunions en tant que de besoin.

Selon les textes, la commission doit tenir quatre réunions par an, mais d'un commun accord, elle a décidé de ne se réunir que trois fois. En 2009, elle ne s'est réunie que deux fois sans, toutefois, que cette faible périodicité ait empêché un traitement rapide des demandes individuelles des patients qui ont été reçus dans des délais très courts par les médiateurs.

Pour pouvoir remplir sa mission, la commission est tenue informée des événements indésirables, des plaintes ou réclamations, des problèmes posés éventuellement par l'accès des patients à leur dossier médical, des contentieux en cours ainsi que des relations avec la police ou la justice à propos des patients. Elle résume toutes ces activités dans des bilans statistiques, tous motifs et services confondus, pour les deux établissements, relatifs aux réclamations et demandes des patients (133 en 2009), aux demandes de médiation de la CRUQPC (neuf dont deux seulement pour les services psychiatriques), aux nouveaux dossiers contentieux de l'année (quatre dont un seul pour la psychiatrie qui en comptait cinq en cours en 2008), aux demandes émanant des autorités de police et de justice (155).

Un bilan global des demandes et réclamations fait apparaître un total de 288 en 2009 contre 319 en 2008 pour l'ensemble des deux établissements.

Les travaux de la CRUQPC ont abouti, dans le rapport d'activité pour 2009, à deux préconisations relatives, d'une part, aux effets secondaires des traitements médicamenteux et, d'autre part, à la réactivation de « l'alliance thérapeutique » qui consiste à associer patient, famille (lorsqu'elle existe) et soignants en vue de favoriser l'accueil, le traitement, la préparation de la sortie du patient ainsi que le soutien à apporter aux familles. Dans ce but, une enquête a été menée auprès des proches en vue de mieux les connaître. Elle porte sur l'entrée dans les soins, l'accueil reçu à l'hôpital, l'accueil dans les moments de crise, la préparation de la sortie d'hospitalisation et comprend une demande de suggestions des familles pour améliorer l'alliance thérapeutique. Parallèlement, une autre enquête a été menée, en fin 2010, auprès des soignants dans le but d'évaluer leurs pratiques professionnelles et de faire connaître leurs propositions d'améliorations.

Lors de la visite, on ne disposait pas encore du compte-rendu de la dernière réunion de la CRUQPC qui s'est tenue le 8 avril 2011.

Pour le premier trimestre de 2011, le registre des demandes et réclamations fait apparaître, à l'analyse, en psychiatrie, trente-quatre cas sur cinquante-neuf pour l'ensemble des deux hôpitaux. Quant aux relations avec la justice et la police au premier trimestre 2011, elles concernaient quarante-six cas sur cinquante-cinq. Enfin, du 30 décembre 2010 au 27 février 2011, deux nouvelles demandes de médiation sur les trois présentées depuis la dernière CRUQPC du 25 mai 2010 concernaient la psychiatrie.

L'absence d'une distinction nette et systématique entre la psychiatrie et les autres services ainsi que d'un cadre statistique global et cohérent ne favorise pas une interprétation claire de cet ensemble de renseignements quant au propos du Contrôle général. D'autant que, d'une année sur l'autre, les tableaux statistiques portant le même intitulé ne recouvrent pas les mêmes objets.

Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, désigné par le directeur de l'hôpital en concertation avec la CME, veille à la cohérence des actions d'amélioration de la qualité des soins et de l'accueil des patients.

3.10.5.1 Les événements indésirables

Des événements indésirables de toute nature peuvent perturber le bon fonctionnement des unités de l'hôpital. Pour améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur-patient, il importe d'en être complètement informé, de les analyser et d'en tirer toutes les conséquences quant aux améliorations à apporter.

L'article L 1413-14 du code de la santé publique stipule que « tout professionnel ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'action de prévention doit en faire la déclaration ».

En juin 2010, la CME de l'EPS Esquirol a validé une liste d'événements indésirables graves associés aux soins, spécifiques à la psychiatrie adulte et enfant, quel que soit le mode de prise en charge. Cette liste a été établie par un groupe de travail représentatif des divers pôles en vue de guider les professionnels de l'établissement dans leur signalement.

Une note d'information datée du 5 janvier 2011 l'a portée à la connaissance des responsables, des cadres de santé coordonnateurs de pôles et des cadres de santé d'unités de soins des pôles psychiatriques qui doivent veiller à son application.

En 2009, l'hôpital Esquirol a connu 115 signalements d'événements indésirables (pouvant porter sur plusieurs points chacun) se répartissant entre :

- vingt-cinq agressions physiques ou verbales d'un personnel par un patient ou un membre de l'entourage de celui-ci (22%), NB. Signalements surtout en cas d'agressions physiques et, pour les agressions verbales, lorsqu'elles sont violentes et/ou comportent des menaces de mort (douze cas sur 2009-2010) ;
- vingt-quatre dégradations, pertes ou vols d'un bien ou d'une valeur appartenant à un patient, à un agent et/ou à l'établissement, intrusions (21%) ;
- onze départs de feu dont dix dus à un même patient contre lequel une plainte a été déposée (9%) ;
- cinquante « autres événements » de natures diverses et peu fréquemment signalés (50%).

Dès qu'ils se produisent, les événements indésirables doivent être signalés par télécopie, rédigée par les cadres de santé de l'unité dans laquelle ils se sont produits, transmettant une « fiche d'événement indésirable » (formulaire imprimé) à la direction générale et à la direction de la qualité. Ils font, rapidement, l'objet d'un rapport écrit donnant toutes les précisions nécessaires. Les risques sont caractérisés en utilisant deux échelles d'estimation. La première concerne la gravité des conséquences (mineure, significative, grave, critique et catastrophique). La seconde est une échelle d'estimation de vraisemblance de survenue de l'événement (1 : impossible à improbable ; 2 : très peu probable ; 3 : peu probable ; 4 : probable ; 5 : très probable à certain). Ces déclarations sont ensuite analysées et les responsables des unités sont appelés à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour traiter le problème et éviter qu'il puisse se reproduire.

L'efficacité de la procédure dépend de l'exhaustivité de la collecte des informations. Or, dans la pratique, il a été constaté que des cas de non-déclaration des événements indésirables pouvaient être dus à de multiples causes : la peur des sanctions, notamment disciplinaires, la peur d'un litige, le manque de soutien de la part des collègues, la volonté d'éviter que le cas soit discuté en réunion, la peur que le personnel junior soit rendu responsable, l'inquiétude de savoir qui d'autre est au courant des faits à divulguer, la volonté de ne pas avoir de problèmes, la crainte d'être identifié même si l'on veut garder l'anonymat, absence de récompense en cas de déclaration, méconnaissance du système de déclaration ou des formulaires de déclaration ou encore de qui est habilité à faire la déclaration etc.

Ce qui souligne la nécessité d'une sensibilisation et d'une formation permanentes de tous les personnels.

Cette procédure peut comporter soit des déclarations sous forme papier, soit des transmissions par voie informatique. La direction de la Qualité a demandé des crédits et moyens pour pouvoir développer l'informatisation de la procédure afin d'en améliorer l'efficacité.

La gestion des risques a conçu et tient à jour un registre faisant un bilan des événements indésirables qu'elle communique régulièrement à la direction générale de l'hôpital, document qui indique la date de survenance de l'événement, la date de réception de l'information par la gestion des risques, l'émetteur du signalement, l'objet du signalement, l'unité de soins et le pôle concernés et les actions immédiatement réalisées. Pour la période janvier-février 2011, sur vingt-sept signalements pour l'ensemble des Hôpitaux de Saint-Maurice, dix concernaient les services de soins psychiatriques à des titres divers.

Ces procédures et moyens ont pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

3.10.5.2 Les plaintes et réclamations

Les événements indésirables, malgré la vigilance exercée à leur propos et les mesures prises pour y remédier, peuvent donner lieu à des réclamations ou des plaintes de la part des patients qui en sont victimes ou de leurs proches.

Un registre des demandes et réclamations a été mis au point et renseigné par la cellule juridique de la direction de la qualité pour les recenser.

Dans tous les cas, la demande ou la réclamation doit être formulée par écrit et adressée à la direction de la qualité. Celle-ci la transmet au service juridique pour qu'il saisisse le service concerné et le relance au besoin si sa réponse tarde trop. Un accusé de réception est immédiatement adressé au demandeur. En cas de besoin, la cellule juridique saisit l'assureur de l'établissement. Quand elle a reçu la réponse du responsable du service concerné, la cellule juridique adresse une réponse au demandeur et lui indique les voies de recours dont il dispose s'il n'en est pas satisfait. Il peut s'agir, soit de la saisine des tribunaux, soit d'une demande d'intervention du médiateur médical (le patient le saisit, d'ailleurs, parfois directement).

Le médiateur médical a été saisi six fois en 2008 et en 2009, trois fois en 2010. Il intervient très rapidement (parfois dans les 24h et jamais au delà de huit jours) et il informe constamment le patient et l'établissement de l'évolution de la situation. Dans la plupart des cas, les patients sont satisfaits de cette intervention. Dans un seul cas, une plainte a été déposée au terme de la procédure.

Pour le premier trimestre 2011, les demandes et réclamations étaient au nombre de soixante pour l'ensemble des Hôpitaux de Saint-Maurice dont trente-quatre pour les services de soins psychiatriques (vingt demandes d'accès au dossier médical et quatorze autres divers motifs tels que conditions de prise en charge médicale ou hôtelière, contestation d'hospitalisation, demandes de renseignements divers et un courrier délirant).

Il existe aussi un registre des relations avec la police et la justice. Pour le premier trimestre 2011, il comportait cinquante-cinq cas pour l'ensemble des Hôpitaux de Saint-Maurice dont cinquante et un pour l'EPS Esquirol (trente et une demandes de la police et vingt demandes de la justice émanant soit des JLD soit de juge de l'application des peines (JAP)).

Dans le traitement de tous les types de problèmes soulevés à propos des rapports avec la « clientèle », la cellule juridique de la direction de la qualité joue un rôle pivot en matière d'information, d'études et d'orientation. Elle est informée et donne un avis à la direction et à la CRUQPC sur les demandes administratives des patients ou de leurs proches telles que les demandes d'accès aux dossiers médicaux, les réclamations, les demandes de médiation ou d'indemnisation de préjudices corporels. Elle traite également les diverses demandes émanant de la justice ou de la police (réquisitions, demandes d'audition de patients ou de soignants, demandes de mainlevée d'hospitalisation devant le JLD. De plus, elle assure la gestion et le suivi des recours contentieux engageant la responsabilité médicale, civile ou pénale de l'établissement devant les tribunaux. Elle joue donc un rôle centralisateur essentiel au sujet de la recherche de solutions aux problèmes de toute nature susceptibles de se poser entre l'établissement et les patients qu'il reçoit.

3.10.5.3 Les questionnaires de satisfaction

Il est important, pour que l'établissement puisse mieux s'orienter dans la recherche d'une amélioration de la prise en charge des patients, qu'il connaisse précisément l'opinion qu'ont ceux-ci sur la façon dont ils ont été traités lors de leur séjour à l'hôpital. C'est l'objet du questionnaire de satisfaction auquel il est demandé au malade d'accepter de répondre au terme de son séjour.

Ce questionnaire a fait l'objet de plusieurs modifications après évaluation de ses résultats par des groupes de réflexion. Son dernier état remonte à mars 2007. Il comporte vingt-neuf questions auxquelles il est répondu en cochant une case. Outre des indications concernant les modes d'hospitalisation (HL, HO ou HDT), le secteur dans lequel a eu lieu cette hospitalisation et la date de celle-ci, les thèmes abordés concernent l'accueil, les soins, la prise en charge des problèmes physiques dont la douleur, l'information reçue, les relations avec les médecins et le personnel soignant, l'hôtellerie. Le questionnaire se termine par une appréciation globale portée par le patient sur son séjour. Une fois le questionnaire rempli, il peut être remis, sous enveloppe, au personnel soignant ou adressé par courrier à la direction de la qualité.

Le questionnaire est remis au patient soit en même temps que le livret d'accueil soit au moment de la sortie.

Selon les unités, le taux effectif de distribution du questionnaire aux malades ne serait que de 30 à 50%. En 2010, la file active a été de 1 563 patients.

Le tableau suivant indique pour les années 2008, 2009 et 2010, le nombre de questionnaire reçus, le nombre de réponses sur le soulagement de la douleur et leur répartition en pourcentage selon le statut des personnes hospitalisées.

Année	Nombre de questionnaires reçus	Soulagement de la douleur Nombre de réponses	Patients	Patients	Patients
			HL	HDT	HO
2008	115	58	47 %	32 %	21 %
2009	72	22	45 %	29 %	26 %
2010	63 (4,03 %)	25	44 %	30 %	26 %

Pour 2010, les réponses étaient majoritairement favorables, mais certains points faisaient apparaître une situation qui l'était moins et plus mitigée, quant au pourcentage des opinions très défavorables ou défavorables : la présentation du fonctionnement des services (48 %), le soulagement de la douleur (40 %), la qualité de la nourriture (30 %), le bruit (55 %), le confort des sanitaires (43 %), les espaces de détente et de loisir (46 %), l'accès aux services proposés – bibliothèque, coiffeur, cafétéria – (35 %). Au total, cependant, l'impression globale des patients qui se sont exprimés sur le séjour à la sortie était très favorable ou favorable pour 80 % des réponses.

En 2008 et 2009, les tendances étaient les mêmes.

Ces indications doivent être, toutefois, relativisées en raison du faible nombre de réponses reçues par rapport à celui des patients ayant, en principe, reçu le questionnaire à leur sortie. Un tel résultat ne permet pas de disposer d'informations suffisantes pour orienter vraiment les recherches en vue d'améliorer le service rendu.

C'est pourquoi une étude confidentielle a été demandée, en 2009, à l'association « Junior ESSEC » en vue de définir les moyens de réaliser une évaluation semestrielle de la satisfaction des patients. La proposition qui en a résulté était, tous les six mois (juin et décembre), d'appeler au téléphone 100 patients sortis de l'établissement depuis quinze jours afin de leur demander de répondre à un questionnaire de satisfaction. Des références tirées d'expériences diverses d'interventions du prestataire dans des entreprises et dans un établissement hospitalier (Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon – qui n'appartient pas à la catégorie des hôpitaux psychiatriques) étaient mises en avant par le prestataire. Le coût de l'étude, après « remise de 20 % pour étude semestrielle » était de 1 688 euros HT (TVA à 19,60 %).

Cette proposition n'a pas semblé susciter l'enthousiasme des personnels qui émettaient des réserves relatives à un sondage par téléphone auprès de malades qui, une fois sortis de l'hôpital, à la différence peut-être de patients d'un hôpital général, ne seraient vraisemblablement guère intéressés par le fait de répondre à un questionnaire qu'ils ne remplissaient déjà pas à leur sortie de l'établissement. De plus, la capacité des sondeurs téléphoniques d'interpréter et d'évaluer la pertinence des réponses de malades psychiatriques qu'ils ne connaissent pas leur paraît douteuse et le coût de l'opération pour l'hôpital les interroge. Ils considèrent qu'ils seraient les mieux placés pour recueillir les appréciations de malades qu'ils connaissent pendant qu'ils sont encore à l'hôpital et que, d'ailleurs, cela entrerait dans le cadre de leur action thérapeutique.

Pour remplir le questionnaire avec chaque malade, il leur suffirait de cinq à dix minutes au maximum (les sondeurs téléphoniques en prévoiraient quinze) et, pour une opération semestrielle portant sur tous les malades présents un jour donné, cela ne compliquerait pas outre mesure leur travail et leur fournirait des informations immédiatement exploitables dans le service.

3.10.5.4 Les affaires contentieuses

Les événements indésirables, les plaintes et réclamations et les demandes d'accès au dossier médical peuvent donner lieu à des contentieux si les procédures amiables n'ont pas abouti à une solution acceptée par les deux parties.

C'est la cellule juridique qui est chargée de suivre ces affaires contentieuses en liaison éventuelle avec l'assureur de l'établissement. Elle demande des rapports circonstanciés aux chefs des services concernés, prend contact avec les équipes de l'unité avec lesquelles elle prépare les expertises auxquelles elle participe en tant que représentante de l'hôpital.

Les cas de contentieux sont peu nombreux : aucun en 2008, un en 2009 (abandonné par le demandeur après un référé expertise défavorable) et un en 2010 (demande dirigée contre un refus d'indemnité en raison d'une chute en 2009 ; requête en instance devant le tribunal administratif). La nécessité d'apporter toutes sortes de justificatifs pour être indemnisé de perte ou de bris de lunettes ou de dentiers, par exemple, conduit nombre de patients à renoncer à des actions *a priori* vouées à l'échec.

En 2010, une décision du Tribunal administratif a condamné l'hôpital à payer à la famille d'une victime la somme de 55 800 euros au titre de dommages-intérêts pour erreur d'appréciation diagnostique, sortie prématurée et absence de tentative de placement libre ou de placement d'office dans le cas d'un patient qui, hospitalisé en HL, avait agressé mortellement une personne 48 heures après sa sortie.

Dans une autre affaire concernant un placement en HDT d'un patient à la demande d'une assistante sociale du 4ème arrondissement de Paris, alors que la juridiction civile avait refusé l'HDT dans ces conditions, la juridiction administrative l'a admise, ce qui pourrait faire jurisprudence quant aux personnes habilitées à demander une HDT.

Dans une autre affaire concernant une hospitalisation datant de 2005 qui traînait en raison de l'absence de communication à l'hôpital d'une requête depuis 2007, le tribunal administratif a rejeté la requête de la patiente en décembre 2010.

D'une manière générale, l'assurance n'indemnise que très rarement et seulement s'il y a faute, les expertises étant, le plus souvent, négatives.

3.10.6 L'agence du Trésor public

Une agence du Trésor public est située dans l'établissement au niveau de la cour d'honneur. Elle est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 12h, du lundi au jeudi de 13h30 à 16h30 et le vendredi de 13h à 16h.

Elle intervient dans la collecte, la conservation et la restitution des biens déposés par les patients à leur arrivée.

A ce titre, elle gère les comptes de trois catégories de patients :

- les majeurs capables, pour un montant global de 15 128 euros ;
- une centaine de patients placés sous la tutelle de l'hôpital, pour un montant de 1 077 089 euros ;
- les patients placés sous tutelles extérieures avec un dépôt total de 49 000 euros qui sert à donner de l'argent de poche à ces patients selon les indications des gérants de tutelle.

A leur arrivée, les patients sont amenés à déposer auprès des services les biens leur appartenant qu'il est préférable de ne pas laisser à leur disposition pendant leur hospitalisation. Les objets et valeurs déposés sont généralement de faible montant, mais ils comportent, par exemple, les chéquiers et les cartes de paiement. Il y a très peu de bijoux.

Le processus de dépôt et de conservation de ces biens fait l'objet de fiches de procédures destinées à guider le régisseur dans l'exercice de sa mission.

Les dépôts s'effectuent, à l'entrée, auprès des services de soins et des vérifications sont opérées dès le lendemain avec les patients qui déposent. Pour ceux qui viennent de l'infirmerie psychiatrique près la préfecture de police (IPPP), les objets sont reçus par envoi postal recommandé avec demande d'avis de réception et le patient en est averti.

Une fiche d'inventaire, dressée par les services d'accueil de l'hôpital, fait l'objet d'un reçu signé par le patient déposant.

Des états de soldes sont comptabilisés pour chaque patient, en nombre et en valeur (en deux listes : bijoux et cartes et moyens de paiement), et font l'objet de contrôles trimestriels.

En fin d'année, un état récapitulatif est dressé.

Les objets déposés, dont la liste est retracée dans un carnet à souches, sont placés dans des enveloppes renforcées sur lesquelles est fixée une fiche de dépôt portant la liste des objets déposés, le nom et l'adresse du déposant et la date suivie de la signature de l'intéressé. Les dépôts sont comptabilisés en trois exemplaires, l'un servant de reçu est remis au déposant, le deuxième est attaché à l'enveloppe et le troisième reste dans le carnet à souches.

Les enveloppes sont conservées dans le coffre du service. Lorsque la sortie du patient est prévue, l'agence en est prévenue par le service dans lequel il est soigné.

Pour retirer les objets lui appartenant, le patient doit, après vérification, signer la fiche de dépôt fixée sur l'enveloppe et l'original de la fiche de dépôt est conservée dans le carnet à souches. Mais il doit, aussi, prouver qu'il est bien le propriétaire des objets en justifiant de son identité, selon les règles de la comptabilité publique.

Pour celle-ci, il convient de présenter un titre d'identité, notamment une carte nationale d'identité (CNI), sur laquelle est apposée une photographie du titulaire, faute de quoi le dépôt ne peut être restitué.

Or il est très fréquent que les patients soignés en psychiatrie égarent ou perdent ces papiers. Et ils ne comprennent pas que le dépôt qui avait été accepté sans problème à l'entrée ne puisse pas leur être restitué à la sortie, pour des raisons qui leur échappent complètement. Ce d'autant plus qu'ils ont un impérieux besoin de les récupérer dès leur sortie car, fréquemment, ils ne possèdent rien d'autre, et parce que cette situation est vécue par eux comme une question de survie.

Les services du Trésor peuvent, éventuellement et sous certaines conditions, admettre diverses pièces de substitution à la carte d'identité : permis de conduire, passeport, cartes Vitale ou d'étudiant ou améthyste, mais à la condition impérative que ces documents comportent une photographie. Or les patients en sont souvent aussi démunis que de la CNI.

De même, ils ne disposent généralement pas de récépissé de déclaration de perte ou de vol des documents qui leur sont réclamés pour pouvoir récupérer leurs biens. Et s'ils entament seulement alors les démarches administratives pour obtenir de nouveaux documents, ils risquent de connaître de longs délais qu'ils n'ont pas les moyens d'attendre.

Si une vérification de l'existence des papiers était faite au moment de l'arrivée, des démarches auraient pu être entamées aussitôt, avec l'aide des services sociaux, afin d'avoir une chance d'éviter ces difficultés à la sortie. Mais, selon les services du Trésor, il n'existerait pas de directive générale à ce sujet dans l'établissement.

3.10.6.1 Les autres instances

A. Le comité d'éthique

Dans l'établissement, le Comité d'éthique a été effectivement mis en place en 2006.

Il est composé de dix-sept personnes représentant les divers services de l'hôpital. Le comité comporte, outre des représentants des diverses activités de l'hôpital, trois personnalités extérieures à l'établissement. Il pourrait inviter des personnes extérieures (par exemple, des membres de l'UNAFAM) à participer à ses travaux, mais il ne l'a pas encore fait.

Chacun peut le saisir d'une question mais doit le faire par écrit et l'adresser à la présidente du comité. Il est possible de garder l'anonymat.

Les réponses apportées par le comité aux questions posées ne constituent pas des décisions mais se contentent de proposer des axes de réflexion. Cette position de principe diffère de celle qui est généralement adoptée dans divers établissements et qui consiste à rechercher, en liaison avec les services concernés, des solutions pratiques applicables aux problèmes concrets rencontrés.

Chaque membre du comité s'exprime en son nom propre et la rédaction des avis est le fruit d'un important travail collectif.

Les membres du comité doivent répondre à des avis de vacances de postes au comité et adresser leur candidature au comité accompagnée d'une lettre de motivation. Un vote a lieu au sein du comité pour choisir les nouveaux membres qui sont proposés au directeur de l'hôpital qui nomme les membres après consultation de la CME et du directoire. Cette procédure aurait pour but de limiter le nombre de candidats et d'éviter de retenir ceux qui auraient des formations trop précises et qui pourraient n'être intéressés que par certains types de problèmes. Les membres du comité doivent, par ailleurs, prendre un engagement de trois ans d'assister aux cinq séances plénières programmées en début d'année et de participer à des groupes de travail restreints. Enfin, une formation à l'éthique leur sera donnée en interne.

Généralement, les séances regroupent entre douze et quinze membres sur dix-sept. Les règles de fonctionnement du comité devront être soumises pour validation à la CME qui est, par ailleurs, destinataire du rapport annuel d'activité du comité.

La présidente a communiqué aux contrôleurs trois avis émis par le comité :

- un avis n° 1 rendu en mai 2008 sur le problème de la participation à une réunion (de pratique pourtant courante en la matière) devant faire le point sur des dossiers relatifs à des situations de patients relevant d'un CMP (psychiatrie adulte) et du CMP de pédopsychiatrie de l'arrondissement qui, outre des aspects médicaux, comportaient des aspects sociaux à propos desquels des travailleurs sociaux (assistantes sociales – astreintes, tout autant que les médecins, dans leur domaine, au secret professionnel –, mais aussi « stagiaire psychologue, psychiatres, secrétaire, etc. » étaient compétents et chargés desdits dossiers.

L'auteur de la demande, malgré l'avis « d'une partie du personnel opposée à cette décision, prétextant que nous étions tous soumis au secret professionnel » avait « pris la décision, avec un collègue de psychiatrie, de ne pas aborder les situations en question » et « convenu quand même d'organiser d'autres rencontres uniquement entre personnel concerné par chacune des situations ». L'auteur demandait au comité d'éthique ce qu'il en pensait.

Après avoir indiqué que le problème posé était celui du secret professionnel, rappelé les données historiques, analysé ce que dit la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, notamment quant au partage de l'information, l'avis se conclut par : « C'est dire que la posture du professionnel vis-à-vis de ses obligations au secret passe par une qualité humaine, celle du discernement face à la singularité des situations ».

- un avis n° 2 de mars 2009 portait sur la question suivante : « Pour la prise en charge des patients difficiles en unité de soins somatiques, nous aimerions savoir s'il existe un protocole sur l'usage des contentions à visée thérapeutique afin de pouvoir prodiguer des soins dans le cadre de l'urgence vitale sur des patients non compliant. »

A cette question importante, l'avis répond en rappelant le cadre historique, en invoquant des essais de bonnes pratiques avant d'en arriver à la conclusion et en faisant suivre son avis d'un glossaire (dans lequel on trouve l'étymologie des mots « contention » et « protocole » et la signification du mot « compliance » – « qui ne figure pas dans les dictionnaires français consultés »), de textes et articles de lois et décrets et de références bibliographiques.

En conclusion, le comité propose la constitution d'un groupe de travail pour l'établissement d'un protocole sur « l'usage des contentions en soins somatiques et en soins psychiatriques » appuyant ses réflexions sur « l'analyse et la synthèse des pratiques actuelles » en rappelant que « la contention ne peut constituer l'unique réponse à apporter dans le cadre de l'urgence et de la dangerosité et doit donc être systématiquement associée aux autres techniques de prise en charge ».

- un avis n° 3 daté d'avril 2010 était sollicité sur la position du comité « concernant les soignants qui, dans leur exercice professionnel, utilisent le tutoiement envers les personnes soignées ».

Après une première partie intitulée « Le rapport à l'altérité » comportant un « rappel linguistique et historique », une « petite incursion philosophique » et des considérations sur des « repères sociétaux », une deuxième partie aborde le problème du vouvoiement dans le soin en invoquant « le cadre juridique », « la dissymétrie de la relation » avant d'en arriver à la question : « Tutoiement ? Vouvoiement ? ».

La conclusion indique, notamment, qu'« il appartient à chacun de savoir construire les rapports humains les plus chaleureux et efficaces possibles en sachant pour cela profiter des richesses qui nous sont fournies par la langue française. Une réponse à la question posée qui serait le recours à des règles de procédures systématiques va à l'encontre du caractère humain de la relation soignant-soigné et il appartient à chacun de construire un certain nombre de règles adaptables, modifiables et individuelles...Le comité d'éthique rappelle que l'essentiel dans la relation soignant/soigné, au-delà de l'utilisation du « tu » ou du « vous », est de tendre ensemble vers le même but qui est sinon guérir, au moins accompagner et rendre plus supportable l'état de santé du patient, ce dont les soignants sont responsables. »

L'avis est suivi d'une bibliographie très diverse, d'une annexe consacrée au « travail réalisé à l'Hôpital Esquirol – Espace Loisir Cafétéria », de la définition de « tutoyer » et

« vouvoyer » extraite du dictionnaire « Le Robert » 1996, d'une pétition adressée à la Convention nationale en 1793 et du rappel, de l'interdiction de tutoyer formulée par une circulaire de l'Assistance publique du 13 septembre 1956.

Des appréciations très critiques ont été formulées auprès des contrôleurs sur la manière de fonctionner du comité d'éthique et sur l'absence de réponses claires et opérationnelles aux questions qui lui sont posées.

B. Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Depuis la « loi Kouchner » de 2003, la lutte contre la douleur constitue un droit pour les malades et un objectif important pour les établissements d'hospitalisation qui, à cette fin, doivent se doter d'un comité de lutte contre la douleur (CLUD). Les deux hôpitaux constituant les Hôpitaux de Saint Maurice avaient chacun leur comité. A la suite de leur fusion, un comité commun s'est mis en place depuis le mois de janvier 2011.

Le comité réunit les « référents douleur » (un ou deux membres, volontaires, de chacun des services des deux hôpitaux) en présence de la direction des soins. Le comité se réunit trois fois par an.

La prise en charge et la lutte contre la douleur passent par la sensibilisation et la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux.

Une journée annuelle de formation réunit, au mois de mars, tous les personnels soignants nouvellement arrivés des deux hôpitaux qui y sont convoqués et doivent obligatoirement y participer. Ils y reçoivent des informations très concrètes sur la physiologie et la compréhension de la douleur ainsi que sur les modalités de sa prise en charge.

Au cours de ces réunions, les personnels apprennent comment évaluer la douleur en utilisant diverses échelles d'évaluation selon qu'il s'agit d'adultes ou d'enfants.

A l'occasion de séances plénières organisées trois ou quatre fois par an, des exposés font le point sur les pratiques professionnelles récentes.

Des formations sont organisées à l'extérieur des établissements, sur le temps de travail, notamment à Paris à l'hôpital Saint-Antoine et dans les hôpitaux de Créteil. Les retours d'expérience sont largement diffusés dans tous les services. Des rappels sont faits, notamment à propos des nouveaux médicaments, des mélanges de gaz spécifiques pour les enfants, des pansements et des injections. Des sessions doivent être prévues tous les six mois en fonction des rotations des internes dans les services.

Des protocoles sont élaborés en fonction des situations observées et diffusés dans les services afin d'indiquer aux personnels soignants la marche à suivre et les bonnes pratiques à mettre en œuvre pour faire face aux divers cas auxquels ils peuvent être confrontés.

La journée internationale contre la douleur, organisée tous les ans, au mois d'octobre, donne l'occasion de diffuser des informations, de présenter des matériels, de distribuer de la documentation aux personnels soignants, aux patients et à leurs familles. L'industrie pharmaceutique met à disposition des livrets et des revues mais les représentants des laboratoires ne sont pas présents. Les personnels hospitaliers sont amenés à prendre connaissance des échelles d'évaluation de la douleur (Echelle Visuelle Analogique – EVA –, échelle des visages) à utiliser avant et après un soin. Chacun doit, à tour de rôle, vérifier le niveau de douleur d'un patient à qui une fiche est remise.

Lors de l'admission, la question de la douleur est, maintenant, systématiquement posée au patient dans les services psychiatriques et est évaluée à l'aide de réglettes.

Grâce à l'ensemble des actions ainsi menées, les personnels soignants, dans leur ensemble, qui, autrefois, ne considéraient pas la lutte contre la douleur comme une question importante et prioritaire – et qui pouvaient même douter de sa réalité – sont maintenant beaucoup plus sensibilisés à ce propos et le recours aux antalgiques n'apparaît plus comme la seule solution.

C. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Au cours de leur hospitalisation, les patients peuvent contracter des infections liées aux soins. L'hôpital, sous peine de voir sa responsabilité engagée, doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour que cela ne se produise pas et établir un programme de mesures à mettre en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales. C'est le rôle du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Depuis le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010, le code de la santé impose de constituer, à cet effet, au sein de chaque établissement, une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) « composée notamment de personnel médical ou pharmaceutique et de personnel infirmier désignés par le représentant légal de l'établissement après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement... ».

Pour les hôpitaux de Saint-Maurice, l'EOH est placée sous l'autorité d'un médecin hygiéniste et comprend deux cadres supérieurs hygiénistes (un par établissement) qui se réunissent deux fois par semaine. Elle assiste la CME dans la proposition des actions de lutte contre les infections nosocomiales et dans l'élaboration des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de ces mesures.

Le CLIN comprend une vingtaine de personnes avec des correspondants médicaux en hygiène dans tous les services. Il reçoit les signalements des services et leur diffuse les règlements applicables. Il réunit au mois quatre fois par an les correspondants paramédicaux et les cadres de santé de toutes les unités et diffuse les comptes-rendus de ces réunions à tous ses membres. Il peut avoir des contacts directs avec les services qui sont visités à chaque fois que des résultats positifs ont été obtenus et procède à une évaluation continue en vue d'une meilleure prise en charge des patients.

L'évaluation concerne tous les protocoles et vise toutes les pratiques d'hygiène, soit par observation directe, soit sur dossiers afin de mieux apprécier la traçabilité des mesures prises, soit en procédant à des audits.

Le CLIN met en œuvre des formations comportant une partie théorique et une partie pratique. C'est le cas tous les ans à propos de l'hygiène des mains. Il participe tous les ans à une journée d'information toutes catégories et pour les nouveaux arrivants. Dans le courant de l'année il répond, *via* l'EOH, aux demandes qui lui sont adressées par les services.

Son service « Environnement » procède au contrôle de l'eau dans tous les services et les services techniques changent systématiquement, une fois par an, les flexibles et les pommeaux de douche. Ils vérifient également la qualité de l'eau potable afin d'éviter la légionellose en installant des filtres appropriés antibactériens. Tous les équipements sont vérifiés et les canalisations sont remplacées progressivement. Les ballons d'eau chaude sont nettoyés tous les ans dans tous les services, y compris ceux qui sont inoccupés et la température est vérifiée toutes les semaines.

Une attention toute particulière est accordée, en psychiatrie, au problème, qui y est important, des infections cutanées, pathologies qui peuvent être relativement graves. Dans la fiche d'admission, une rubrique est d'ailleurs consacrée à l'état cutané en raison de l'existence de cas de gale ; durant la visite des contrôleurs, deux patients étaient porteurs de cette maladie.

Les protocoles font l'objet de rediscussions et sont réactualisés en conséquence dans des classeurs papier mais aussi sur l'intranet.

D. Le comité de liaison alimentation (CLAN)

Le comité de liaison alimentaire-nutrition (CLAN) s'est réuni pour la première fois le 2 mai 2011. Il est commun aux deux entités (Esquirol et HNSM) et devrait se réunir quatre fois par an. Y sont abordés les problèmes de dénutrition, de surpoids, la mise en place d'un logiciel de suivi du poids des patients ainsi que la qualité des repas, le goût et la variété des menus.

3.10.6.2 L'UNAFAM

Les représentants contactés ont indiqué qu'ils avaient peu d'observation à faire car il n'y a pas beaucoup de remontées de la part des familles. « Ce qui est le plus souvent rapporté est la difficulté pour les familles d'avoir des informations sur l'état de santé de leurs proches et sur les traitements qu'ils suivent. »

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Eléments communs à tous les pôles

4.1.1 Le règlement Intérieur

Il n'existe pas de règlement intérieur commun à tout l'établissement public de santé Esquirol mais le livret d'accueil de l'hôpital est remis à chaque patient lors de son arrivée dans son unité d'hospitalisation. Chaque pôle a son propre règlement intérieur affiché dans chaque unité de soins.

Le livret d'accueil comporte vingt pages concernant :

- la présentation de l'établissement avec son histoire, son organisation et son plan. Le plan n'est pas actualisé quant aux dénominations des unités d'hospitalisation ;

- les modalités d'admission avec les formalités, les frais et les transports sanitaires ;
- les modalités du séjour et les règles afférentes à la chambre, aux repas, aux vêtements, aux biens du patient, aux visites, au téléphone, à la télévision, au courrier et aux boissons alcoolisées, tabac et substances toxiques ;
- une information sur les cultes, la possibilité de demander une visite par un bénévole et sur l'espace loisirs ;
- les consignes en cas d'incendie ;
- la description des professionnels ;
- les droits du patient : hospitalisation des mineurs, protection juridique des majeurs, désignation d'une personne de confiance, mandat de protection future, directives anticipées, associations d'utilisateurs, information, réclamation, la CRUQPEC et la contestation d'hospitalisation ;
- la sortie ;
- le résumé de la charte de la personne hospitalisée ;
- les accès à l'E.P.S. Esquirol.

Selon les unités, il peut être donné au patient avec son livret d'accueil : le questionnaire de satisfaction, une note d'information pour les patients en HO ou HDT quant aux recours qu'ils peuvent faire, une note d'information quant à la lutte contre les infections associées aux soins et les adresses des services extrahospitaliers liés à leur pôle d'hospitalisation.

Lors de la visite des contrôleurs, il a été constaté auprès d'un nouvel arrivant que les règles relatives à l'usage du téléphone étaient erronées, le patient à la lecture du livret d'accueil comprenant qu'il avait toute liberté de téléphoner alors qu'en réalité, le patient doit attendre d'avoir vu le médecin qui va autoriser ou non l'usage du téléphone portable, permettre ou non l'accès aux cabines téléphoniques sises dans l'enceinte de l'hôpital.

Il est rappelé par le livret d'accueil qu'en vertu de la loi Evin il est formellement interdit de fumer à l'intérieur de l'hôpital ce qui n'est absolument pas respecté.

Les règlements intérieurs spécifiques à chaque unité sont apposés à l'entrée de chacune d'elles. Ils ne sont pas systématiquement remis au patient, ni affichés dans les chambres.

Ils sont rédigés soit sous la forme de colonnes (pôle 94 G 16, Paris 12^{ème}, Paris centre-unité Averroès) comprenant les règles relatives à l'accueil du patient, la vie du service, les soins, les repas, les visites et téléphones et les interdits, soit sous la forme d'un listing comme pour le pôle Paris 11 et comprenant : l'alimentation l'hydratation ; l'ouverture du self ; les médicaments ; le tabac-boissons alcoolisées substances toxiques ; effets personnels-argent-objets précieux ; les communications ; l'hygiène vestimentaire et corporelle ; les visites ; les sorties et permissions. Le pôle Paris centre a la spécificité d'avoir un règlement intérieur différent quant à la forme et le contenu pour chacune de ses deux unités.

Un seul règlement intérieur spécifie qu'il faut un délai de 48 h et une pièce d'identité pour récupérer les numéraires déposés au Trésor public.

Le tabac est autorisé dans les patios dans deux pôles et dans l'une des deux unités d'un autre pôle.

Dans tous les règlements, il est précisé que les visites, les sorties dans le parc ou en ville et les autorisations de téléphoner font parties du contrat de soins et soumises à l'accord du psychiatre.

Deux pôles prévoient que sans possibilité de sortir de l'unité et après accord médical, les appels locaux sont autorisés de 15h à 20h, l'un des pôles précisant, dans la limite d'une à deux communications par jour.

La télévision est mise à disposition des usagers de 9h à 23h ou de 10h à minuit ou encore de 8h à minuit. Un règlement indique que la télévision est accessible jusqu'à 23h sans que l'on sache à partir de quelle heure.

Les salles de bains communes sont ouvertes du 7h45 à 12h ou de 8h à 12h et l'après midi à la demande ou dans un autre pôle de 7h30 à 20h. Certains règlements intérieurs ne mentionnent rien à cet égard.

Tous les règlements, sauf un commun à deux unités, mentionnent l'interdiction des relations sexuelles dans les chambres ou les unités.

Un seul règlement fait part de l'existence d'une réunion soignants-soignés une heure une fois par semaine.

4.1.2 La restauration

La restauration est assurée par un service interne à l'hôpital. Vingt-sept personnes comprenant cuisiniers, magasiniers, chauffeurs livreurs et « dames de service » y travaillent. Le service est ouvert de 6h30 à 18h. Selon le chef de cuisine responsable du service, « le travail comporte les contraintes liées à la restauration mais le site est sympathique, agréable à cause du parc et l'absence de problème de stationnement. Le patient n'est pas considéré comme tel mais comme un client au même titre que le personnel. Les repas sont d'ailleurs les mêmes. » La différence est que le menu des patients est unique tandis que le menu du personnel comporte plusieurs choix.

Les menus sont composés par le chef de cuisine et une diététicienne entre quatre et cinq semaines à l'avance et adaptés au jour le jour selon la demande. La liste des plats possibles est informatisée et il existe par exemple, quatorze quiches différentes, trente-quatre plats de poissons, trente-sept plats de volailles, trente-six de porc, seize d'agneau, une centaine d'entrées, etc.

Tous les jours, les services envoient leurs demandes de repas avec les effectifs et les déclinaisons de régime ainsi que les demandes particulières (ex : deux compotes sans sucre, un menu pour un patient atteint d'une gastro-entérite). Il existe quatorze régimes différents : sans porc, sans sel, sans sucre, hypocalorique, hypolipidique, hypercalorique, hyposodé, hyperprotidique, sans résidu, végétarien, végétalien, sans poisson, casher, mixé. Il a été indiqué que le nombre de régimes particuliers était stable et donc aisé à prendre en compte. Il n'est pas prévu de produits halal et la seule réclamation faite à ce sujet émanait d'une femme admise dans le service de maternité. Il n'est pas prévu non plus de menu haché ce qui pose problème pour le personnel de l'unité Marguerite Bottard en raison du nombre de patients en ayant besoin. De ce fait, les aides-soignants doivent hacher les aliments ce qui prend du temps puisque sept patients sont concernés le jour de la visite.

L'examen des différents types de menus proposés montre qu'il s'agit essentiellement de repas dits normaux comprenant une entrée (crudités à déjeuner et potage à diner) plat principal viande ou poisson, légumes et ou féculents, produit laitier : laitage ou fromage), fruits de saison ou compote ou tarte en fin de semaine et jour férié. Il est en quantité toujours livré entre deux à trois repas supplémentaires.

En cas d'urgence ou d'imprévu, une commande est possible *via* l'administrateur de garde. En cas d'arrivée d'un patient en urgence, les personnels de nuit peuvent servir du pain, des yaourts ou un repas casher s'il en reste dans le réfrigérateur de l'unité. Aucun problème à ce sujet n'a été soulevé lors de la visite dans les différentes unités d'hospitalisation.

La confection et la livraison des repas suivent le principe de la liaison chaude. Cela signifie que tout est cuisiné et consommé le jour même à partir de denrées fraîches ou surgelées. Dans deux unités, celle des soins somatiques Laennec et l'unité Marguerite Bottard, les repas sont servis en barquette selon le principe de la liaison froide à leur demande.

En revanche il a été déclaré aux contrôleurs que les plats préparés par le service de restauration de l'hôpital et servis en barquette selon le principe de liaison froide (c'est à dire devant être réchauffés au four à micro-ondes) n'étaient pas du tout adaptés à ce mode de réchauffement et que la nourriture s'en trouvait desséchée et parfois immangeable lorsque par exemple il s'agit de petits pois et d'une escalope de porc. Il a aussi été rapporté que cela privait les patients d'entrées celles-ci n'étant pas mixées. Un appel d'offre à été lancé auprès de deux sociétés (« *Gel manche* » et « *Repas santé* ») spécialisées dans les repas mixés, hachés, variés. L'effectivité de cette nouvelle formule est prévue pour septembre 2011. Les menus casher sont aussi servis selon le principe de la liaison froide et sont achetés par le service de restauration et non confectionnés par lui.

Pour le petit déjeuner, les denrées périssables comme le pain, le beurre, le lait sont livrés tous les jours, les autres produits comme le thé, le café, le chocolat sont livrés pour la semaine.

Le petit déjeuner est livré à partir de 7h30 tous les matins, le déjeuner à partir de 11h et le diner à partir de 17h. Les patients peuvent ensuite prendre le petit déjeuner entre 8h et 8h30, déjeuner à partir de midi, goûter à partir de 16h (jus de fruit, thé, café ou chocolat chaud et un gâteau en sachet individuel) et dîner entre 18h45 et 19h45.

En outre, deux unités (Averroès et Minkowski) proposent une tisane avant le coucher.

Le repas est servi sous la forme du self-service. Les patients sont incités à se laver les mains grâce à des bouteilles de savon liquide situées à l'entrée du self. Un lot de trois couverts comprenant fourchette, couteau et cuillère est enveloppé dans une serviette de table en papier pour limiter le toucher des couverts par tous. Le service est effectué à la louche par les dames de service revêtues d'une blouse.

Les problèmes rapportés concernent les repas servis en chambre d'isolement lorsqu'on ne peut servir qu'avec du renfort : « Comment servir un repas chaud à temps, puisque la nourriture n'est pas réchauffée et que le patient ne dispose pas de l'équipement en chaise et en table pour manger dignement ce qui le contraint à prendre son repas sur ses genoux ou par terre ? »

Une enquête auprès des patients a été effectuée entre le 5 février et le 6 mars 2008 et a fait l'objet d'une séance du groupe de travail paramédical le 24 avril 2008. Il est ressorti de cette enquête faite auprès de soixante-quinze patients, un taux de satisfaction élevée (85 %) en ce qui concerne la quantité d'aliments qui leur est servie à chaque repas ainsi que leur présentation (82 %). La qualité des repas (76 %) ainsi que leur température à laquelle ils leur sont servis (70 %) les satisfont mais ils souhaiteraient une diversité dans les aliments plus importante (68 %).

Les patients entendus par les contrôleurs se sont montrés, dans l'ensemble, satisfaits de la quantité et qualité servis. Les patients ayant déjà été hospitalisés ont rapporté une amélioration depuis leur dernier séjour.

4.1.3 La lingerie

La lingerie ne se situe plus à l'emplacement indiqué sur le plan fourni aux contrôleurs depuis six ans. Elle est depuis septembre 2009 en bas à droite de la cour d'honneur après avoir été pendant cinq ans au niveau de l'HNSM.

Le linge dit plat – les draps, les serviettes et les vêtements appartenant à l'hôpital –, les tenues professionnelles et les vêtements prêtés aux personnes sans ressources (pyjamas, hauts et bas de jogging, polos, sous-vêtements, chaussons) sont placés selon leur nature dans des paniers de différentes couleurs. L'ensemble du linge est ramassé et nettoyé par un prestataire extérieur : le syndicat interhospitalier du centre hospitalier Ville-Evrard (Seine-Saint-Denis). Ce syndicat regroupe douze maisons de retraites et centres hospitaliers intercommunaux tels que ceux de Montfermeil, Le Raincy, Villeneuve-Saint-Georges, Aubervilliers. Le linge est rapporté tous les matins vers 8h au service de lingerie de l'hôpital. Un bordereau de retour est établi.

La lingerie traite en moyenne six cents kilos de linge par jour.

Les différentes unités de soins envoient par télécopie tous les jours ouvrés à la lingerie la liste de ce dont elles ont besoin. Il leur est fait retour ce qu'elles ont demandé entre 10h et 11h tous les jours du lundi au vendredi. Le service dispose d'une dotation par an pour les vêtements prêtés par l'hôpital aux patients. Ce linge est estampillé « EPS Esquirol ». Cette dotation s'est élevée à 27 200 euros en 2007, 28 100 euros en 2008, 17 500 euros en 2009 euros et 18 600 en 2010, sans que des explications soient apportées à ces variations.

Aucune plainte ou réclamation n'a été faite par le personnel ou les patients au sujet du nettoyage. En revanche, parce qu'ils estiment ce linge stigmatisant pour les patients, les professionnels de l'unité Matisse disposent dans le local lingerie de leur unité d'un stock de vêtements personnels qu'ils ont eux-mêmes apportés.

Du linge à usage unique (alèse jetable, change complet, gant de toilette) est fourni aux patients incontinents.

Le principe pour le linge personnel de chaque patient est qu'il soit pris en charge par la famille ou le patient lui-même s'il bénéficie de sorties. Toutefois chaque service dispose d'un local avec un lave-linge et un autre local avec un sèche-linge pour les personnes sans famille ou sans ressources. Le linge dit personnel est lavé individuellement. En cas de maladie contagieuse, le linge personnel est mis dans un sac biodégradable et placé dans les sacs à linge pour le linge dit plat et ramassé et traité par le prestataire.

La lingerie est fermé le samedi, dimanche et jours fériés mais un administrateur en possède les clés en cas de besoin. Le linge (draps et serviettes) ainsi que les couvertures, les oreillers et les traversins appartiennent au syndicat interhospitalier. Les matelas sont fournis par l'hôpital et changés à la demande des unités lorsque, selon un cadre de santé, la toile du matelas est usée. Les draps et serviettes sont changés tous les deux jours mais peuvent l'être tous les jours ou même plusieurs fois par jour en cas de besoin.

Aucune difficulté dans la circulation et le nettoyage du linge n'a été rapportée.

Le ménage est effectué dans les services par les ASH et dans les bureaux, la lingerie et les locaux extérieurs aux unités une fois par semaine par l'entreprise *Guy Challancin* située à Saint Ouen (Seine-Saint-Denis).

4.1.4 Les activités communes

Sous cette appellation générique seront rassemblés le service des sports, la cafétéria, le salon de coiffure et d'esthétique et la bibliothèque qui proposent aux patients des activités communes.

4.1.4.1 Le service des sports

Ce service a été créé en 1991 et, après plusieurs changements d'implantation, occupe, depuis une dizaine d'années, des locaux situés à une extrémité des bâtiments de la partie basse de l'hôpital. Il est animé par deux infirmiers détachés dont la motivation est apparue clairement.

Pour être admis à participer aux activités sportives, les patients doivent disposer d'une autorisation médicale valable trois mois au maximum (renouvelable) rédigée sur un formulaire type.

Les locaux du service comprennent :

- à l'entrée, une salle d'une surface de 80 m² avec deux tables de ping-pong et deux tables de jeux d'échecs ;
- une salle de sport de 90 m² équipée d'appareils de musculation, d'un vélo d'intérieur, d'haltères et d'un baby-foot ;
- trois douches ;

- un petit office équipé pour permettre aux patients de se désaltérer et servant également de bureau pour les infirmiers.

Les compétitions inter hospitalières ont été supprimées car l'idée de compétition était à l'origine de tensions entre les patients à propos de la sélection dans les équipes et, donc, contraire aux visées thérapeutiques de l'activité sportive. Cette idée venait d'ailleurs toujours du personnel et non des patients.

Des activités sont pratiquées à l'extérieur du service, toujours sur prescription médicale : yoga, escalade, vélo au bois de Vincennes, football sur un terrain situé à l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital sous la surveillance des deux infirmiers du service, d'un infirmier en renfort et de deux ergothérapeutes.

Pendant un temps, le personnel de l'hôpital avait accès aux locaux du service à partir de 17h, après le départ des infirmiers. De nombreux vols et détériorations de matériels et l'intrusion de personnes étrangères à l'hôpital ont conduit à la suppression de cette possibilité. Le personnel fait désormais du sport dans la partie HNSM où la surveillance est permanente.

4.1.4.2 Le centre social

Le centre social regroupe, en un même lieu, trois catégories d'activités : la cafétéria, les salons de coiffure et soins esthétiques et la bibliothèque. Ces services donnent sur une vaste cour engazonnée et arborée, orientée plein sud, avec une large vue sur l'agglomération parisienne et entourée d'une galerie couverte. Des sièges et des tables à la disposition des patients et des visiteurs sont installés sur cet espace.

Le fait que ces activités soient organisées dans la partie haute de l'hôpital peut, toutefois, compte tenu de la configuration du terrain, constituer un handicap pour leur fréquentation par certains patients hospitalisés en partie basse.

La cafétéria

Elle est ouverte aux patients et à leurs visiteurs les lundis et mardis de 13h à 17h30, le mercredi de 11h à 12h et les vendredis, samedis et dimanches de 11h à 12h et de 13h à 17h30. Elle comporte trois grandes pièces en enfilade équipées de tables, de chaises et de fauteuils recevant, l'une des jeux, des puzzles et des jeux de cartes, la suivante, un baby-foot et des peintures et, la dernière, des instruments de musique (guitares, banjo, djembés, orgue et chaîne de karaoké). On y trouve également un grand aquarium.

Il est possible d'y consommer du café, du thé, du chocolat et du lait (0,40 euro), des boissons non alcoolisées telles que *Coca-cola™* ou *Nestea tropical* (0,80 euro). Dans des distributeurs automatiques, on trouve des boissons en canettes (0,80 euro), des friandises (brownies à 1 euro, *Petit prince™*, cakes, *Bueno™*, Napolitain, *Nuts™*, à 0,90 euro, madeleines et maxi galettes à 0,80 euro, chips, *Batisto™*, *Lion™*, et *Mars™*, à 0,70 euro).

S'ils le souhaitent, les patients et leurs visiteurs peuvent s'installer dans la cour où ils trouvent des tables et des sièges et, éventuellement, des parasols ainsi qu'un mini-jeu de volley-ball.

Il n'existe pas de relevé de la fréquentation de la cafétéria.

La cafétéria organise, périodiquement, des animations (pour Mardi gras, la Fête de la musique, le 14 juillet et Noël). Elle a également programmé une séance d'information sur le sida.

Les salons de coiffure et de soins esthétiques

Ils fonctionnent depuis une quinzaine d'années. Les prestations sont gratuites. Dans un premier temps les patients venaient, sans contrôle, quand ils en avaient envie, ce qui comportait des inconvénients pour le fonctionnement : soit les patients étaient trop nombreux en même temps, soit il n'y avait personne et il arrivait que des patients qui étaient sortis de l'hôpital continuent de venir au salon. Désormais, ils doivent prendre rendez-vous par l'intermédiaire des services de soins dans lesquels ils se trouvent en indiquant les prestations qu'ils demandent.

La coiffeuse pratique la coupe de cheveux, le brushing, la couleur et les mèches. L'esthéticienne assure les soins de base relatifs au visage, à la manucure et à l'épilation du visage (opération la plus demandée). Elle a très peu de demandes de maquillage.

Les commandes de produits nécessaires au fonctionnement passent par des listes adressées à l'économat.

Le salon de coiffure dispose de deux fauteuils avec bassin pour les shampoings et d'un poste de coiffure avec miroir. Du côté du salon d'esthétique, on trouve le matériel pour les soins de base, un fauteuil de soins, un lavabo, un miroir, un meuble de rangement, des placards et des couvertures.

La responsable des deux salons estime que les patients retirent un bénéfice certain des soins qui leur sont prodigués.

4.1.4.3 La bibliothèque

La bibliothèque occupe une vaste pièce aux murs garnis de rayonnages recevant 4 500 ouvrages de toutes natures couvrant un très large éventail de centres d'intérêt potentiels : littérature générale, romans du terroir, sagas historiques, biographies, cinéma, musique, revues d'art, ouvrages sur les animaux, livres de contes. Régulièrement, des commandes d'une centaine d'ouvrages neufs sont passées.

La file active de la bibliothèque comprenait 986 patients pour l'ensemble de l'hôpital. On y trouve tous types de patients, chacun trouvant naturellement sa place. Certains malades viennent à la bibliothèque pour y trouver un lieu et un moment de détente. D'autres, pour lire ou se livrer à des activités artistiques (collages, peinture, poésie...).

Outre les livres, la pièce abrite de nombreux collages ou tableaux réalisés par les patients ainsi que des plantes dont l'entretien est pris en charge par eux.

La responsable, très engagée dans son activité, organise des expositions très diverses comme celle sur Jacques Prévert qui a servi de support à une activité de collages proposée aux utilisateurs des lieux. Elle a mis en œuvre des journées à thème telles que celle sur les contes qui a connu beaucoup de succès. Elle s'appuie aussi sur les journées culturelles nationales (Printemps des poètes, Journées du patrimoine – visite de deux cars de quatre-vingts personnes – ou, jusqu'en 2009, Lire en fête) pour créer des événements. Une animation a eu lieu sur le thème du conte avec présentation par des conteurs et discussion. Fin novembre, à l'occasion des prix littéraires, certaines œuvres sont présentées et font l'objet de débats. Enfin, l'hospitalisation en psychiatrie de personnages connus a été commentée, telle que l'hospitalisation du frère de Victor Hugo.

4.1.5 Les soins somatiques

Les soins somatiques sont effectués selon trois modalités : dans les unités de soins, lors de consultations spécialisées et dans le cadre d'hospitalisations réalisées dans l'unité Laennec.

L'équipe médicale assurant les soins somatiques comprend un praticien hospitalier à mi-temps, responsable du service et trois médecins assistants généralistes.

Une garde de médecine générale est assurée 24h/24h par ces quatre praticiens aidés de vacataires.

4.1.5.1 Les soins somatiques dans les unités de psychiatrie

Chaque unité a un médecin généraliste référent. Cette répartition a été effectuée en fonction de leur situation géographique dans Esquirol et non par pôle. Ainsi un médecin généraliste a en charge les unités situés « en bas », au niveau de la cour d'honneur, un second celles « du haut » et le troisième, l'unité d'hospitalisation Laennec, ainsi que l'unité Rosa Parks située à proximité immédiate de celle-ci. En cas d'absence, un remplacement est organisé.

Selon les informations recueillies, les arrivants bénéficieraient d'une visite médicale systématique, d'un bilan biologique et d'un électrocardiogramme (ECG), dès que leur état clinique le permet. Cependant cette visite a lieu dès l'arrivée du patient dans l'unité de soins si un problème somatique est prévalent.

Il existe un appareil portatif permettant d'effectuer les ECG dans les chambres de soins intensifs.

Les médecins peuvent être appelés à tout moment pour un problème somatique et décider d'hospitaliser le patient dans l'unité de soins somatiques Laennec ou de le faire transférer par le SAMU en cas d'urgence vitale.

4.1.5.2 Les consultations spécialisées

Les consultations spécialisées ont lieu au premier étage d'un bâtiment situé dans le prolongement de la cour d'honneur, au niveau de la porte 7. Les bureaux sont distribués le long d'un couloir d'une longueur de 40 m équipé de fauteuils d'attente et de plantes vertes. Sur les murs, des étudiants de l'institut en soins infirmiers (IFSI) ont réalisé des affiches d'information sur différents problèmes de santé publique. Au bout du couloir, une salle d'attente avec dix chaises est à la disposition des patients.

Il existe des bureaux dédiés aux différents spécialistes et activités :

- l'électro-convulsivo-thérapie qui dispose de deux pièces ;
- la gastro-entérologie ;
- un bureau où les infirmières pratiquent les ECG et les électro-encéphalogrammes (EEG). Il a été signalé aux contrôleurs que ce dernier appareil était en panne depuis deux mois ;
- l'ophtalmologie et l'endocrinologie ;
- l'ORL et la dermatologie ;
- un cabinet dentaire avec un local pour la décontamination des déchets ; il ne dispose pas d'appareil permettant de faire des radiographies ;
- un bureau pour les assistants ;
- une salle pour le kinésithérapeute.

Les personnels soignants disposent d'un bureau – non doté de poste informatique et de fax –, de vestiaires et d'une buanderie avec lave-linge et sèche-linge.

Chaque médecin spécialiste propose une consultation hebdomadaire mais peut se rendre disponible pour une seconde consultation, en cas d'urgence. Les spécialistes se rendent dans les unités de soins dans le cas où les patients ne peuvent pas se déplacer.

Les patients, même s'ils se déplacent seuls dans le parc, viennent toujours en consultation accompagnés d'un soignant qui apporte le dossier médical.

Un registre est tenu pour chaque spécialité. Il indique le nombre de patients vus à chaque consultation, leur nom et prénom et l'unité d'hospitalisation, ainsi que le motif éventuel d'annulation de la consultation.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2011, quarante-trois patients ont été vus en cardiologie, cinquante, en endocrinologie, soixante-trois, en ORL et en ophtalmologie, soixante-six en dermatologie...

Il est indiqué sur les registres que des consultations ont été annulées « car personne pour accompagner » ou « pas possible vu l'heure » ou encore « refus du personnel, pas de voiture ».

Le tableau suivant indique l'activité des différents spécialistes en 2010 :

Spécialités	Nombre de consultations
Electro-convulsivothérapie	128
Consultation anesthésie	6
Cardiologie	135
Dermatologie	162

Gastro-entérologie	108
Neurologie	49
Rhumatologie	13
Odontologie soins	875
Odontologie chirurgie	742
Ophtalmologie	197
ORL	98
Podologie	285
ECG	470
EEG	50
Médecine générale	6

4.1.5.3 L'unité d'hospitalisation Laennec

L'unité d'hospitalisation Laennec est située au premier étage du bâtiment qui héberge les consultations, en prolongement du couloir où se trouvent les bureaux. C'est une unité fermée qui peut accueillir onze patients.

Sur la porte, il est indiqué qu'il s'agit d'une unité de médecine interne rattachée au pôle 12 ainsi que le nom du médecin responsable et l'heure des visites (14h30-20h).

On y parvient par la porte 15 puis en gravissant un escalier de vingt-six marches. Il existe un monte-charge entre l'unité d'hospitalisation et les consultations qui permet de placer des brancards préalablement coupés afin qu'ils puissent y pénétrer : le monte-charge mesure 1,70 m sur 1,30 m. Lorsque le SAMU doit intervenir, les personnels doivent pénétrer dans le bâtiment à son extrémité prendre l'ascenseur de l'unité de psychiatrie Averroès, traverser le couloir des consultations pour se rendre dans l'unité Laennec.

Cette unité, créée en 1978, a pour objectif de prendre en charge les patients hospitalisés à Esquirol et dont l'état de santé nécessite des soins somatiques et une surveillance constante.

Un patient avait été admis en HDT quatre jours avant la visite des contrôleurs pour une décompensation psychiatrique qui l'avait conduit à arrêter le traitement vital d'une maladie chronique dont il souffre depuis longtemps. L'hospitalisation à l'unité Laennec a permis à son psychiatre traitant de venir le voir et de le stabiliser sur le plan psychiatrique et de le convaincre de reprendre son traitement somatique.

Une patiente, hospitalisée dans une unité de soins, avait demandé à avoir un entretien avec un contrôleur. Lorsque celui-ci a demandé à la rencontrer, l'information lui a été donnée qu'elle avait été transportée en urgence dans l'unité Laennec. Le contrôleur, ayant pris des nouvelles par téléphone, a fait prévenir la patiente qu'il la rencontrerait dès que son état le permettrait. Elle a pu bénéficier en urgence d'un examen spécialisé au CHU Henri Mondor à Créteil (Val-de-Marne) et elle a été hospitalisée dans le service spécialisé de cet établissement. Elle n'était pas revenue à Esquirol à la fin de la visite. Il lui sera proposé d'écrire au Contrôleur général.

Lorsqu'un patient est admis dans l'unité pour un séjour prévu pour durer peu de temps, son lit lui est gardé dans son unité d'origine ; c'était le cas pour la patiente tant que la décision d'admission au CHU Henri Mondor n'a pas été prise puisqu'il est probable, qu'à son retour, elle séjournera dans l'unité Laennec avant de revenir dans son unité d'origine. Pendant ce temps, ses affaires personnelles et vêtements seront conservées dans la bagagerie de son unité.

Selon les informations recueillies, toutes les pathologies peuvent être prises en charge à l'exception de celles nécessitant une intervention chirurgicale ou une admission en réanimation qui ont lieu généralement au centre hospitalier Henri Mondor. Toutefois, dans les suites immédiates postopératoires, le patient revient à Esquirol dans cette unité, de même après un séjour en réanimation.

Un défibrillateur se trouve à disposition de tous les patients des douze unités de soins.

L'unité Laennec comprend onze lits répartis en cinq chambres à un lit et deux chambres à trois lits, une salle de bains avec baignoire et douche.

L'ensemble est vétuste mais propre.

Dès que l'état de santé le permet, les patients prennent leur repas dans un espace doté d'un poste de télévision. Il n'existe pas de salle à manger.

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

- neuf patients étaient hospitalisés : six hommes et trois femmes ;
- un homme était hospitalisé en HO. Il séjournait dans cette unité depuis douze jours ;
- un homme était hospitalisé en HDT. Il avait été admis dans cette unité quatre jours plus tôt ;
- l'hospitalisation la plus longue avait commencé depuis 106 jours pour un patient en HL ;
- le patient le plus âgé avait 67 ans, le plus jeune, 38 ans.

L'équipe soignante comprend :

- un cadre de santé ;
- cinq infirmiers ;
- six aides-soignants ;
- quatre ASH ;

- une secrétaire.

Les examens radiologiques sont effectués au sein du pôle imagerie des hôpitaux de Saint-Maurice. Les scanners, IRM et panoramiques dentaires sont effectués par convention avec un cabinet de radiologie privé situé à Charenton. Selon les informations recueillies, le délai pour obtenir des rendez-vous pour ces examens est très bref. Le transport du patient est assuré par un véhicule de l'hôpital. Le patient est accompagné par un ou deux soignants selon son placement et son état clinique.

Le tableau suivant indique le nombre de journées d'hospitalisation de patients en fonction de leur secteur d'origine :

Année	Pôle Paris centre	Pôle Paris 11	Pôle 12 ^{ème} arrondissement	Pôle 94 G 16	Total
2009	532	1011	1133	377	3053
2010	396	1265	804	418	2883 (-5,5%)

L'unité d'hospitalisation doit déménager en juillet 2011 dans les locaux de l'unité Royer-Collard située de l'autre côté de la cour d'honneur par rapport à Laennec mais en rez-de-chaussée. Les contrôleurs ont constaté que les travaux de rénovation étaient en cours.

4.1.5.4 La pharmacie

La pharmacie est située dans un bâtiment neuf situé en face des locaux du pôle Paris 12^{ème}.

L'équipe comprend deux praticiens à temps plein, deux praticiens attachés et un assistant ainsi que 5,30 ETP de préparateurs en pharmacie.

Le circuit du médicament est mis en œuvre conformément aux dispositions de l'arrêté du 31 mars 1999.

Toutes les prescriptions médicales sont informatisées et traitées par le logiciel « DISPORAO » depuis 1995. Le dossier du patient n'est pas informatisé.

Les prescriptions sont validées par un pharmacien.

La dispensation des médicaments se fait pour chaque unité une fois par semaine ; chaque unité de soins a un jour de dispensation et dispose d'une « dotation pour besoins urgents ».

L'inspection des pharmacies des unités se fait une fois par an. Selon les informations recueillies, les infirmiers seraient attentifs à vérifier les dates de péremption des produits pharmaceutiques et à la qualité de leur rangement.

Chaque unité dispose d'une trousse d'urgence.

Les médicaments que possède un patient à son arrivée à l'hôpital restent sa propriété après un tri soigneux sur la qualité de leur conservation ou bien ils sont incinérés. Il peut donc arriver qu'on rende à un patient lors de sa sortie une certaine quantité de médicaments, en plus de l'ordonnance, ce qui ne va pas sans présenter un risque chez des patients suicidaires.

Le dernier comité du médicament a eu lieu le 6 mai 2011. Il a évoqué notamment la prescription des psychotropes chez les enfants et les adolescents, le contenu des chariots d'urgence et le référencement d'une nouvelle molécule.

Lorsqu'un incident se produit dans le circuit du médicament, une réunion est organisée entre le médecin prescripteur, le pharmacien, le cadre de santé de l'unité et l'infirmière concernée pour essayer de comprendre comment l'événement s'est produit afin d'en éviter la reproduction.

Entre avril 2009 et janvier 2011, neuf incidents de cette nature se sont produits dont trois en psychiatrie adulte : deux en mars 2010 et un, en octobre 2010.

4.1.5.5 Le laboratoire

Les infirmières effectuent les prélèvements en vue des examens biologiques prescrits par les médecins généralistes. Ils sont emportés au laboratoire de l'HNSM par un coursier.

Les résultats sont transmis à chaque unité par téléphone puis par télécopie.

Une convention a été signée avec le centre hospitalier intercommunal de Créteil (Val-de-Marne) pour les examens à réaliser les week-ends et jours fériés.

4.1.6 La surveillance

Le service « Accueil Sécurité » est placé depuis mars 2011 sous la responsabilité du directeur technique des hôpitaux de Saint-Maurice¹² et sous l'autorité fonctionnelle de son adjoint. Il emploie vingt-quatre agents – vingt-deux hommes et deux femmes revêtus d'un pantalon et d'un pull de couleur bleu foncé avec un bandeau portant la mention « Sécurité » – chargés de la surveillance du site et de la sécurité incendie. Ceux-ci sont positionnés au niveau des trois portes d'accès de l'hôpital où sont commandées les barrières électriques permettant l'entrée des véhicules. Deux postes sont tenus en permanence, une porte étant fermée la nuit.

Les mêmes agents procèdent également à des rondes (six sur 24 heures) sur l'ensemble du site et marquent leur passage par des « pointages » dans différentes zones. Les rondes s'effectuent à l'extérieur des unités de psychiatrie et visent à éviter la présence de « visiteurs indésirables », notamment autour de la maternité. Deux véhicules sont dédiés aux rondes.

En cas de déclenchement d'une alarme incendie, celle-ci est répercutée au niveau de l'accueil et les agents du service se rendent alors sur place. Il est procédé à une « levée de doute » et à l'acquiescement de l'alarme. Celle-ci est parallèlement répercutée aux sapeurs-pompiers informés en temps réel de la nature de l'incident. Cependant, il a été rapporté que les pompiers n'avaient pas été informés des changements de dénomination des unités, ce qui constitue un obstacle pour toute intervention urgente.

¹² Auparavant, le service « Accueil Sécurité » était rattaché au département des ressources humaines.

La plupart du temps, le système est déclenché à la suite d'un dégagement de fumée provoqué par l'usage du tabac dans une chambre. Il a été indiqué que cela arrivait cependant rarement : lors de la dernière intervention à la fin de l'année 2010, les responsables de la sécurité ont noté que les personnels soignants avaient eu « les bons réflexes de mise en sécurité des patients qui avaient été regroupés dans un patio à l'air libre ».

Les actions de formation « incendie » sont organisées sur place avec le concours d'un organisme extérieur. Pour l'année 2011, vingt demi-journées de formation étaient prévues, chacune comprenant deux sessions de dix à douze personnes. Le suivi d'une formation est consigné sur un livret individuel.

Un numéro téléphonique d'urgence (le 54-54) permet de joindre le service à tout moment. Il peut être notamment utilisé par une unité pour solliciter une présence d'un personnel masculin en tenue d'uniforme en cas de situation nécessitant un renfort de personnel. Cette présence est exclusive de toute intervention physique.

La direction des services techniques a fait part aux contrôleurs de son intention d'élaborer à court terme des consignes écrites pour affirmer ce principe et de modifier la tenue vestimentaire en dotant ses personnels d'une tenue de couleur orange, avec la mention « sécurité incendie », afin de lever toute ambiguïté sur la nature de leurs missions.

L'hôpital n'est équipé d'aucun dispositif de vidéosurveillance.

Tous les couloirs des différentes unités de soins sont équipés du système d'alarme mural, appelé « jet de clefs », qui se déclenche par apposition simultanée d'une masse métallique sur les deux lamelles horizontales du dispositif.

Les unités de soins sont également dotées en appareils de protection du travailleur isolé, le DATI, permettant de déclencher une alarme et d'en informer les autres agents eux-mêmes équipés. Les personnels utilisent le DATI de manière très hétérogène. Certaines unités l'utilisent jour et nuit (unité Jules-Verne), d'autres, la nuit seulement (unité Daumézou) et d'autres encore, jamais (unité Averroès).

Les causes entendues pour expliquer cette situation sont diverses :

- le système ne fonctionnerait pas ;
- les déclenchements d'alarme en cas de « perte de verticalité » de l'appareil seraient pour la plupart intempestifs ;
- certains personnels auraient une défiance à l'égard de ce qui serait perçu comme un « mouchard destiné à les surveiller plutôt qu'à les protéger ».
- Il est aussi relevé que le système souffrirait d'une quantité trop importantes de fonctions de natures différentes – alarmes volontaires et automatiques, moyen de communication, planification des renforts – ce qui rendrait plus compliquées son utilisation et son appropriation par les personnels. Selon un témoignage, « l'idéal serait : un appareil = une fonctionnalité ».

4.2 Le pôle Paris centre : secteurs 75 G 01 et G 02

Les secteurs 75 G 01 et G 02 couvrent les quatre premiers arrondissements de Paris. Ils prennent en charge une population composée à moitié de personnes résidentes de ces quartiers aisés de Paris et de personnes SDF, essentiellement de nationalité étrangère, réparties entre les différents secteurs parisiens de psychiatrie.

Le secteur dispose de deux centres médico-psychologiques (CMP) situés rue du Figuier (4^{ème} arrondissement) et rue de Turbigo (3^{ème} arrondissement), d'un centre d'accueil permanent (ouvert 24h/24), d'un centre de jour (Adamant) installé sur une péniche amarrée au port de la Râpée (12^{ème} arrondissement), d'un service de soins à domicile, d'une unité d'accueil familial thérapeutique, d'un club thérapeutique, d'une intervention au service d'accueil des urgences (SAU) à l'Hôtel-Dieu, d'une maison communautaire (six places), d'appartements d'autonomisation pour les personnes âgées ou en situation de précarité.

L'effectif des personnels du pôle exerçant en intra et extrahospitalier est de 220 agents.

Le secteur se caractérise par la transversalité de son activité : les patients hospitalisés se rendent dans les structures extrahospitalières et les personnes en hospitalisation de jour viennent participer aux activités organisées en intrahospitalier.

Les patients sont admis directement dans les unités.

4.2.1 Les règles communes de fonctionnement du pôle

Le pôle compte deux unités d'hospitalisation à temps plein au sein des hôpitaux de Saint-Maurice – l'unité Rosa Parks au rez-de-chaussée et l'unité Averroès à l'étage – accessibles depuis la cour d'honneur de l'hôpital Esquirol en empruntant la même porte, la Porte 7. Les accès entre les deux unités sont libres seulement pendant la journée.

La proportion importante des personnes hospitalisées sous contrainte (70 % pour les deux unités) s'explique, selon les responsables rencontrées, par la diversité des modalités de prise en charge extrahospitalière offerte, dans le cadre du pôle, aux patients en hospitalisation libre.

La question de l'ouverture de la porte d'accès du pôle, commune aux deux unités, est en principe examinée chaque jour. Du fait d'indications portant sur des patients hospitalisés sous contrainte, la porte est en réalité quasiment toujours **fermée** et les personnels sont sollicités lors de chaque sortie des personnes autorisées ou des patients en hospitalisation libre.

Il en était ainsi, lors de la visite des contrôleurs, du fait de la présence dans l'unité Rosa Parks d'un homme arrivé quatre semaines auparavant d'une unité pour malades difficiles (UMD) réclamant la plus grande vigilance des personnels. La présence d'un tel patient dans une unité a pour conséquence la fermeture des deux unités du pôle. Les contrôleurs ont pu constater que les patients autorisés à sortir se voyaient ouvrir sans difficulté la porte à partir de 9h le matin.

Les portes des chambres sont maintenues en permanence ouvertes. Les patients peuvent s'y reposer en journée. La nuit, les patients ont la possibilité de se rendre à l'extérieur, notamment pour fumer : dans le patio et la coursive à l'unité Rosa Parks, dans les coursives à l'unité Averroès.

En cas d'hospitalisation au-delà de la capacité d'une unité, le patient reste pris en charge par celle-ci en journée mais est « hébergé » la nuit soit dans l'autre unité du pôle (en priorité) soit dans la chambre d'isolement de l'unité (la porte ouverte) soit dans un autre pôle ; cette dernière situation a pour conséquence que les patients n'ont pas de chambre pour se reposer dans la journée. Il a été indiqué que de telles situations étaient peu fréquentes et ne duraient que le temps nécessaire pour trouver une solution.

Les deux unités présentent de nombreuses similitudes dans leur fonctionnement et dans les prises en charge du fait de la présence d'un médecin assurant la coordination du pôle.

Ainsi, les repas des patients des deux unités sont pris dans le self-service situé dans la salle à manger du rez-de-chaussée. Les denrées alimentaires sont interdites dans les chambres.

Les horaires des repas sont affichés au mur : le petit déjeuner est pris entre 8h et 8h45, le déjeuner entre 12h et 12h45, le dîner entre 18h45 et 19h30. La fin de service a lieu un quart d'heure avant la fin des horaires affichés et le week-end, les horaires sont allongés d'un quart d'heure. Un goûter, servi chaque jour entre 16h et 16h30, comprend une boisson chaude (chocolat ou thé), un jus d'orange et des biscuits.

Les repas se prennent en self-service et les patients sont invités à se présenter à la banque prévue à cet effet pour y être servis. Les repas arrivent en liaison chaude. Un office situé derrière la banque est équipé pour réchauffer les plats, stocker et laver la vaisselle. Au mur sont affichés les régimes particuliers. Au jour de la visite, le 11 mai, on trouvait un régime végétarien, un hypolipidique, un diabétique, et quatre sans porc.

De même est-il interdit de fumer dans les unités mais l'accès à l'extérieur est en permanence possible : au patio et à la coursive pour l'unité Rosa Parks, à la seule coursive de l'unité Averroès la nuit. En cas de consommation de tabac en chambre, celle-ci est fermée à clef pendant la demi-journée suivante. Les personnels ont constaté que la législation était mieux respectée par les jeunes fumeurs que par les plus anciens.

La gestion du tabac est libre pour la plupart des patients dont beaucoup s'entraident et se dépannent. Cependant, le jour du contrôle, deux patients de l'unité Rosa Parks voyaient leur consommation réglementée, dont l'un « par une limitation à deux paquets par jour » ; un patient de l'unité Averroès se voyait remettre un paquet de cigarettes à la fois.

Les soignants procèdent, le cas échéant, à l'achat du tabac des patients à l'extérieur.

Il est proposé des substituts nicotiques (patches) aux personnes désireuses de s'arrêter de fumer ou placées en chambre d'isolement.

Lorsque les personnels constatent que des patients dépourvus de ressources sollicitent autrui pour des cigarettes, voire ramassent des mégots, il en est fait part aux assistantes sociales.

Aucune des deux unités du pôle n'impose le port du pyjama, hormis en chambre d'isolement et les contrôleurs ont effectivement constaté qu'aucun patient n'en portait.

En revanche, quelques patients sont habillés d'un sweet-shirt de couleur grise marqué du logo « EPS Esquirol » qui leur est remis en cas d'absence de vêtement de rechange. Les personnels ont fait part de leur souhait de mettre un terme à cette pratique qui, d'une part, « ne facilite pas l'autonomisation des patients qui devraient participer au choix de leurs vêtements » et, d'autre part, « est stigmatisante pour les patients, notamment lorsque ceux-ci quittent l'enceinte de l'hôpital ».

Les patients ne participent à aucune tâche quotidienne – service, ménage, bricolage... – avec une rétribution en contrepartie. « Ce n'est pas le rôle des patients et cela favoriserait les séjours chroniques, ce qui est évité autant que faire se peut. »

4.2.2 L'unité Rosa Parks

4.2.2.1 Présentation de l'unité

L'unité comprend dix-neuf lits répartis en trois chambres individuelles, huit chambres doubles. Elle dispose en outre d'une chambre d'isolement.

Le jour de la visite des contrôleurs, le 10 mai 2011, la situation des patients hospitalisés dans l'unité était la suivante :

- quinze patients étaient hospitalisés : dix hommes et cinq femmes ;
- la chambre d'isolement était occupée par un homme en HO ;
- six patients étaient en HO : trois hommes et trois femmes ;
- six patients étaient en HDT : deux hommes et quatre femmes ;
- quinze patients étaient en sortie d'essai d'HO, douze en sortie d'essai d'HDT ;
- un patient en HO était hospitalisé depuis trente ans ;
- la plus longue hospitalisation en HDT avait débuté en mars 2011 ;
- le patient le plus âgé avait 58 ans, le plus jeune, 21 ans.

L'effectif du personnel soignant comporte :

- un praticien hospitalier responsable du service,
- un praticien hospitalier assurant la coordination entre les deux unités du pôle ;
- deux médecins assistants en psychiatrie ;
- un cadre de santé ;
- treize infirmiers présents, avec un poste vacant ;
- sept aides-soignants présents, avec un poste vacant ;
- trois assistantes sociales en charge des deux unités du pôle intra et extrahospitalier, assurant à tour de rôle une présence du lundi au vendredi ;
- un ergothérapeute, exerçant à 70 % au sein de l'unité et 30 % en extrahospitalier ;

- un éducateur spécialisé ;
- sept ASH.

4.2.2.2 Les locaux

L'unité Rosa Parks est implantée en rez-de-chaussée depuis octobre 2010. Elle a remplacé l'ancienne unité Duchene – vingt-cinq lits – qui était installée dans la partie haute de l'hôpital. On y accède par la porte 7 qui donne sur le cours Sébastien Leblanc.

Elle est constituée de deux ailes en équerre.

L'une, réservée à l'administration de l'unité, se compose d'une salle de réunion et de treize bureaux répartis entre les médecins, les cadres de santé, les assistantes sociales et le secrétariat.

L'autre aile est celle de l'hébergement et de la restauration.

Un escalier et un ascenseur permettent aux patients, dans la journée, de circuler librement entre les unités Averroès et Rosa Parks.

▪ **Les chambres**

L'unité compte dix-neuf lits répartis en trois chambres à un lit et huit chambres à deux lits. Les fenêtres, à petits carreaux, sont en deux parties. La partie basse ne s'ouvre qu'avec une clé spéciale détenue par le personnel, la partie haute est une fenêtre à bascule permettant l'aération de la pièce. Les fenêtres des chambres donnant sur le patio ne sont pas munies de barreaux contrairement à celles qui donnent sur la route intérieure de l'hôpital.

Toutes les chambres sont équipées de mobilier non fixé au sol comprenant un lit, une table de nuit, une petite table, une chaise et un radiateur. Chaque patient, qui dispose de la clé, a accès à une armoire personnelle à étagères.

L'éclairage de la pièce est assuré par un plafonnier et par une lampe individuelle fixée au mur et actionnée depuis le lit. Les prises de courant sont au nombre de trois dans les chambres doubles et de deux dans les chambres simples. Les patients se plaignent de la luminosité du couloir la nuit du fait des veilleuses. Des rideaux en tissu plastifié ignifugé et occultant sont disponibles sur les fenêtres. Ils se décrochent facilement pour éviter tout risque de pendaison. Au plafond se trouve un détecteur de fumée.

Les portes sont en bois, munies d'un oculus de 0,50 m de côté opacifié dans sa moitié inférieure et munies d'une serrure extérieure et d'un verrou intérieur permettant aux patients de s'enfermer à clé dans leurs chambres s'ils le désirent. Ce verrou peut être ouvert par le personnel depuis l'extérieur.

Il n'y a pas de bouton d'appel dans les chambres.

Les chambres à un lit sont situées côté patio mesurent 2,5 m sur 4,5 m soit une surface de 11,25 m². Elles sont équipées d'un espace sanitaire mesurant 1,40 m sur 1,20 m soit 1,68 m² comprenant un WC et un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir. Une des chambres est équipée d'un lit médicalisé.

Les chambres à deux lits mesurent 2,70 m sur 4,5 m soit une surface de 12,15 m². Elles sont équipées d'un espace sanitaire mesurant 1,40 m sur 1,60 m, soit une superficie de 2,24 m². Les chambres qui donnent sur le patio ont un WC et un lavabo semblables à ceux des chambres à un lit, celles qui donnent côté route sont équipées d'un lavabo et d'une douche.

▪ **Les locaux communs**

Dans l'aile d'hébergement on trouve :

- deux WC communs aux hommes et aux femmes ;
- une salle de douche ;
- une salle de bains avec douche et baignoire ;
- un salon pour les visites familiales, meublé de fauteuils et d'une table ;
- un espace, situé entre le couloir et le patio, qui sert de lieu pour regarder la télévision. Le long du mur, quatre fauteuils et trois tables sont disposés face à un poste de télévision de grande taille. Cet espace est en fait un lieu de circulation sans cesse utilisé par les patients entre dehors et dedans, ce qui ne rend pas facile la détente devant la télévision ;
- une salle à manger commune aux deux unités du pôle. Elle est composée de onze tables, carrées ou rondes de quatre places chacune. Elle est ouverte sur l'unité Rosa Parks et possède une porte de secours fermée donnant sur le cours Sébastien Leblanc. Quatre grandes fenêtres sont en vis-à-vis et assurent une clarté certaine à la pièce. La salle à manger est la seule pièce commune à être climatisée ;
- un patio de forme carrée et d'une taille mesurant 36,5 m sur 32 m, soit une surface de 1 168 m². Trois côtés sont entourés de colonnes (deux de dix, et l'autre de onze) est à l'image des cloîtres de couvent avec un promenoir en pierre et une pelouse en son centre. Des arbres donnent de l'ombre. Des chaises, des bancs, une table de ping-pong, un baby-foot sont à la disposition des patients.
- un atelier menuiserie avec un outillage très complet ;
- une cuisine dans laquelle les patients peuvent prendre leur repas à la suite de l'activité ;
- une salle d'activités, appelée « la serre », dans laquelle est notamment proposée une activité jardinage.

Dans cette même aile, on trouve également : un bureau médical, une lingerie, un bureau infirmier, un bureau pour le cadre de santé et une salle de réunion.

4.2.2.3 Les chambres d'isolement

L'unité possède une chambre dite de « soins intensifs » située côté patio. Elle est fermée par une première porte munie d'une serrure à trois points donnant sur un sas mesurant 1,15 m sur 1 m à droite duquel on trouve un espace sanitaire avec un WC et un lavabo en inox ainsi qu'une douche. Cet espace a une porte donnant directement dans la chambre.

Le sas possède une deuxième porte munie d'une serrure simple. Toutes les portes sont munies d'un oculus de 0,50 m de côté opacifié dans sa moitié inférieure.

La chambre a une surface de 9,30 m². Elle est équipée d'un lit fixé au sol et elle est climatisée. La fenêtre est doublée de l'intérieur par une vitre blindée, les carreaux donnant sur le patio sont opacifiés en leur partie inférieure de manière à empêcher toute communication avec l'extérieur. Un store entre les deux parties vitrées est actionné électriquement par le personnel.

Au moment de la visite, le mardi 11 mai, un patient en HO était placé dans cette chambre mais pouvait en sortir à certaines heures, sauf durant la nuit.

4.2.2.4 Le fonctionnement de l'unité

L'unité ne dispose pas de livret d'accueil spécifique. Le livret d'accueil de l'hôpital est remis lors de l'arrivée dans le service.

Un feuillet, intitulé « Règlement intérieur », est affiché dans les chambres. Il comporte quelques indications brèves sur le fonctionnement de l'unité illustrées de pictogrammes. Il indique notamment qu'il peut être décidé « une prescription transitoire de mise en pyjama », la « mise à disposition d'un casier fermant à clef (conservée par le patient) afin d'y déposer ses effets personnels », le retrait des « objets considérés comme dangereux », l'interdiction des relations sexuelles et de « l'introduction d'alcool et de substances toxiques (haschich, cocaïne, poppers...) ».

Les personnes hospitalisées dans le service pour la première fois sont en principe affectées en chambre individuelle. Les personnels ont indiqué leur hésitation à placer un patient qu'ils ne connaissent pas encore dans une des deux chambres individuelles situées à l'extrémité du bâtiment et donc plus difficiles à surveiller. Les personnels affectent les patients en chambre double en fonction de leur sexe, de leur âge et de la compatibilité de leur profil.

Les demandes de changement de chambre double – ainsi d'une personne présente au moment du contrôle dont le sommeil était perturbé par les « déambulations » nocturnes de sa voisine – ou de placement en chambre individuelle sont possibles durant un séjour et sont examinées au cas par cas.

L'unité Rosa Parks propose certaines activités – encadrées par des personnels soignants mais aussi des personnels extrahospitaliers – auxquelles les patients hospitalisés peuvent participer en compagnie de personnes admises à l'hôpital de jour :

- lundi : revue de presse, expression corporelle et chants ;
- mercredi : jardinage, photographie, théâtre. Une semaine sur deux, un atelier « menuiserie » est animé par un éducateur et deux infirmiers ;
- jeudi : repas thérapeutique et activités « Journal », « Vidéo » et football ;
- vendredi : cuisine et balnéothérapie.

L'accès à la salle et au terrain de sports de l'hôpital est libre, avec accord médical préalable, dans les créneaux réservés.

Au jour du contrôle, deux patients de l'unité n'étaient pas autorisés à sortir dans le parc de l'hôpital et trois, en ville.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le personnel était en nombre suffisant pour organiser ces activités à l'extérieur.

Des journaux et des magazines placés sur un présentoir sont à la disposition des patients à l'entrée de l'aile d'hébergement de l'unité. Une armoire-bibliothèque, située au même endroit, possède quelques livres policiers, romans ou livres d'histoire. Sont également stockés là, des jeux tels que *Scrabble*TM ou jeu de dames et quelques raquettes de ping-pong. Le contenu de cette armoire est en libre disposition.

Une réunion soignants-soignés a lieu le vendredi en présence des médecins, du cadre de santé et des soignants. Les derniers sujets, consignés dans le registre des activités, portaient sur la qualité des repas, la propreté des locaux et une demande de porte-manteaux.

Les transmissions entre l'équipe d'infirmiers du matin et celle d'après-midi se font tous les jours à 9h et à 13h30.

Les médecins, le cadre de santé et le personnel infirmier se réunissent trois fois par semaine.

Une réunion de fonctionnement du service est organisée chaque mardi en alternance, une semaine sur deux, avec une session de formation.

Une réunion portant sur l'état clinique des patients est organisée le jeudi. Tous les mois, la réunion clinique concerne l'ensemble des patients des deux unités.

4.2.3 L'unité Averroès

4.2.3.1 Présentation de l'unité

L'unité comprend vingt et un lits répartis en treize chambres individuelles et quatre chambres doubles. L'unité dispose d'une chambre d'isolement.

Le jour de la visite des contrôleurs, le 10 mai 2011, la situation des **patients** hospitalisés dans l'unité était la suivante :

- quinze patients étaient hospitalisés : dix hommes et cinq femmes ;
- trois des quatre chambres doubles étaient occupées par un seul patient ;
- un patient de l'unité Rosa Parks, hospitalisé en HO, occupait la chambre d'isolement ;
- trois hommes étaient en HO ;
- six patients étaient en HDT : quatre hommes et deux femmes ;
- douze patients étaient en sortie d'essai d'HO et huit en sortie d'essai d'HDT ;
- la plus longue hospitalisation d'un patient datait de dix mois ;
- la durée de la plus longue hospitalisation sous contrainte était de neuf mois pour un patient en HO ;
- le patient le plus âgé avait 69 ans et le plus jeune, 21 ans.

L'**effectif** du personnel soignant comporte :

- un praticien hospitalier responsable du service,
- un praticien hospitalier assurant la coordination entre les deux unités du pôle ;
- un assistant en psychiatrie ;
- un interne ;
- un cadre de santé ;
- quatorze infirmiers ;
- huit aides-soignants ;
- trois assistantes sociales en charge des deux unités du pôle intra et extrahospitalier, assurant à tour de rôle une présence du lundi au vendredi ;
- sept ASH.

4.2.3.2 Les locaux

L'unité est située au-dessus de l'unité Rosa Parks et, contrairement à celle-ci, ses deux ailes sont des ailes d'hébergement. Elles sont bordées, côté patio, par des coursives protégées par une balustrade en fer forgé surmontée de grilles à croisillons. Ces coursives sont accessibles en permanence. Un escalier et un ascenseur permettent aux patients, dans la journée, de descendre au patio et de circuler dans l'unité Rosa-Parks.

▪ **Les chambres**

Elles sont réparties sur deux ailes. Dans l'aile dite « grise »¹³, on trouve quatre chambres à deux lits (une n'a qu'un seul lit mais est considérée comme chambre double) et cinq chambres à un lit. Dans l'aile dite « jaune », on trouve huit chambres à un lit. L'unité possède deux lits médicalisés.

Aucune chambre n'est climatisée.

Toutes sont pourvues d'un radiateur et d'un détecteur de fumée. Les fenêtres, à petits carreaux, sont en deux parties. La partie basse ne s'ouvre qu'avec une clef spéciale détenue par le personnel, la partie haute est une fenêtre à bascule permettant l'aération de la pièce. Les fenêtres des chambres donnant sur la coursive ne sont pas munies de barreaux contrairement à celles qui donnent sur la route. Elles sont équipées de rideaux en tissu plastifié ignifugé et occultant qui se décrochent facilement pour éviter tout risque de pendaison. Il est noté par les contrôleurs qu'une des chambres (n° 22) n'a pas de rideaux, à la suite d'une manœuvre intempestive du patient.

Les portes sont en bois, munies d'un oculus de 0,50 m de côté opacifié dans sa moitié inférieure et munies d'une serrure extérieure. Contrairement à l'unité Rosa Parks, il n'existe pas de verrous intérieurs, ce dont se plaignent les patients.

¹³ Ainsi dénommée du fait de la couleur des murs.

Dans chaque chambre est affichée une feuille de consignes médicales sur laquelle apparaissent divers renseignements dont le nom et prénom du patient et son type d'hospitalisation, ainsi que ce qui lui est autorisé en matière de vie quotidienne (visites, vêtements, téléphone, sorties).

Les huit chambres individuelles de l'aile jaune, toutes d'une surface comprise entre 12 et 13 m², sont pourvues d'un espace sanitaire de 2,10 m² avec WC et lavabo surmonté d'un miroir et équipé de porte-serviettes et de porte savon. Le mobilier de la chambre est en bois, non fixé au sol et se compose d'une table d'une chaise, d'une table de chevet et d'une armoire avec penderie dont le patient a la clef. Le lit peut être en bois ou en métal. La pièce est éclairée par un plafonnier dont l'interrupteur est à l'entrée de la chambre et par une lampe de chevet fixée au mur au-dessus du lit et actionnée par un interrupteur à portée de main.

Dans l'aile grise, se trouvent cinq chambres à un lit – de même configuration que dans l'aile jaune – et quatre chambres à deux lits (dont un avait été retiré dans une chambre) : deux mesurent 5,35 m sur 2,90 m, soit une surface de 15,50 m² ; deux autres sont des pièces de 2,95 m sur 2,5 m, soit une surface de 7,40 m², séparées par un passage de 1 m de large. Elles sont équipées d'un espace sanitaire fermé avec WC et lavabo surmonté d'un miroir et d'une tablette. Le mobilier de la chambre est en bois. Il n'y a qu'une seule table pour deux.

▪ **Les locaux communs**

L'aile grise comporte :

- une salle de télévision avec douze fauteuils et une petite table ;
- un salon équipé de treize fauteuils, d'une grande table, de chaises dont les fenêtres donnent d'un côté sur la route et de l'autre sur la courside. Il est utilisé comme salle d'activités et de détente par les patients et comme salle de réunion par le personnel ;
- une petite bibliothèque dépourvue de livres aux jours de la visite car elle est en réfection depuis un dégât des eaux ;
- une salle de bains avec douche, baignoire, équipée de barres de soutien et une chaise-douche en plastique ;
- un seul WC, commun aux hommes et aux femmes, pour toute l'aile ;
- une lingerie, une buanderie, un office pour le personnel, le bureau des soignants et un sanitaire pour le personnel.

Au fond de l'aile, deux anciennes chambres, désormais désaffectées, étaient au moment de la visite prévues pour être utilisées comme salles d'activités. Une salle de bains était aussi condamnée du fait d'un grand état de vétusté et en attente de rénovation.

L'aile jaune comporte :

- une salle de bains ;
- deux WC communs aux hommes et aux femmes ;

- une douche réservée au patient qui se trouve dans la chambre de soins intensifs ;
- un bureau d'entretien avec un ordinateur à la disposition des patients ;
- un salon avec six fauteuils et une table pour recevoir les familles ;
- le bureau du cadre de santé ;
- la pharmacie ;
- la salle de soins.

Les coursives, ouvertes jour et nuit, sont équipées de fauteuils et de tables en inox, ainsi que de cendriers et de poubelles.

4.2.3.3 Les chambres d'isolement

Il existe une chambre dite de soins intensifs au sein de l'unité.

On y accède par un sas à la droite duquel se trouvent un WC et un lavabo en inox dans un espace de 2 m².

La chambre proprement dite ne dispose pas de climatisation ; elle mesure 2,3 m sur 2,7 m, soit 6,20 m² de surface.

Le lit métallique est fixé au sol et quatre points de contention sont apparents.

La fenêtre munie de grillage en croisillon est une fenêtre classique renforcée à l'extérieur de tiges métalliques. Elle peut être dégondée afin de permettre une certaine ventilation. C'est la seule façon d'aérer la pièce. Il n'y a pas de rideau et le store est bloqué à mi-hauteur depuis longtemps d'après ce qui est rapporté aux contrôleurs.

La porte est munie d'une serrure à trois points.

La chambre est occupée en permanence par le même patient depuis juillet 2010. Celui-ci, âgé de 21 ans, est hospitalisé depuis l'âge de 15 ans et en isolement quasi total depuis juillet 2010.

L'emploi du temps qui lui est proposé est affiché dans sa chambre et mentionne pour chaque jour, le petit déjeuner à 8h30, la douche de 10h30 à 11h (une fois par semaine elle est assortie d'une pesée), un entretien médical à 11h, le déjeuner à 12h30, le goûter à 16h30, le dîner à 19h15.

Depuis février 2011, deux sorties sont prévues par semaine : l'une, le mardi de 17h à 17h30 dans une coursive qui est alors fermée aux autres patients ; l'autre, le mercredi entre 17h et 17h30 dans le parc, accompagnée par quatre soignants.

Toute entrée, dans la cellule du patient, pour les repas, pour le conduire à la douche, l'emmenner à ses deux sorties hebdomadaires se fait systématiquement avec quatre soignants dont deux hommes au minimum. Cela suppose que du personnel masculin d'autres unités soient sollicités. Cet état de fait entraîne de multiples contraintes pour le personnel et des horaires souvent décalés pour le patient. Le personnel se dit « épuisé, sans solutions ; nous demandons à passer la main. Nous n'avons plus assez de temps pour les autres patients, nous sommes déçus de nous. »

Ce patient se rend depuis quelque temps au centre hospitalier Sainte-Anne à Paris 14^{ème} pour des soins dentaires. Il est rapporté que le transport s'effectue depuis peu sans contention mais toujours accompagné de quatre soignants.

Des tentatives de solutions ont été évoquées faute d'un projet : être admis dans une unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP), retrouver une tante en Grande-Bretagne, lui construire un espace plus grand au sein d'un lieu de soins intensifs à Esquirol où il pourrait déambuler plus librement...

4.2.3.4 Le fonctionnement de l'unité

L'unité ne dispose pas d'un livret d'accueil spécifique. Le livret d'accueil de l'hôpital est remis lors de l'arrivée dans le service.

Une fiche plastifiée, intitulée « Règlement intérieur », est affichée dans chaque chambre de l'unité. Elle comporte six colonnes portant sur les rubriques suivantes : accueil, vie du service, soins, repas, visites/téléphone et interdits. Le règlement intérieur comporte notamment les indications suivantes :

- pour l'accueil : un inventaire des effets personnels est réalisé par un soignant en la présence du patient. Le patient peut déposer ses valeurs au Trésor public. L'entretien du linge personnel est sous sa responsabilité ou celle de sa famille ;
- pour la vie du service : le courrier timbré peut être déposé au poste de soins et est expédié quotidiennement. Toute dégradation ou bris de matériel volontaire est à la charge de l'usager. Une réunion avec les soignants « Entre Nous » est proposée le mercredi entre 13h30 et 14h30 ;
- pour les soins : des entretiens réguliers avec l'équipe pluridisciplinaire assurant la prise en charge sont proposés. Les traitements sont distribués à la pharmacie après chaque repas et au coucher ;
- pour les repas : outre leurs horaires, ils doivent être compatibles avec un régime alimentaire et/ou les convictions religieuses. La consommation et le stockage de produits alimentaires et de café ne sont pas autorisés dans les chambres ;
- pour les visites et le téléphone : ils font partie du « contrat de soins » et sont soumis à l'accord du psychiatre. Les appels téléphoniques locaux sont autorisés de 15h à 20h. Il est demandé de faire un usage modéré de son téléphone portable ;
- pour les interdits : le tabac, sauf dans le patio et les coursives, la détention d'objets dangereux, les actes de violence physique ou verbale, l'introduction et la consommation d'alcool et de toxiques, les jeux d'argent, le troc, « tout commerce », les relations sexuelles dans l'unité de soins et la prise de film et de photographies dans l'unité.

Lors de la visite des contrôleurs, une seule chambre était utilisée pour héberger deux patients. Une patiente rencontrée a indiqué qu'elle avait été placée à son arrivée avec une autre personne, avant d'avoir obtenu, quelques jours plus tard et à sa demande, une chambre individuelle dès qu'une d'entre elles s'est libérée.

Le programme des activités proposées est le suivant :

- lundi : expression corporelle et chants ;
- mercredi : en plus de la réunion soignants-soignés, jardinage, photographie, théâtre. Une semaine sur deux, un atelier « menuiserie » est animé par un éducateur et deux infirmiers ;
- jeudi : activités « Journal » le matin et « pâtisserie » l'après-midi ;
- vendredi : diffusion de DVD ou karaoké.

Lors de la visite des contrôleurs, dix patients sont passés à l'activité « Journal » entre 9h30 et 12h. Hormis cet exemple, il n'a pas été possible de recueillir des indications précises sur la durée et la fréquentation des activités.

L'accès à la salle et au terrain de sports de l'hôpital est libre, sous réserve de l'accord médical, dans les créneaux réservés.

Au jour du contrôle, quatre des neufs personnes hospitalisées sans leur consentement bénéficiaient de sorties d'essai d'une durée allant de quelques heures à plusieurs jours.

Trois patients de l'unité n'étaient pas autorisés à sortir ni dans le parc de l'hôpital ni en ville. Les autres pouvaient sortir soit seuls, soit accompagnés d'un soignant. Les sorties de l'unité s'effectuent à la demande des patients dans le cadre des horaires fixés par le médecin (une heure l'après-midi pour un, une heure par jour pour un autre « après évolution et entretien ») ou par la décision de sortie d'essai.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le personnel était en nombre suffisant pour organiser ces activités à l'extérieur, sauf dans les périodes de congés ou d'effectif nombreux de patients.

Le jour de la visite des contrôleurs, cinq personnels soignants étaient présents le matin (trois infirmiers et deux aides-soignants) et trois, l'après-midi (deux infirmiers et un aide-soignant) avec deux personnels (un infirmier et un aide-soignant) présents sur la journée. Trois personnels infirmiers (sur un effectif de quatorze) et un aide-soignant (sur un effectif de huit) étaient en congé de maladie.

Les transmissions entre l'équipe d'infirmiers du matin et celle d'après-midi se font tous les jours entre 9h15 et 10h et entre 13h30 et 14h.

Une réunion de fonctionnement du service est organisée chaque mardi en alternance, une semaine sur deux, avec une session de formation.

Une réunion portant sur l'état clinique des patients est organisée le jeudi. Tous les mois, la réunion clinique concerne l'ensemble des patients des deux unités.

4.3 Le pôle Paris 11 : secteurs 75 G 08 et G 09

Créé en février 2010, le pôle Paris 11 couvre les besoins de santé mentale de la population du XI^{ème} arrondissement, soit un secteur de près de 155 000 habitants. Les unités d'hospitalisation relevaient auparavant des secteurs 8 (« République ») – unités Jules-Verne et Voltaire – et 9 (« Bastille ») – unités Daumézou et Minkowski. L'unité pour polyhandicapés Marguerite Bottard est rattachée au pôle Paris 11.

Le pôle dispose en outre de deux centres médico-psychologiques, d'un centre d'accueil et de crise de neuf lits, de deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), d'un hôpital de jour de quarante places, d'une unité d'accueil familial thérapeutique de dix places, de neuf appartements associatifs et d'une maison communautaire de huit places.

L'effectif des personnels du pôle est de 111 agents, 90 non médicaux et 21 médicaux.

Selon ses responsables, le pôle se caractérise par « un équipement complet en termes de structures de soins et une grande diversité d'approches thérapeutiques disponibles. »

Les patients hospitalisés sont admis directement dans les unités.

4.3.1 L'unité Jules-Verne

4.3.1.1 Présentation de l'unité

L'unité comprend dix-huit lits répartis en huit chambres individuelles et cinq chambres doubles. Elle dispose de deux chambres d'isolement.

Le 11 mai 2011, la situation des **patients** hospitalisés dans l'unité était la suivante :

- dix-huit patients étaient hospitalisés : douze hommes et six femmes ;
- les deux chambres d'isolement étaient occupées par deux patients de l'unité Voltaire, le premier depuis quatre jours et le second depuis son hospitalisation survenue deux jours plus tôt ;
- six hommes étaient en HO ;
- six patients étaient en HDT : quatre hommes et deux femmes ;
- neuf patients étaient en sortie d'essai d'HO, deux en sortie d'essai d'HDT ;
- la durée de la plus longue hospitalisation sous contrainte était de onze ans et treize mois en HO et de quatre ans en HDT ;
- le patient le plus âgé avait 75 ans et le plus jeune, 29 ans.

L'effectif du personnel soignant comporte :

- un psychiatre responsable du service, présent sept demi-journées par semaine dans l'unité ;
- un médecin assistant en psychiatrie, présent huit demi-journées par semaine ;
- un cadre de santé ;
- neuf infirmiers (un poste vacant) : cinq femmes et quatre hommes ;
- quatre aides-soignants : trois femmes et un homme ;
- deux assistantes sociales pour l'ensemble du pôle ;
- quatre ergothérapeutes pour les deux unités et le CATTP ;
- une psychologue pour l'ensemble du pôle ;

- neuf ASH pour les deux unités.

4.3.1.2 Les locaux

L'unité Jules Verne est située au rez-de-chaussée. Elle est constituée de deux ailes, en équerre : l'une est composée des bureaux (cadre infirmier, soins, médecin, salle de réunion, vestiaires du personnel) ; l'autre, des chambres.

Les ailes donnent de chaque côté sur un patio dont l'un est désaffecté.

▪ **Les chambres**

Les chambres à un lit ont une surface de 9,50 m². L'une possède un lit médicalisé. Chaque chambre est équipée d'un espace sanitaire attenant comprenant un WC et un lavabo ; il est fermé par une porte coulissante.

Les chambres à deux lits mesurent 4,80 m sur 3,80 m, soit une surface de 18,20 m². Chaque chambre est équipée d'une table de chevet, une lampe fixée au mur avec interrupteur, une prise de courant. Une seule table est prévue ainsi que, bien souvent, une seule chaise. Ces chambres sont dotées d'un espace sanitaire qui se ferme avec une porte coulissante comprenant une douche et un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir (certains sont « déformants »).

Les chambres ne sont pas dotées de verrou intérieur. Elles sont fermées à l'heure des repas.

L'état général des chambres et des sanitaires est très mauvais : salpêtre qui s'effrite, bas de portes pourris, peinture sale, mobilier détérioré. On note aussi que beaucoup de fenêtres ferment très mal et, de ce fait, n'assurent ni étanchéité, ni protection contre les courants d'air. Certaines vitres ont été remplacées par des plaques de plexiglas.

▪ **Les locaux communs**

Dans l'aile d'hébergement on trouve :

- deux WC qui se ferment par une porte coulissante munie d'un verrou intérieur. A l'entrée des toilettes se trouve un lavabo surmonté d'un miroir ;
- une salle de bains avec une baignoire, un lavabo surmonté d'un miroir déformant et un fauteuil percé en plastique à roulettes ;
- une douche et un WC ;
- une salle d'activité de 55 m² munie de huit fenêtres donnant sur le patio ;
- un hall situé au carrefour des deux ailes. Il est composé de trois espaces séparés par des claustras en bois fixés au sol. Des fauteuils et des tables agrémentent ces espaces. Au mur, sous verre, sont affichées les notes concernant l'information des patients :
 - le règlement intérieur ;

- « Comment contacter un avocat ? » ;
 - la commission des relations avec les usagers ;
 - la liste des autorités pouvant être contactées (le Contrôleur général des lieux de privation de liberté n'y est pas) ainsi que le rappel des droits fondamentaux,
 - le rappel du code pénal concernant la protection des personnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions ;
- Le hall donne d'un côté sur le patio et de l'autre sur le parc à hauteur de la porte 61. Des haut-parleurs diffusent de la musique ;
 - deux salons de télévision. Les écrans sont protégés par une vitre en plexiglas. Les patients doivent monter sur la table pour changer de chaîne car il n'y a plus de télécommande.

Dans le prolongement du couloir se trouve l'unité Voltaire.

4.3.1.3 Les chambres d'isolement

Le pôle comprend deux chambres d'isolement qui sont toutes installées au sein de cette unité.

Côte à côte, elles sont les deux premières pièces de l'aile.

Un sas d'une surface de 1,30 m² donne sur la chambre, d'un côté, et sur l'espace sanitaire, de l'autre. La porte donnant accès à la chambre est renforcée et munie d'un oculus de 0,25 m sur 0,35 m et celle donnant sur le couloir est dotée d'une serrure à trois points et d'un oculus de 0,80 m sur 0,40 m. Au-dessus de la porte, à l'intérieur, est installée une horloge.

Chaque chambre mesure 3,15 m sur 3,75 m soit une surface de 11,80 m². La hauteur sous plafond est de 3,50 m. La fenêtre, protégée par un carreau en plexiglas, est occultée par des verres cathédrale jusqu'à 2 m de hauteur.

Chacune est équipée d'un lit non fixé au sol et muni de points d'attache pour les sangles de contention. Au-dessus du lit se trouvent un radiateur et un panneau dans lequel un trou de 10 cm de diamètre est apparent. Ce trou tel qu'il est placé permet aisément d'y accrocher quelque chose.

Elles ont accès à un espace sanitaire d'une surface de 2,90 m², fermé par une porte coulissante. Cet espace comprend une douche, un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir. Il n'y a pas de WC : un seau est mis à disposition des patients avec du papier hygiénique.

4.3.2 L'unité Voltaire

4.3.2.1 Présentation de l'unité

L'unité comprend dix-huit lits répartis en quatre chambres individuelles et sept chambres doubles. Toutes les chambres sont dotées de WC.

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement.

Le 11 mai 2011, la situation des **patients** hospitalisés dans l'unité était la suivante :

- dix-huit patients étaient hospitalisés : dix femmes et huit hommes;
- cinq patients étaient en HO : trois hommes et deux femmes ;
- quatre patients étaient en HDT : deux hommes et deux femmes ;
- un patient était en sortie d'essai d'HO, aucun en sortie d'essai d'HDT ;
- la durée de la plus longue hospitalisation libre était de quatorze années (janvier 1997) ;
- la durée de la plus longue hospitalisation sous contrainte était de quatre années en HO (septembre 2007) ;
- le patient le plus âgé avait 78 ans et le plus jeune, 29 ans.

L'effectif du personnel soignant comporte :

- un psychiatre responsable du service, présent huit demi-journées par semaine ;
- un assistant en psychiatrie, présent huit demi-journées par semaine ;
- un interne ;
- un cadre de santé ;
- dix infirmiers : huit femmes et deux hommes ;
- trois aides-soignantes ;
- deux assistantes sociales pour l'ensemble du pôle ;
- quatre ergothérapeutes pour les deux unités et le CATTP ;
- une psychologue pour l'ensemble du pôle ;
- neuf ASH pour les deux unités.

4.3.2.2 Les locaux

L'unité se trouve dans le prolongement, au rez-de-chaussée, de l'unité Jules Verne. Le changement d'unité est repérable à la couleur rose des murs. Une porte coupe-feu, ouverte, marque la séparation géographique.

Les chambres se trouvent dans cette aile, puis pour trois d'entre elles dans une petite aile au fond et à gauche dans l'unité.

▪ *Les chambres*

L'unité comporte onze chambres dont sept chambres à deux lits et quatre chambres à un lit, pour un total de dix-huit lits.

Les chambres individuelles ont une surface de 7,65 m². Elles sont équipées du même type d'espace sanitaire que dans l'unité Jules Verne.

De même que dans l'unité Jules Verne, les locaux sont en mauvais état : salpêtre qui s'effrite, jointures des fenêtres non étanches, bas de portes pourris. Les fenêtres donnant sur le parc s'entrouvrent et sont retenues par une chaîne rivetée. Toutes sont en mauvais état, fermant mal, n'assurant, ainsi, aucune isolation.

▪ *Les locaux communs*

Dans l'aile d'hébergement on trouve :

- une salle à manger commune aux deux unités de 20 m sur 7,80 m (surface : 15,60 m²) avec cinq portes donnant sur le patio (une autre donne sur le patio désaffecté) et vingt fenêtres en vis-à-vis. Les tables, carrées ou rondes pour quatre personnes, sont au nombre de dix. Une banque permet de prendre les repas en self service ;
- un espace pour l'ergothérapie qui comprend, notamment, une salle de 55 m² dont il est dit qu'elle est mal chauffée et mal isolée et un atelier de poterie équipé d'un four ;
- un hall équipé de fauteuils et d'enceintes qui diffusent de la musique ;
- un patio dont tous les arbres ont été coupés car ils étaient porteurs de champignons. Cela lui donne un triste aspect. Quelques tables fixes avec bancs sont disposées sur la pelouse ;
- une salle de télévision indisponible pour travaux au moment de la visite des contrôleurs ;
- deux WC communs ;
- un vestiaire où les effets personnels de patients sont stockés dans des valises ou des sacs plastiques étiquetés à leurs noms ;
- deux douches communes.

4.3.3 Le fonctionnement des unités Jules-Verne et Voltaire

Situées dans la partie haute de l'hôpital, les deux unités d'hospitalisation, contiguës et sans cloisonnement entre elles, sont accessibles par les portes 61 (Jules-Verne) et 59 (Voltaire). Les portes sont maintenues en permanence **fermées**.

Les personnels sont sollicités lors de chaque sortie des personnes autorisées ou des patients en hospitalisation libre. Les horaires d'ouverture sont en principe de 9h à 20h mais il a été indiqué que la souplesse était de mise. Le jour du contrôle, un seul patient de l'unité Jules-Verne ne sortait jamais (« en raison d'un isolement social et familial »), de même que sept patients de l'unité Voltaire (dont cinq hospitalisés depuis moins de soixante-douze heures).

Les deux unités partagent les mêmes règles de fonctionnement sur de nombreux aspects. Elles ne disposent pas d'un livret d'accueil autre que celui de l'hôpital – qui leur est remis à l'arrivée – mais d'un règlement intérieur commun, document signé en novembre 2007 par le responsable du pôle et le cadre supérieur de santé. Affiché dans chaque chambre, il est composé de paragraphes successifs : « vos médicaments, vos repas au self-service, vos vêtements, visiteurs, vos promenades et démarches à l'extérieur de l'unité, le téléphone, la télévision (de 9h à 23h en semaine), objets de valeur et argent » et comporte quelques interdits : la prise de vues à partir du téléphone portable, fumer dans les locaux, la consommation d'alcool et de produits illicites et la conservation de produits alimentaires dans les chambres.

Les portes des chambres sont maintenues en permanence ouvertes sauf pendant les horaires des repas. Il a été signalé que les vols d'effets personnels entre patients étaient fréquents. En journée, les patients peuvent se reposer dans leurs chambres. La nuit, ils ont la possibilité de se rendre dans les patios des unités, notamment pour fumer.

A l'arrivée, le patient est placé en priorité dans une chambre individuelle, avant de devoir rejoindre, le cas échéant, une chambre double. Il a été indiqué que les demandes de changement de chambre et les motifs de celles-ci sont examinés avec attention.

En cas d'hospitalisation au-delà de la capacité d'une unité, le patient reste pris en charge par le personnel de son unité mais est « hébergé » la nuit soit dans l'autre unité du pôle – en priorité, car cela permet de pouvoir se reposer en chambre dans la journée – soit dans un autre pôle. Les chambres d'isolement ne sont pas utilisées en cas de chambre indisponible.

Les quatre repas quotidiens des patients des deux unités sont pris en commun dans le self-service de la salle à manger. Les régimes alimentaires – médicaux et confessionnels – sont préparés en liaison froide et servis dans des barquettes en plastique. Une insuffisance en quantité a été signalée le week-end, notamment le dimanche soir où seul un repas froid est servi.

Les patients ne participent à aucune tâche ménagère.

Il est interdit de fumer dans les unités. Quand un patient fume dans sa chambre, le personnel lui rappelle l'interdiction mais ne prend aucune sanction, notamment la limitation de son accès en journée.

Les soignants accompagnent les patients jusqu'au bureau de tabac, voire procèdent eux-mêmes à l'achat. L'assistante sociale est sollicitée pour permettre aux patients d'acheter leur tabac, ce qui n'empêche pas – comme il a été indiqué – que la pression entre les patients soit importante. Pour se prémunir de vol ou de sollicitation insistante, certains patients confient au service leurs cartouches de cigarettes. Il arrive aussi que la consommation soit réglementée pour raison thérapeutique, comme cela était le cas lors du contrôle pour un patient de l'unité Jules-Verne souffrant d'insuffisance respiratoire qui se voyait remettre une cigarette à la fois dans la limite de cinq cigarettes par jour.

Il est proposé des substituts nicotiques (patches) aux personnes désireuses de s'arrêter de fumer. Les patients placés en chambre d'isolement peuvent fumer en présence du personnel en se tenant près de la fenêtre ouverte.

Le port du pyjama n'est imposé qu'en chambre d'isolement. Le règlement intérieur prévoit néanmoins qu'en fonction de l'état de santé, « il peut vous être demandé de rester en vêtement d'intérieur ».

Les **activités** sont prescrites par les médecins dans le cadre des ateliers d'ergothérapie ; elles peuvent être également sollicitées par les patients qui, dans tous les cas, s'y rendent sur la base du volontariat. L'ergothérapeute référent rencontre ses patients et définit avec chacun d'entre eux un programme. Les créneaux sont partagés entre des prises en charge individuelles et des activités collectives (de quatre à huit personnes) autour de la peinture, la menuiserie, la mosaïque, la couture, la pyrogravure, les percussions, la pâtisserie, la poterie et le modelage. Une fois par semaine, les patients peuvent s'adonner à la pratique du football. L'emploi du temps des activités est affiché dans la salle à manger. Le week-end, il est proposé des jeux de société, des lotos, du karaoké.

Des sorties thérapeutiques sont organisées en fonction des disponibilités du personnel. En moyenne, les sorties ont lieu à un rythme de trois fois par an pour l'unité Jules-Verne (la dernière remontant à la fin de l'année 2010) et d'une fois par mois pour l'unité Voltaire (la dernière ayant permis la visite du château de Guermantes en Seine-et-Marne). Un budget annuel de 600 euros est alloué à chaque unité. Le transport s'effectue dans un minibus qui permet d'emmener quatre patients et cinq soignants.

La principale difficulté signalée est celle de devoir solliciter, huit jours à l'avance, auprès de la direction des soins, les ordres de mission : une plus grande souplesse permettrait de mieux prendre en compte l'évolution de l'état clinique des patients. Il a été indiqué par ailleurs que les consignes de la direction étaient d'éviter la sortie de plusieurs personnes hospitalisées d'office en même temps.

Au moment du contrôle, les réunions soignants-soignés n'étaient plus organisées, notamment à l'unité Jules-Verne depuis 2010, du fait d'une faible mobilisation des patients. Elles devaient reprendre à l'unité Voltaire, un vendredi sur deux, en présence de la psychologue, avec un sujet mis à l'ordre du jour.

Les transmissions entre les équipes soignantes se font tous les jours entre 6h50 et 7h, 13h30 et 14h30, 21h et 21h10.

Une réunion sur l'état clinique des patients est organisée le mardi avec l'ensemble des personnels des deux unités. Une fois par mois, cette réunion est consacrée au fonctionnement du service. Chaque unité se réunit aussi le vendredi pour échanger sur ses propres patients.

Le bureau de pôle se réunit deux fois par mois avec la participation des médecins et du directeur référent ; une fois sur deux, les cadres supérieurs de santé y sont présents.

Les médecins du pôle se réunissent deux fois par mois.

Trois fois par an, le conseil de pôle réunit l'ensemble du personnel.

4.3.4 L'unité Daumézon

4.3.4.1 Présentation de l'unité

L'unité comprend seize lits répartis en huit chambres individuelles et quatre chambres doubles. L'unité dispose d'une chambre d'isolement.

Le 11 mai 2011, la situation des **patients** hospitalisés dans l'unité était la suivante :

- douze patients étaient hospitalisés : huit femmes et quatre hommes ;
- quatre patients étaient en HO : deux hommes et deux femmes ;
- deux femmes étaient en HDT ;
- cinq patients étaient en sortie d'essai d'HO, aucun en sortie d'essai d'HDT ;
- la plus longue hospitalisation sous contrainte avait débuté en août 2008 ;
- le patient le plus âgé avait 84 ans et le plus jeune, 21 ans.

L'effectif du personnel soignant comporte :

- un psychiatre responsable du service, présent sept demi-journées par semaine ;
- un assistant en psychiatrie pour les unités Daumézon et Minkowski ;
- un interne ;
- un cadre de santé ;
- dix infirmiers : sept femmes et trois hommes (deux postes étaient vacants), dont deux exerçant à 80 % et un en congé de longue maladie ;
- deux aides-soignants (hommes) : un poste est vacant ;
- cinq assistantes sociales pour les deux unités et l'extrahospitalier ;
- trois ergothérapeutes pour les deux unités et l'extrahospitalier ;
- dix ASH pour les deux unités ;
- trois secrétaires, dont deux à 80 %, pour les deux unités.

4.3.4.2 Les locaux

L'unité est située au rez-de-chaussée. L'entrée s'effectue par un sas dont la première porte donne sur le cours Emile Gilbert et correspond à la porte n°25. La deuxième porte ouvre sur un petit hall avec quelques fauteuils, un présentoir à journaux et un *point phone* équipé d'une coque en plastique.

▪ **Les chambres.**

Les chambres sont toutes équipées de mobilier non fixé au sol. Chaque patient a, en plus de son lit, une table de nuit et l'accès à une armoire personnelle à étagères et penderie dont il dispose de la clé. On trouve une seule table et une seule chaise, y compris dans les chambres à deux lits. Dans les armoires se trouve un petit coffre à code fonctionnant avec des piles. Il n'est pas utilisé car les piles ne sont jamais remplacées.

L'éclairage est mural à la fois à côté de chaque lit et sur le mur opposé. Les fenêtres sont toutes sur le même modèle, à petits carreaux, et ne s'ouvrent qu'avec une clé détenue par le personnel. Les fenêtres donnant sur le patio s'ouvrent complètement, celles donnant sur le cours Emile Gilbert, s'entrouvrent et sont retenues de l'extérieur par une chaîne. Des stores intérieurs en tissu équipent toutes les chambres ; ils sont actionnés par le personnel avec une clé spéciale.

Chaque chambre possède une prise électrique près de chaque lit et une prise supplémentaire. On note la présence de prise de téléphone qui n'est pas utilisée.

Les portes comportent un oculus de 0,48 m sur 0,38 m en double vitrage à l'intérieur duquel se trouve un store vénitien actionnable de l'extérieur par une molette. Plusieurs de ces molettes sont cassées au moment de la visite des contrôleurs. Les portes sont toutes munies d'un verrou intérieur permettant aux patients de s'enfermer.

A l'exception des couloirs qui donnent une impression de neuf et de propre, l'état général des locaux est très vétuste. Les murs des chambres sont sales, de nombreuses plinthes en bois sont pourries, les sols sont gondolés à divers endroits. Les sanitaires des chambres sont aussi très abimés du fait de l'humidité.

Les chambres à un lit ont une surface de 9,30m². Les chambres à deux lits ont une surface de 21 m². Elles sont équipées d'un espace sanitaire comprenant un lavabo et, pour quatre d'entre elles, une douche.

L'une d'elles est équipée d'un lit médicalisé.

▪ **Les locaux communs**

Dans l'aile d'hébergement on trouve :

- la salle à manger, commune aux deux unités, mesurant 10,50 m sur 8 m soit une surface de 84 m², équipée de neuf tables de quatre places chacune. Cette pièce est située entre les deux patios. Les repas sont servis en self-service. Une chaîne hifi permet de diffuser de la musique. Derrière la salle à manger, un office est équipé pour faire réchauffer les plats, laver la vaisselle et stocker des marchandises ;

- une petite salle à manger mitoyenne à la première, équipée d'une table et de quelques chaises. Elle sert de salle d'attente entre les repas des deux unités et peut-être utilisée, exceptionnellement, pour le repas de certains patients ;
- dans le prolongement de la salle à manger, les locaux de l'ergothérapie avec une grande salle d'activité de 55 m² ;
- un patio de même configuration que les autres, planté de pelouse, de fleurs et d'arbres. Des bancs, chaises et tables de jardin sont à la disposition des patients. Ce sont eux, aidés des soignants, qui l'entretiennent. On y trouve, également un baby-foot ;
- deux salles de télévision dont une, est en fait un lieu de passage entre le patio et le couloir des chambres. Le téléviseur est fixé en hauteur et quatre fauteuils meublent cet espace. L'autre salle est une pièce fermée avec des fauteuils, une table, un téléviseur à écran plat protégé par une vitre en plexiglas ;
- six espaces sanitaires comprenant des WC avec verrous intérieurs et, dans tous les cas, un lavabo et dans deux cas, une douche. Ces espaces sont en très mauvais état : saleté, rouille, pourrissement dû à l'humidité. Au moment de la visite, deux WC avec douche et lavabos étaient fermés pour cause de légionellose ;
- une salle de bains, comportant une baignoire dont le pommeau de douche était cassé et un fauteuil en plastique pour la douche. Autour de la baignoire, les traces d'humidité et de saleté sont importantes.

4.3.4.3 Les chambres d'isolement

La chambre d'isolement mesure 3,40 m sur 2,60 m soit une superficie de 8,84 m². Elle donne sur le cours Emile Gilbert. Le lit est fixé au sol.

Un sas ouvre d'un côté sur la chambre et de l'autre sur un espace sanitaire avec douche, toilettes et lavabo en inox. Il est rapporté aux contrôleurs que l'eau doit couler très longtemps avant qu'elle ne soit chaude. La porte donnant sur la chambre ainsi que celle du couloir sont munies d'un oculus dont la vitre n'est pas protégée par un film opacifiant, si bien que du couloir, à travers les deux oculi, on peut apercevoir une partie du lit.

A côté du lit, une ouverture vitrée munie d'un rideau permet au personnel depuis le bureau infirmier de surveiller l'intérieur de la chambre. Il est rapporté aux contrôleurs que contrairement à l'unité Minkowski, cette ouverture n'est presque jamais utilisée.

Au-dessus de la porte donnant sur le couloir, est installée une horloge murale.

La fenêtre est doublée par une autre qui ne s'ouvre pas et l'aération de cette pièce est de ce fait difficile ; il n'y a ni stores ni rideaux.

Au moment de la visite, une femme venait de quitter la chambre. Durant son séjour, un seau hygiénique lui avait été donné car l'accès aux sanitaires lui était interdit car l'éclairage du sas et de la partie sanitaire ne fonctionnait pas.

4.3.5 L'unité Minkowski

4.3.5.1 Présentation de l'unité

L'unité comprend vingt et un lits répartis en onze chambres individuelles et cinq chambres doubles. Elle dispose d'une chambre d'isolement.

Le 11 mai 2011, la situation des **patients** hospitalisés dans l'unité était la suivante :

- vingt patients étaient hospitalisés : douze hommes et huit femmes ;
- huit patients étaient en HO : six hommes et deux femmes, dont deux « HO judiciaires » ;
- cinq patients étaient en HDT : quatre femmes et un homme ;
- huit patients étaient en sortie d'essai d'HO, aucun en sortie d'essai d'HDT ;
- la plus longue hospitalisation sous contrainte (HO) avait débuté en septembre 2004 ;
- le patient le plus âgé avait 64 ans et le plus jeune, 19 ans.

L'effectif du personnel soignant comporte :

- deux psychiatre exerçant chacun sept demi-journées par semaine dans l'unité ;
- un assistant en psychiatrie pour les deux unités ;
- un cadre de santé ;
- onze infirmiers : neuf femmes et deux hommes (un poste est vacant), dont un exerçant à 80 %, un, à mi-temps thérapeutique ;
- deux aides-soignants : un homme et une femme (un poste est vacant), dont un en congé de longue maladie ;
- cinq assistantes sociales pour les deux unités et l'extrahospitalier ;
- trois ergothérapeutes pour les deux unités et l'extrahospitalier ;
- dix ASH pour les deux unités ;
- trois secrétaires, dont deux à 80 %, pour les deux unités.

4.3.5.2 Les locaux

Située au 1^{er} étage, juste au-dessus de l'unité Daumézou, elle a une configuration similaire à cette dernière.

▪ **Les chambres**

Les chambres se trouvent dans une seule aile. Elles sont identiques et sont équipées de la même façon qu'à Daumézou. L'une d'elles est équipée d'un lit médicalisé.

L'état général des lieux est le même, aussi dégradé.

▪ **Les locaux communs**

Dans l'aile d'hébergement on trouve :

- une coursive située au-dessus du patio et fermée avec des grilles. Les patients n'accèdent au patio qu'au moment des repas, le reste du temps ils n'ont accès qu'à la coursive entre 6h30 et 22h30 ;
- deux salles de télévision équipées de fauteuils, une table et un téléviseur à écran plat protégé par une vitre en plexiglas ;
- huit espaces sanitaires comprenant des WC avec verrous intérieurs et, dans tous les cas, un lavabo et dans quatre cas, une douche. Ces locaux sont en très mauvais état : saleté, rouille, pourrissement dû à l'humidité ;
- une salle de bains comprenant une baignoire et un fauteuil en plastique pour la douche. Autour de la baignoire les traces d'humidité et de saleté sont importantes.

4.3.5.3 La chambre d'isolement

La chambre d'isolement mesure 3,40 m sur 2,60 m, soit une surface de 8,84 m². Elle donne sur le cours Emile Gilbert. Le lit est fixé au sol. Elle est de même configuration que celle située dans l'unité Daumézon.

A côté du lit, une ouverture vitrée munie d'un rideau permet au personnel depuis le bureau infirmier de surveiller l'intérieur de la chambre.

Au-dessus de la porte donnant sur le couloir est installée une horloge murale.

La fenêtre est doublée par une autre qui s'ouvre assurant ainsi une certaine ventilation.

L'aération de cette pièce est difficile ; il n'y a ni stores ni rideaux.

4.3.6 Le fonctionnement des unités Daumézon et Minkowski

Les unités d'hospitalisation Daumézon et Minkowski sont accessibles depuis la porte 25 située cours Emile Gilbert. L'unité Daumézon est au rez-de-chaussée, l'unité Minkowski, au premier étage.

Les portes des deux unités sont toutes deux maintenues en permanence **fermées**. Elles sont aussi indépendantes l'une de l'autre ce qui ne permet pas aux patients de l'unité Minkowski – les seuls dans ce cas dans tout l'hôpital – d'accéder librement à un patio. La galerie en coursive constitue le seul espace extérieur où il est possible de prendre l'air et de fumer. Toutes les personnes rencontrées se sont plaintes « d'étouffer » ou « d'être enfermées », sentiments renforcés par la frustration générée par la vue plongeante depuis la galerie sur les personnes de l'unité Daumézon profitant des charmes du patio.

Les patients ont la possibilité de sortir de leur unité entre 9h et 12h et entre 14h et 18h. Sans méconnaître les conséquences en termes de limitation de la liberté d'aller et de venir, les personnels rencontrés ont indiqué que cette organisation avait toutefois leur préférence : « cela permet de ne pas placer les malades en fonction de leur statut et de contrôler les éventuelles entrées intempestives dans le service » ; « il ne faut pas que les patients s'installent définitivement et notre système le leur fait comprendre » ; « la fermeture des unités est une protection dissuasive au regard de l'introduction d'alcool et de stupéfiants ».

Le jour du contrôle, aucun patient de l'unité Daumézon n'était interdit de sortie mais deux ne sortaient jamais ; pour l'unité Minkowski, huit patients – dont certains hospitalisés sous contrainte – sortaient seuls, sept sortaient accompagnés et deux, en début de séjour, n'en avaient pas le droit¹⁴.

En cas d'hospitalisation au-delà de la capacité d'une unité, les admissions sont régulées d'abord entre les deux unités, puis avec les autres unités du pôle, enfin avec les autres pôles. Les chambres d'isolement ne sont pas utilisées en cas de chambre indisponible.

Lors de la visite, l'unité Daumézon « hébergeait » pour la nuit deux patients d'autres unités, l'unité Minkowski, aucun. La chambre d'isolement de l'unité Daumézon était occupée par un patient du pôle Paris centre.

Pour l'année 2010, les chambres d'isolement des deux unités ont été utilisées à 85 % par des patients d'autres unités.

Les deux unités partagent les mêmes règles de fonctionnement et le même règlement intérieur, document signé en juin 2009 par le responsable de pôle et affiché dans le service et dans quelques chambres. Il n'existe pas d'autre livret d'accueil que celui de l'hôpital. Le règlement intérieur énumère sur un feuillet les sept points suivants : « Le tabac », « Boissons/nourriture », « Les repas », « Le téléphone », « Les visites », « Chambre » et « Effets personnels ».

Les portes des chambres sont en permanence maintenues ouvertes. En journée, les patients peuvent se reposer dans leur chambre. La nuit, les patients ont la possibilité de se rendre, notamment pour fumer, dans le patio ou sur la terrasse de la galerie. L'accès à la terrasse n'est libre que jusqu'à 22h30 ; au delà, les patients doivent solliciter le personnel pour s'y rendre.

Les repas des patients des deux unités sont pris dans la salle à manger du rez-de-chaussée où les patients de l'unité Minkowski sont amenés en groupe. Le service entre les deux unités est décalé de quelques minutes (entre vingt et trente minutes) permettant, selon certains témoignages recueillis, aux patients de l'unité Minkowski d'aller dans le patio, ce qui a été infirmé par d'autres indiquant que les personnes devaient attendre dans la pièce située à l'entrée de la salle à manger jusqu'à la fin du repas de l'ensemble des patients de l'unité. De la musique est diffusée pendant les repas.

¹⁴ L'un était en HL, l'autre en HO.

Les régimes alimentaires – médicaux et confessionnels – sont préparés en liaison froide et servis dans des barquettes en plastique, de même que les repas servis en chambre d'isolement avec couverts en plastique. Il a été indiqué que la sécurité alimentaire primait sur la qualité gustative des régimes.

Il n'est pas servi de goûter en milieu d'après-midi. Un yaourt, un biscuit et un fruit sont distribués à cet effet lors du petit déjeuner. Une tisane est servie en soirée, aux alentours de 22h30, avec la dernière distribution des médicaments.

Les patients ne participent à aucune tâche ménagère.

L'interdiction de fumer au sein des unités n'entraîne pas pour les contrevenants d'autre conséquence qu'un rappel de la part des soignants. Les patients placés en chambre d'isolement fument dans le sas en présence du personnel. Les patients achètent, éventuellement accompagnés, leur tabac à l'extérieur. Les personnels procèdent parfois eux-mêmes à l'achat. Il a été indiqué que la proportion de personnes dépourvues de ressources était de plus en plus importante, ce qui multiplie les sollicitations entre les patients et oblige certains à ramasser les mégots à même le sol. Le personnel se voit ainsi confier par des patients leurs cartouches de cigarettes pour échapper à la pression des autres.

Les règles contraignantes relatives à la gestion des biens des patients – délai de vingt jours pour disposer de son argent, présentation d'un document justifiant l'identité avec une photographie, risque de pas être en mesure de récupérer son dépôt au moment de la sortie – posent problème : soit les patients déposent leur argent et les difficultés pour le récupérer peuvent les rendre agressifs, soit ils le conservent et sont alors susceptibles d'être victimes de vol.

Le port du **pyjama** peut être prescrit sur le plan médical – notamment en tout début de séjour – comme cela était le cas lors de la visite pour un patient de l'unité Daumézon autorisé à sortir, à cette condition, dans le parc de l'hôpital. Le pyjama est imposé en chambre d'isolement.

Les **activités** sont prescrites par les médecins dans le cadre des ateliers d'ergothérapie organisées collectivement, le matin et dans le cadre de prise en charge individuelle, l'après-midi. Les supports utilisés sont, notamment, les arts plastiques, le visionnage de films, l'écriture et la lecture.

Les soignants et les soignés participent au jardinage du patio et au fleurissement de la galerie. Des achats de plantes et de fleurs ont été consentis. Un baby-foot a été installé sur la galerie.

Hormis les **réunions** soignants-soignés organisées périodiquement, une réunion sur l'état clinique des patients a lieu le mardi avec l'ensemble des deux unités. L'équipe soignante de l'unité Minkowski se réunit aussi le lundi pour échanger sur ses propres patients. Les questions liées au fonctionnement du service sont abordées à ces occasions.

Les transmissions entre les équipes soignantes se font tous les jours entre 6h50 et 7h, 13h45 et 14h30, 21h et 21h10.

Les locaux des deux unités n'ont pas été refaits depuis leur ouverture au début des années 1990. Au moment du contrôle des travaux étaient programmés, l'unité Minkowski devant être installée dans des locaux au rez-de-chaussée.

4.3.7 L'unité Marguerite Bottard

L'unité Marguerite Bottard est située dans la partie haute des bâtiments, non loin de la chapelle. On y pénètre par la porte 41 où est indiqué le nom de l'ancien médecin responsable. L'accès est **fermé**. Il s'agit d'une unité intersectorielle de quinze lits, dépourvue de chambre d'isolement pour des patients polyhandicapés.

Le **personnel** de l'unité comprend :

- le médecin responsable du pôle Paris 11 ;
- un praticien hospitalier, présent deux heures par semaine ;
- une infirmière, faisant fonction de cadre de santé ;
- 4 ETP d'infirmiers ; un poste est vacant ;
- 9 ETP d'aide-soignant, dont un est en congé longue maladie ;
- un éducateur spécialisé, dont l'activité s'effectue de 8h à 15h40 ;
- une psychomotricienne, présente trois heures par semaine, le mercredi matin ;
- une ergothérapeute prenant en charge trois patients le mercredi toute la journée ;
- il n'existe pas de kinésithérapeute.

Une réunion a lieu de 13h à 15h le mercredi pour les personnels et une le vendredi au même horaire pour évoquer la situation des patients.

L'admission des patients se fait sur demande des psychiatres des pôles Paris 11 et du 12^{ème} arrondissement de Paris. Les deux autres pôles n'ayant pas souhaité la création de cette unité n'y font pas admettre leurs patients.

La dernière intégration d'une patiente dans l'unité a eu lieu en novembre 2010. Il s'agissait d'une femme de 48 ans, antérieurement hospitalisée dans l'unité Jules Verne.

Il n'existe pas de liste d'attente mais du fait de l'effectif restreint, le médecin responsable ne pense pas possible de procéder à de nouvelles admissions, même si deux places sont encore disponibles.

Selon les informations recueillies, lors de l'ouverture de l'unité en 1995, un gros investissement avait été fait ; « c'était une vitrine du CHS ; progressivement c'est devenu moins prioritaire jusqu'à devenir un boulet ».

Depuis février 2010, l'unité a été rattachée au pôle Paris 11 et de ce fait, une stabilité a été observée sur le fonctionnement médical : antérieurement la responsabilité de l'unité « tournait » tous les deux ans.

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

- treize patients étaient hospitalisés : dix hommes et trois femmes ;
- un patient y était placé depuis l'ouverture, c'est-à-dire depuis 1995 ;
- le patient le plus âgé avait 66 ans, le plus jeune, 48 ans.

Les locaux de l'unité comportent :

- une salle à manger, d'une surface de 36m², équipée de trois tables rondes et d'une rectangulaire, de quinze chaises et d'une pendule. Deux patients prennent leur repas en fauteuil roulant, chacun a sa place déterminée par les soignants ;
- un office, jouxtant la salle à manger. Il permet de remettre en température les repas qui arrivent en liaison froide. Il est équipé de deux fours à micro-ondes, de quatre plaques électriques et d'un réfrigérateur contenant des aliments destinés aux patients : repas mixés du soir, yaourts, compotes... ;
- une salle de bains, comportant une baignoire et deux douches. La baignoire n'est pas fonctionnelle du fait que les autorisations ne sont pas toutes parvenues en matière d'hygiène et d'utilisation pour ce type de patients. Les deux douches sont séparées par un mur. l'une est équipée d'un rideau, mesure 1,15m de large, la seconde mesure 1,80m de large ; les deux sont dotées d'une chaise, d'un tabouret, d'une rampe et d'un tapis. Des casiers en plastique fermés comportant le nom de chaque patient contiennent les objets de toilette. Le local dispose de trois patères.

Selon les informations recueillies, deux patients sont prennent leur douche en même temps ;

- une douche sans rideau dont le carrelage et le plafond sont endommagés. Les produits d'hygiène sont enfermés dans une armoire ;
- un patio avec une terrasse carrelée sans abri. Il est meublé de tables de jardin, de cinq bancs et de chaises. Le jour de la visite des contrôleurs, malgré le temps ensoleillé et la température clémente, aucun patient ne s'y trouvait. Les patients peuvent s'y rendre sous la surveillance de soignants mais ils y font des « incursions » rapides pour revenir bien vite dans la salle de vie ;
- une salle de vie, équipée de fauteuils relax et d'un poste de télévision protégé par un écran de plexiglas ; lors de la visite, quelques patients étaient couchés par terre dans cette pièce ou dans le couloir d'entrée ;
- une salle d'activités, accessible par une grille fermée à clé en dehors des horaires de présence des soignants. Elle est équipée de deux gros ballons, de cerceaux, de plots, de coussins et de grands tapis destinés à l'activité menée par l'ergothérapeute et la psychomotricienne le mercredi avec trois patients. Lors de la visite, un malade jouait au *Scrabble™* avec une soignante ;
- une buanderie dotée d'un lave-linge qui n'est plus en état de fonctionnement et un sèche-linge qui devrait être réparé. Une odeur d'égout se dégage de ce local ;
- onze chambres à un lit dont trois ont été visitées par les contrôleurs :
 - la chambre n°13 mesure 5,80 m sur 2,50 m soit une surface de 14,5 m². Elle est équipée d'un lit avec liseuse, d'une table de chevet, d'une fenêtre dotée d'un rideau, d'un placard fermé à clé (dont seuls les soignants possèdent la clé). Elle dispose d'un lavabo doté d'un miroir ;

- la chambre n°27 mesure 5,25 m sur 2,55 m soit une surface de 13,38 m². C'est une chambre dont les peintures murales sont dégradées qui dispose d'un local sanitaire qui comporte un WC avec abattant, balayette, papier hygiénique, rampe et un lavabo doté d'un miroir, d'une tablette et d'un porte-serviette. La chambre est décorée par un dessin scotché au mur effectué par le patient;
- la chambre n°10 est décorée de photos d'animaux collées sur le mur ;
- deux chambres à deux lits dont une a été visitée, la chambre n°24, équipée de deux lits, deux armoires, deux tables de chevet, une douche, un lavabo et un WC.

Les toilettes des patients sont réalisées de 7h30 à 9h. Aucun patient n'est autonome pour cet acte.

Le petit déjeuner a lieu de 8h30 à 9h30, le déjeuner de 12h à 12h30, un goûter est servi de 15h30 à 16h et le dîner de 18h30 à 19h.

Les repas sont apportés de la cuisine en liaison froide ce qui est adapté au type de patients hébergés dans l'unité. Cependant le type de plats proposés ne correspondrait pas à l'état des patients : escalope sèche sans sauce, poisson grillé. Les soignants réclament depuis longtemps la possibilité de donner aux patients des « menus hachés spécifiques » offrant une grande variété de plats. Un marché serait à l'étude sur ce sujet et devrait pouvoir être concrétisé en septembre 2011 (cf. § 4.1.2).

Selon les informations recueillies, il est rare d'utiliser la contention physique mais un patient aurait eu récemment besoin d'injections intramusculaires quotidiennes durant quatre jours, pour le calmer.

« La violence ou l'agressivité des patients est complètement imprévisible mais on a remarqué qu'elle peut arriver dès qu'il y a un changement ». Du fait du manque d'infirmières, il est fréquent de recourir à des heures supplémentaires d'infirmières du pôle ou d'autres pôles ou d'appeler des infirmières de sociétés d'intérim. Même si ce sont souvent les mêmes infirmières, cela constitue des changements qui peuvent s'avérer difficiles à supporter pour ce type de patients.

Une infirmière organise une « activité perles » une fois par mois. Elle a eu lieu le 20 février, le 20 mars, n'a pas pu se tenir le 20 avril et il n'a pas été possible de préciser aux contrôleurs si elle serait organisée le 20 mai. Une psychomotricienne est présente trois heures par semaine, le mercredi matin, et une ergothérapeute prend en charge trois patients, le mercredi toute la journée.

Sur treize patients, trois sont capables de s'exprimer et reçoivent des appels téléphoniques, quatre ont des visites, un se rend à la chapelle régulièrement. L'un est fumeur : il lui est remis, toutes les heures dans la journée, une cigarette, allumée par un soignant et fumée dans le patio.

4.4 Le pôle du 12^{ème} arrondissement de Paris : secteurs 75 G 10 et G 11

Le pôle est né de la fusion de deux secteurs de psychiatrie adulte (75 G 10 et G 11). En 1990, ces deux secteurs disposaient de 144 lits d'hospitalisation à Esquirol. Le jour de la visite, il en comportait 63, répartis en deux unités d'admission, l'unité Ravel et l'unité Manet, et une unité de réhabilitation, l'unité Louise Michel. L'unité Royer-Collard comportant seize lits et une chambre d'isolement a dû être fermée en octobre 2010, faute d'effectifs suffisants.

De ce fait, les personnels ont été affectés sur trois unités au lieu de quatre et de plus, le nom des unités a changé :¹⁵

- L'unité Pinel est devenue l'unité Ravel ;
- l'unité Jean Delay s'appelle maintenant Manet ;
- l'unité Déjerine porte le nom de Louise Michel.

Les patients et le personnel ont du mal à s'y reconnaître : certains, parmi ces derniers, ont expliqué aux contrôleurs qu'« ils utilisaient des moyens mnémotechniques pour se rappeler les nouveaux noms »; les chariots portent encore les anciens noms.

Aujourd'hui, le pôle comporte 146 000 habitants. Il s'agit d'une population d'origines sociales variées avec des classes moyennes, des personnes habitant dans des HLM et celles gravitant de manière transitoire autour de la gare de Lyon.

Le pôle dispose à l'extérieur d'un centre médico-psychologique (CMP)/hôpital de jour et d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)/ hôpital de jour ainsi que de vingt-neuf places en appartements associatifs gérés par une association. Les patients sont également reçus en hôpital de jour au sein de l'unité Louise Michel.

Un centre d'accueil et de crise (CAC) est commun avec le pôle Paris 11.

Les admissions dans les unités Ravel et Manet se font par le service d'accueil des urgences (SAU) du CHU Saint-Antoine de Paris 11^{ème}, par le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de l'hôpital Sainte-Anne (Paris 14^{ème}), par l'infirmierie psychiatrique près la préfecture de police (Paris 14^{ème}), par les consultations des CMP ou par le centre de crise.

Selon les informations recueillies, il peut arriver qu'un adolescent soit accueilli dans le pôle : le centre d'accueil pour adolescents rattaché au secteur 94 I 02 n'accueillerait que des patients dans le cadre d'hospitalisations programmées, jamais en urgence.

4.4.1 Eléments communs aux unités du pôle

Il n'existe pas de protocole définissant la notification des droits. Un cahier retraçant les modalités de la notification dans les unités a été récemment mis en place au niveau de la zone administrative.

Selon les informations recueillies, il serait possible de recourir, le cas échéant, à un interprète pour procéder à cette formalité.

¹⁵ A l'entrée des unités, sur le plan se trouvant dans la cour d'honneur et dans le livret d'accueil, les unités portent encore les anciens noms et le nom des anciens médecins-chefs.

Les douches dont sont équipées certaines chambres, dont la chambre de soins intensifs, ne sont pas utilisables car l'eau déborde du cabinet de toilette jusque dans le couloir.

Les miroirs en métal, placés au-dessus des lavabos, renvoient aux patients une image déformée. Un stock de miroirs en verre est rangé dans la salle de réunions située dans la zone administrative. Une note du directeur en interdit la pose pour des raisons de sécurité.

Un miroir en métal est recouvert par une taie d'oreiller dans la chambre d'un jeune patient autiste car, selon le personnel, « il est terrifié par son image dans ce miroir ».

Le self est commun aux unités Ravel et Manet : il mesure 10,50 m sur 5,40 m, soit une surface de 56,7 m² et est équipé de douze tables avec quatre chaises chacune. La pièce dispose de huit fenêtres assurant une luminosité et une vue très dégagée.

Les activités d'ergothérapie sont organisées pour l'ensemble des patients du pôle dans une salle d'activité commune.

Les assistantes sociales (2,60 ETP) exercent leur activité sur les trois unités.

La porte communiquant entre les unités Ravel et Manet est ouverte jusqu'à 22h pour permettre la circulation des patients. Un projet de serrures interdisant la circulation des patients a été évoqué malgré l'opposition des deux cadres de santé concernés.

La porte d'entrée des unités Ravel et Manet est **fermée**. Une aide-soignante qui exerce son activité à 80 % et qui anime par ailleurs des activités pour les patients, est chargée de contrôler les accès de 9h à 16h30 et d'ouvrir la porte aux patients en HL ou qui ont l'autorisation de sortir. Elle dispose pour cela d'une feuille manuscrite, remise quotidiennement à jour. Lorsqu'elle n'occupe pas son poste, les patients doivent sonner pour entrer et demander à un soignant d'ouvrir la porte pour sortir.

Des personnels ont regretté que « malgré l'importance du trafic de cannabis dans l'hôpital, il n'y ait pas d'éducation à la santé sur ce sujet pour les patients très vulnérables à la prise de toxiques. »

4.4.2 L'unité Ravel

4.4.2.1 Présentation de l'unité

L'unité Ravel se trouve dans la partie haute de l'hôpital à gauche de la chapelle. On y pénètre par la porte 53. Elle portait antérieurement le nom de Pinel.

C'est une unité fermée de vingt lits, dotée d'une chambre d'isolement.

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

- dix-sept patients étaient hospitalisés : huit hommes et neuf femmes ;
- la chambre d'isolement était occupée par un homme admis le 10 mai 2011 en HO ;
- trois hommes et une femme étaient admis en HO ;
- un homme et quatre femmes étaient placés en HDT ;
- aucun patient n'était en sortie d'essai ;
- la plus longue hospitalisation en HL avait débuté le 31 mars 2011 ;

- la plus longue hospitalisation en HDT avait débuté le 31 mars 2011 ;
- le patient le plus âgé avait 71 ans, le plus jeune, 28 ans.

Le **personnel** de l'unité comprend :

- un psychiatre, praticien hospitalier responsable de l'unité présent six demi-journées par semaine ;
- un praticien hospitalier présent deux demi-journées hebdomadaires ;
- un assistant présent six demi-journées ;
- un cadre de santé ;
- treize infirmiers sur quatorze prévus à l'effectif ;
- une psychologue assurant des entretiens « à la demande » et présente le vendredi ;
- quatre aides-soignants dont un est en congé maladie depuis six mois ;
- 11,80 ETP d'ASH en commun pour les unités Ravel et Manet dont une est en congé maternité et un second en congé maladie ;
- une ergothérapeute et une psychomotricienne assurant une activité dessin-peinture le mardi de 10h à 12h ;
- une secrétaire.

4.4.2.2 Les locaux

L'unité Ravel comprend :

- trois chambres à un lit mesurant chacune 3,30 m sur 2,70 m, soit une surface de 8,91 m² ; deux d'entre elles sont dotées d'un cabinet de toilette avec lavabo, douche et WC, la dernière ne dispose que d'un lavabo et d'un WC ;
- cinq chambres à deux lits mesurant chacune 5,10 m sur 3,30 m, soit une surface de 16,83 m² ; deux d'entre elles disposent d'un cabinet de toilette avec douche, lavabo et WC ;
- deux « dortoirs » à trois lits mesurant chacun 5,10 m sur 3,90 m, soit une surface de 19,9 m² ; ils disposent d'un lavabo doté d'une tablette surmontée d'un miroir en métal ;
- une chambre d'isolement :
 - on y pénètre par une porte fermée à clé, dotée d'un oculus de 0,32 m débouchant sur un sas de 1,80 m sur 1,25 m. Une deuxième porte identique à la première, fermée à clé, permet d'arriver dans la chambre proprement dite ;
 - la chambre mesure 4,90 m sur 2,56 m, soit une surface de 12,54 m². Elle est équipée d'un matelas posé par terre, d'un seau hygiénique placé sous une alèse avec du papier hygiénique, d'une VMC, d'un détecteur de fumée et d'une fenêtre qui ne s'ouvre pas ;

○ une autre porte fermée à clé permet d'accéder à un local sanitaire de 1,90 m sur 1,60 m, soit une surface de 3 m². Il comprend une douche de 2 m sur 1 m, dotée d'une rampe, un lavabo, un WC avec abattant, papier hygiénique et un seau hygiénique. Les murs sont carrelés jusqu'à une hauteur de 1,80 m puis peints, le sol est carrelé. La pièce est chauffée par un radiateur. On peut accéder à ce local par une porte donnant dans la buanderie.

Selon les informations recueillies, cette douche n'est jamais utilisée car, à l'instar des douches situées dans les chambres des patients, elle déborderait dès qu'on l'utilise ;

- une buanderie ;
- une salle de bains avec baignoire ;
- une salle de télévision de 5,10 m sur 2,85 m, soit une surface de 14,53 m² ;
- un bureau médical ;
- une salle de détente pour les personnels ;
- un salon avec un *point phone* ;
- une pharmacie mesurant 3,10 m sur 3 m, soit une surface de 9,3 m² ;
- un bureau infirmier ;
- une lingerie pour le linge propre ;
- un local pour le linge sale ;
- une douche ;
- un patio mesurant 36,5 m sur 32 m, soit une surface de 1 168 m². Trois côtés sont entourés de colonnes (deux de dix, et l'autre de onze). Il est équipé de sept tables en aluminium de 1,20 m sur 0,79 m, de quatorze chaises, d'une table de ping-pong. Il est boisé, arboré (marronniers, résineux, arbustes à fleurs jaunes) procurant ainsi des zones d'ombre. Il offre une vue dégagée sur la banlieue parisienne, notamment Créteil.

4.4.2.3 Le fonctionnement de l'unité

Il n'existe pas de bouton d'appel dans la chambre d'isolement. « S'il frappe, on y va ». Selon les informations recueillies, la surveillance s'exerce au minimum quatre fois par jour.

Le patient, admis en HO le mardi 10 mai 2011 dans la nuit, n'avait pas eu la notification de ses droits le 12 mai, jour de la visite des contrôleurs. Il leur a été indiqué que l'état du patient nécessitait des renforts pour chaque entrée dans la chambre, soit trois fois par jour pour la prise du traitement et celle du repas. Le 18 mai, les contrôleurs ont rencontré ce patient en présence de deux infirmiers et d'une infirmière. Il n'avait pas été informé de son admission en HO et des voies de recours liées à cette situation. Il n'avait pas été vu par le médecin généraliste depuis son admission « *mais ses constantes étaient bonnes* ».

Les personnels ne portent pas de badge permettant d'identifier leur nom, prénom et fonction. Les patients appellent les soignants par leurs prénoms. Le tutoiement n'est pas utilisé.

A Ravel et Manet, le roulement prévoit que trois infirmiers et un aide-soignant soient présents le matin et l'après-midi. La nuit, un infirmier et un aide-soignant assurent le fonctionnement de l'unité.

Il existe une réunion clinique le vendredi matin de 9h15 à 9h45.

Le jour de la visite des contrôleurs, un patient était sous méthadone, aucun sous Subutex® et six, sous neuroleptique d'action prolongée (NAP).

Lorsqu'un patient a un problème d'addiction, le traitement est prescrit en concertation avec le centre spécialisé qui suivait le patient avant son hospitalisation. C'était le cas d'une patiente, sous méthadone au moment du contrôle, qui avait reçu, dès son arrivée, son traitement de substitution après contact avec le centre prescripteur.

Les traitements sont administrés à 8h, 11h45, 15h45, 19h45 et 22h. Les patients passent l'un après l'autre sans que la confidentialité et un temps spécifique à chacun soient respectés.

Les **activités** proposées aux patients sont les suivantes :

- piscine dans un bassin situé à Montreuil (Seine-Saint-Denis), le lundi de 12h à 15h pour six ou sept patients des deux unités Ravel et Manet ;
- marche à pied le dimanche pour cinq patients avec une infirmière ou huit patients si deux infirmières sont disponibles ;
- groupe de paroles avec la psychologue et une infirmière le vendredi de 14h45 à 15h45.

Les contrôleurs ont constaté que les personnels soignants ne portaient pas le dispositif de protection du travailleur isolé. Il a été rapporté que seuls les soignants de nuit s'en servaient.

4.4.3 L'unité Manet

4.4.3.1 Présentation de l'unité

L'unité Manet est située dans la partie haute de l'hôpital à gauche de la chapelle. On y pénètre par la porte 55. Elle portait antérieurement le nom de Jean Delay.

Elle comprend vingt-deux lits répartis en trois chambres individuelles, huit chambres doubles et un dortoir à trois lits. Elle dispose d'une chambre d'isolement.

Le jour de la visite des contrôleurs, le 12 mai 2011, la situation était la suivante :

- vingt patients étaient hospitalisés : treize hommes et sept femmes ;
- quatre patients passaient la journée dans les locaux dans le cadre d'une prise en charge de type « hôpital de jour » ;
- un patient occupait la chambre d'isolement pour un isolement médical de 24h, en raison d'une maladie contagieuse ;

- deux hommes étaient en HO ;
- sept patients étaient en HDT : quatre hommes et trois femmes ;
- six patients étaient en sortie d'essai d'HO, cinq en sortie d'essai d'HDT ;
- le patient le plus âgé avait 76 ans, le plus jeune, 20 ans.

Le **personnel** de l'unité comporte :

- un psychiatre, praticien hospitalier à temps plein, présent sept demi-journées sur l'unité ; il exerce le reste de son activité au CMP ;
- un assistant spécialisé en psychiatrie présent sept demi-journées ;
- deux psychologues assurant à eux deux une présence de quatre demi-journées ;
- un cadre de santé ;
- 12 ETP d'infirmiers avec un poste vacant ;
- 5 ETP d'aides-soignants
- une aide-soignante exerce son activité à 80%. Elle est notamment en charge de l'accueil de la porte d'entrée des deux unités Ravel-Manet ;
- 3,80 ETP d'ASH, une étant en congé de maternité ;
- une éducatrice ;
- une ergothérapeute.

4.4.3.2 Les locaux

Les locaux de l'unité comportent :

- une salle de soins, contenant la pharmacie, d'une surface de 16 m² ;
- une salle d'activités ;
- un salon mesurant 11 m sur 4,50 m, soit une surface de 49,5 m², équipé d'un poste de télévision avec deux télécommandes. Dans cette pièce se trouve le *point phone* ;
- un salon de télévision mesurant 3 m sur 2,40 m soit une surface de 7,2 m². Il est meublé de huit fauteuils, de douze chaises pliantes, de deux tables basses. La pièce sert de lieu pour des jeux de société : sur l'une des tables un puzzle est en cours ;
- le bureau du cadre de santé ;
- le bureau du médecin ;
- trois chambres à un lit mesurant chacune 3,30 m sur 2,70 m, soit une surface de 8,91 m² ;
- huit chambres doubles mesurant 5,10 m sur 3,30 m, soit une surface de 16,83 m² ;
- un dortoir à trois lits mesurant 5,10 m sur 3,90 m, soit une surface de 19,9 m² ;
- la chambre d'isolement :

- on y accède par une porte fermée à clé débouchant sur un sas qui conduit à une seconde porte fermant à clé menant à la chambre proprement dite. Elle mesure 4,90 m sur 3,90 m, soit une surface de 19,11 m². Elle comporte un matelas posé par terre, une VMC, un plafonnier, une bouteille d'eau en plastique de 1,5 litre, un seau et du papier hygiéniques posés sur une alèse ;
- un local sanitaire de 1,90 m sur 1,60 m, soit une surface de 3 m², lui est attenant : il comprend un WC qui n'est pas en état de fonctionnement, un lavabo et une douche dont l'eau coule sous la porte jusque dans le couloir. De ce fait ce local n'est pas utilisé.
- il n'existe pas de salon dédié aux visites des familles.

4.4.3.3 Le fonctionnement de l'unité

Selon les informations recueillies, lors de l'admission d'un patient, le livret d'accueil n'est pas systématiquement donné, surtout lorsqu'il s'agit d'une réhospitalisation. Le règlement intérieur de l'unité est en cours de validation.

Les personnels soignants portent des blouses sans badge indiquant leur nom, prénom et fonction. Les personnels soignants emploient le vouvoiement et appellent les patients par leur nom de famille précédé de Monsieur ou Madame. Les patients désignent les soignants par leur prénom.

Un atelier cuisine est organisé un vendredi par mois pour cinq patients qui préparent le repas et le dégustent ensuite.

Le 12 mai 2011, jour de la visite des contrôleurs, une activité « percussions » se déroulait dans le patio avec trois patients et une aide-soignante.

Les chambres ne sont équipées ni de verrous permettant aux patients de préserver leur intimité, ni de bouton d'appel. Chaque porte est munie d'un hublot de 0,32 m de diamètre dont une moitié est en verre opacifié, l'autre, transparente, est dotée d'un petit oculus avec un cache mobile.

A Ravel et Manet les patients ont accès aux douches de 8h à 12h et dans l'après-midi, à la demande.

Le jour de la visite, aucun patient ne recevait de traitement de substitution aux opiacés, quatre étaient sous neuroleptique d'action prolongée (NAP) et tous avaient une prescription d'un « hypnotique si besoin ». Selon les informations recueillies, pour aucun patient n'était rédigée une prescription anticipée de mise en chambre de soins intensifs. Plusieurs patients avaient une prescription d'un traitement injectable « en cas d'agitation ».

Des préservatifs sont donnés aux patients qui en font la demande. La contraception, préalable à l'admission, est systématiquement poursuivie par le médecin généraliste.

Une grande vigilance est apportée aux personnes vulnérables sur les relations sexuelles. Le président du conseil de surveillance a également indiqué sa vive préoccupation quant à la sexualité.

4.4.4 L'unité Louise Michel

4.4.4.1 Présentation de l'unité

L'unité Louise Michel s'appelait peu de temps auparavant « Déjerine ». Elle se situe au niveau du bâtiment bas, cours Emile Gilbert. On y accède par la porte 23.

Il s'agit d'une unité **ouverte** de 10h à 17h, comportant vingt et un lits, destinée à la réhabilitation de patients ayant déjà séjourné dans les unités Ravel ou Manet. Aucun patient n'y est admis directement.

Le projet est de parvenir à stabiliser des patients psychotiques chroniques afin de leur permettre de retourner à leur domicile ou d'être admis en maison de retraite ou dans une autre structure médico-sociale telle qu'un foyer d'accueil médicalisé (FAM), un appartement-relais ou une maison d'accueil spécialisée (MAS). Les patients peuvent également être placés en accueil familial thérapeutique.

L'unité accueille des patients en hospitalisation complète, en « hospitalisations séquentielles » dont la durée est prédéterminée : par exemple pour un week-end ou durant les congés de la famille d'accueil et en hôpital de jour.

L'unité comprend vingt et un lits répartis en huit chambres individuelles, deux chambres doubles et trois dortoirs à trois lits. Elle ne dispose pas de chambre d'isolement.

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

- seize patients étaient hospitalisés : neuf hommes et sept femmes ;
- un homme était admis en HO ;
- un homme et deux femmes étaient placés en HDT ;
- deux patients étaient en sortie d'essai d'HDT ;
- un patient était hospitalisé en HO depuis 1981 ;
- le patient le plus âgé avait 70 ans, le plus jeune, 32 ans.

Le jour de la visite, sept patients passaient la journée dans l'unité au titre de l'hôpital de jour du lundi au dimanche. Il s'agissait de patients habitant dans des appartements associatifs ou dans des hôtels situés à proximité ayant besoin de ce type de prise en charge.

Le personnel de l'unité comprend :

- un praticien hospitalier présent cinq demi-journées par semaine ;
- un autre praticien hospitalier vient le lundi et le vendredi après-midi dans l'unité pour suivre des patients dont il a la responsabilité depuis de nombreuses années (durant la visite, un en hospitalisation complète, les autres en hôpital de jour ou hospitalisations séquentielles) ;
- un cadre de santé ;
- une psychologue présente deux demi-journées, le lundi et le jeudi ;
- 5,80 ETP d'infirmiers pour 8 ETP prévus à l'effectif ;

- un éducateur spécialisé est théoriquement à l'effectif. En pratique il vient « sur demande » ;
- une ergothérapeute présente cinq demi-journées : mardi, mercredi toute la journée et jeudi matin ;
- 7 ETP d'aides-soignants ;
- 4,80 ETP d'ASH ;
- 0,25 ETP de secrétaire en cours d'installation.

4.4.4.2 Les locaux de l'unité

Les locaux de l'unité comportent :

- un bureau infirmier dépourvu de poste informatique ;
- un bureau pour le cadre de santé ;
- une salle de soins de 2,25 m sur 4,22 m, soit une surface de 9,49 m², ne permettant pas d'y installer une table d'examen. Selon les informations recueillies, les injections intramusculaires se pratiquent sur le patient se tenant debout ou dans sa chambre ;
- un bureau médical ;
- un espace d'attente équipé de dix fauteuils à la disposition des patients pour les entretiens avec le médecin, le cadre ou les infirmiers ;
- une salle d'activités – dont la porte reste ouverte en journée –, équipée d'une table ronde de 1,20 m de diamètre, de vingt chaises, de six fauteuils, d'un poste de télévision, d'une chaîne hifi d'une bibliothèque avec environ 250 livres, essentiellement des romans et des policiers, tous très anciens à l'exception de trois. Sur une table basse sont posés des journaux : « Elle » d'avril 2011, « Le courrier international » de mars 2011, « Spirou » et une pile de « Géo » datant de 1980. La pièce contient un chevalet avec un tableau réalisé par un patient. La pièce donne sur le patio. Elle est dotée d'une horloge en état de fonctionnement ;
- le couloir qui distribue les pièces dispose d'un tableau d'affichage où sont apposés : les menus de la semaine, la charte de la personne hospitalisée, la mission de la CRUQPEC, l'affichette annonçant la visite des contrôleurs du CGLPL, les horaires d'entraînement du football ;
- une salle de restauration qui est équipée de six tables rondes de 1,20 m de diamètre, de quatre chaises autour de chaque table, de dix-sept chaises installées le long des murs, d'un réchauffe-plat. Elle dispose d'une porte-fenêtre au milieu de la longueur encadrées par deux double-fenêtres de chaque côté donnant sur le jardin et quatre double-fenêtres de l'autre côté donnant sur une allée ;
- un WC pour les patients avec lavabo distribuant de l'eau chaude et froide ; la tablette est détériorée par des traces de cigarettes. Au-dessus, se trouve un miroir en métal. Les murs et les sols carrelés sont dégradés par l'humidité ;

- un WC pour les patients avec abattant, papier hygiénique et balayette. Ils sont communs aux hommes et aux femmes ;
- une salle de bains avec baignoire, douche et lavabo. Le lavabo est bouché. Selon les informations recueillies, un bon aurait été fait pour qu'il soit remis en état de fonctionnement. Le sol de la pièce est dégradé par l'humidité.

Dans des armoires se trouve la réserve des produits d'hygiène pour les patients n'en disposant pas : savons, déodorant, dentifrice, mousse à raser, rasoirs jetables, gel pour les cheveux, shampooing, bâtonnets ouatés et un dépôt de vêtements ;

- une seconde salle de bains avec un lavabo, un fauteuil, une tablette avec au-dessus, un miroir en métal, un distributeur d'essuie-mains, une boîte à gants ;
- un bureau pour la secrétaire qui exercera son activité dans l'unité à 25% est en cours d'installation ;
- des vestiaires ;
- un local de rangement ;
- un local de douche mesurant 1,50 m sur 1,45 m, soit une surface de 2,17m², équipé d'un fauteuil et d'une chaise en métal, deux patères, trois rampes, une poubelle et un verrou. Le sol est carrelé ainsi que les murs jusqu'à une hauteur de 2 m. Au-dessus, la peinture est dégradée par l'humidité ;
- les chambres :

- la chambre individuelle n°13 mesure 3 m sur 2,70 m, soit une surface de 8,1 m². Elle est équipée d'un lit avec liseuse et prise électrique, d'une table de chevet de 0,42 m sur 0,35 m, d'une table de 0,89 m sur 0,59 m, d'une chaise. Derrière une porte, ayant l'apparence d'un placard, se trouve un lavabo doté d'une tablette de 0,59 m sur 0,12 m avec un miroir en métal et un néon.

Des étagères situées en hauteur sont inutilisées car inaccessibles sans monter sur un siège. Un placard est situé à côté de la porte attenante au lavabo.

La fenêtre, donnant sur le patio, peut être ouverte par un soignant ;

- la chambre individuelle n°15 dispose de deux placards ;
- la chambre individuelle n°14 a des étagères situées en hauteur comme dans la chambre n°13. Ici, elles sont utilisées, car le patient est grand ;

- la chambre n°1 est un dortoir à trois lits mesurant 5,7 m sur 4,05 m, soit une surface de 23,08 m². Elle dispose de quatre fenêtres dont trois sont dotées de voilages n'occultant pas la lumière. De ce fait la pièce est très lumineuse. Elle ne dispose ni de stores, ni de volets. Un des occupants a relaté aux contrôleurs que « les rayons du soleil lui faisaient peur ». La chambre est meublée de trois lits avec trois liseuses et trois prises électriques, trois tables de chevet, trois placards, deux tables avec tiroirs, deux chaises, un lavabo doté d'un miroir en métal et un radiateur.

Selon les informations recueillies, le radiateur serait insuffisant l'hiver pour parvenir à chauffer cette pièce avec ses fenêtres dont l'étanchéité laisserait à désirer.

- un WC, propre, situé en face des deux dortoirs avec abattant et balayette, ne disposant pas de papier hygiénique ;
- un WC, propre, avec abattant, balayette et papier hygiénique ;
- un lavabo dont la tablette est marquée par des brûlures de cigarettes ; un distributeur à essuie-mains est vide ;
- une douche.

4.4.4.3 Le fonctionnement de l'unité

Comme l'unité Louise Michel est ouverte, les patients préviennent un soignant de leur sortie et de leur retour.

Une réunion clinique a lieu le lundi de 10h à 12h.

Une réunion soignants/ soignés se fait « s'il y a un fait important qui se produit dans l'unité ».

Selon les informations recueillies, « le temps médical serait insuffisant par rapport aux objectifs de l'unité : les patients sont vus toutes les trois semaines voire tous les deux mois ».

Sur les seize patients hospitalisés, le jour de la visite :

- un patient en HO ne veut pas sortir de l'unité ; il y est hospitalisé depuis trente ans ;
- quatorze se rendent seuls en ville ;
- quatre vont à la messe.

Les patients peuvent se rendre aux douches librement de 8h à 21h.

Les **activités** proposées aux patients dans l'unité sont les suivantes :

- « réhabilitation des compétences » le mardi de 10h30 à 11h30 ; cette activité a repris le 26 avril 2011 et concerne trois patients ;
- réunion sur l'actualité de la semaine le mercredi après-midi qui intéresse entre quatre et huit patients ;
- peinture « à la demande », animée par une aide-soignante ;

- football depuis le 28 avril ;
- jardinage durant le week-end.

Chaque patient possède le planning de ses activités afin d'avoir ses repères dans la semaine.

Dès que l'état du patient le permet, il est organisé une prise en charge sur l'extrahospitalier avec des aménagements avec l'hôpital de jour.

Le projet du service n'est pas formalisé.

Plusieurs soignants entendus par les contrôleurs ont indiqué qu'ils souhaitaient que « le projet de l'unité Louise Michel s'inscrive dans le projet du pôle, que des critères d'admission soient définis et que des réunions se tiennent pour donner un sens à leur travail ».

« Actuellement, nous avons le sentiment douloureux de donner l'image d'un pavillon de chroniques ».

4.5 Le pôle 94 G 16

Le pôle 94 G 16 se situe dans la partie haute de l'hôpital, à droite en venant de la chapelle. Les accès entre les deux unités sont libres et peuvent être fermés pour empêcher un patient estimé très difficile de circuler en dehors de son unité.

L'accueil du pôle avec les bureaux médicaux et administratifs se situe à la porte 39.

Le pôle est le seul de l'hôpital à couvrir des communes du Val-de-Marne : Saint-Maurice, Charenton-le-Pont, Alfortville et Saint-Mandé soit une population de 96 500 habitants.

Le pôle dispose :

- d'un CMP à Charenton le Pont, ouvert du lundi au vendredi de 9h à 20h et le samedi et dimanche de 9h à 17h ;
- d'un hôpital de jour à Alfortville, du lundi au vendredi de 9h à 16h40 ;
- d'une unité mobile d'accueil et d'accompagnement de la crise qui peut être saisie aux horaires d'ouverture de l'hôpital de jour et, en dehors de ces horaires, à ceux du CMP de Charenton-le-Pont.

Ce pôle se caractérise par le fait que l'ensemble des structures extrahospitalières ainsi que les partenaires se trouvent à proximité immédiate des unités d'hospitalisation.

La population du secteur est composée d'un habitat aisé, de logements à caractère social et par la présence de nombreux hôtels et de foyers sur la commune d'Alfortville où sont hébergés des patients venant parfois de Paris.

Le pôle est constitué de deux unités équivalentes : l'unité Cézanne et l'unité Matisse.

Pour une première admission, chaque unité reçoit à tour de rôle le nouveau patient et assure ensuite sa prise en charge. En cas de réhospitalisation, l'admission du patient se fait dans l'unité où il a été précédemment soigné.

En mars 2010, le pôle a décidé **d'ouvrir les portes** des deux unités de 10h à 18h.

Cette décision a été actée par les diverses instances de l'établissement.

Les deux unités sont reliées dans l'espace et ont un fonctionnement commun dans plusieurs domaines. Cependant chacune est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier temps plein qui n'a pas les mêmes types de prises en charge, ce qui induit un fonctionnement différent pour les patients.

Une réunion commune aux deux unités, appelée « flash », a lieu tous les matins pour faire un point rapide sur la situation de tous les patients, sauf le jeudi à 9h30 où se déroule une réunion médicale.

Une réunion soignants-soignés a lieu le mercredi de 10h à 10h45 pour les deux unités.

Une réunion avec les familles des patients est proposée le deuxième vendredi de chaque mois de 15h à 16h au CMP d'Alfortville. Le chef du pôle les reçoit avec une psychologue du service. Trois ou quatre familles se rendraient à cette réunion.

Une réunion des structures extrahospitalières se fait une fois par semaine à l'hôpital de jour le jeudi matin et le vendredi matin au CMP. On y aborde la situation des patients qui viennent d'être hospitalisés et de ceux dont l'état se dégrade et qui pourraient être admis prochainement.

Un séminaire clinique se fait en commun avec le pôle de psychiatrie infanto-juvénile. Il porte alternativement sur un cas d'enfant et d'adulte ; le prochain était programmé le 16 juin suivant à propos d'un patient adulte.

Le pôle 94 G 16 a proposé depuis la fusion avec l'HNSM d'intervenir dans le cadre de « la psychiatrie de liaison » dans tous les services.

Un projet d'unité mobile de géronto-psychiatrie a été établi avec les praticiens exerçant en gériatrie et en réadaptation. Il s'agit d'intervenir dès la fin de 2011 au domicile des personnes âgées et dans les maisons de retraite afin d'éviter les hospitalisations en psychiatrie.

Une réunion de pôle est organisée tous les ans : la dernière a eu lieu le 8 juin 2010 ; la date de la prochaine doit être programmée en juin 2011. Elle aura notamment pour ordre du jour le bilan de l'ouverture des portes. Selon les informations recueillies, « il y aurait eu paradoxalement une diminution du nombre des fugues ». Une fugue a été signalée aux contrôleurs : elle a concerné un patient, hospitalisé en HO dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale. Ce patient, en fin de peine, ne pensait pas que sa place était en hôpital psychiatrique. L'équipe soignante avait jugé qu'il aurait dû retourner en maison d'arrêt car le diagnostic ne permettait pas d'envisager une HO ; la personne détenue n'a pas attendu le retour en prison et a fugué...

Chaque patient a un psychiatre référent qui lui explique son mode d'hospitalisation et définit avec lui son « contrat de soins ».

Tous les postes médicaux sont pourvus dans les deux unités.

A l'unité Matisse, la cadre supérieur de santé fait fonction de cadre de santé depuis décembre 2010. Elle espère un recrutement en septembre 2011.

Un médecin du pôle est présent tous les samedis matins pour les deux unités.

Des agents sont communs pour le pôle :

- 5,50 ETP de secrétaires ;
- 4,60 ETP d'assistante sociale ;
- 7,80 ETP d'ASH.

Les chambres étant munies de verrous intérieurs, les patients peuvent s'y reposer en journée et s'y enfermer de jour comme de nuit. La nuit, les patients ont la possibilité de sortir de leurs chambres notamment pour fumer dans le patio.

Les repas des deux unités sont pris dans un self commun situé au sein de l'unité Matisse.

Fumer est interdit dans les chambres et n'est autorisé que dans le patio ou à l'extérieur. Il n'est pas prévu de sanction systématique en cas de non respect. Cela est repris avec le patient. En cas de réitération, l'accès à la chambre peut être interdit au patient.

La gestion du tabac est libre. Si un patient n'a pas l'autorisation de sortir seul, les soignants peuvent l'accompagner acheter du tabac ; par ailleurs, les patients s'organisent entre eux, ce qui peut donner lieu à des trafics.

Si un patient n'a aucune ressource, les soignants tentent d'obtenir de l'aide auprès des assistantes sociales.

Un patient dont la situation administrative complexe a été rencontré par les contrôleurs: il s'agit d'un réfugié turc, hospitalisé en HO, pour lequel le service a tenté d'obtenir une nouvelle carte de séjour. Son état nécessitant un accompagnement de deux soignants pour chaque déplacement à la préfecture, les démarches n'ont pu être poursuivies. Il est actuellement sans titre de séjour.

4.5.1 L'unité Cézanne

4.5.1.1 Présentation de l'unité

L'unité comprend seize lits répartis en trois chambres individuelles, deux chambres doubles et trois « dortoirs » à trois lits.

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

- dix-neuf patients étaient hospitalisés : neuf hommes et dix femmes ;
- la chambre d'isolement n'était pas occupée ;
- trois hommes et une femme étaient admis en HO ;
- un homme et quatre femmes étaient placés en HDT ;
- trois patients étaient en sortie d'essai d'HO ;
- trente et un patients étaient en sortie d'essai d'HDT ;
- le patient le plus âgé avait 70 ans, le plus jeune, 26 ans.

L'équipe de l'unité comprenait :

- un psychiatre, praticien hospitalier, présent cinq demi-journées par semaine ;
- une assistante, en congé maternité, présente habituellement huit demi-journées par semaine. Elle était remplacée par une assistante qui prenait ses fonctions le jour de la visite des contrôleurs ;
- un cadre de santé ;
- 8,15 ETP d'infirmiers et 2 infirmiers de nuit ;
- 4 aides-soignants et 2,5 ETP de nuit ;
- 0,5 ETP d'éducateur ;
- un ergothérapeute ;
- 0,5 ETP de psychomotricien.

4.5.1.2 Les locaux

Les locaux de l'unité comportent :

- un bureau infirmier avec un poste informatique. Il comporte un tableau indiquant le nom et la situation de tous les patients présents dans l'unité ; comme il peut se refermer, il assure la confidentialité vis-à-vis des personnes passant dans le couloir. Il est situé face à la porte d'entrée ;
- une chambre de soins intensifs située en face du bureau infirmier, inoccupée le jour de la visite. Elle comporte :
 - un sas de 2 m sur 1,23 m qui permet de pénétrer dans la chambre par une porte fermée à clé, dotée d'un oculus de 0,33 m sur 0,24 m. Une autre porte identique donne dans le couloir. Le règlement intérieur est apposé dans le sas ;
 - la chambre proprement dite mesure 3,69 m sur 2,55 m, soit une surface de 9,40 m². Elle est équipée d'un lit scellé sur lequel est déposé un pyjama, deux draps et une couverture, d'une fenêtre de 3 m sur 1,22 m qui ne s'ouvre pas (dont une partie est constituée de verre cathédrale sur une hauteur de 0,70 m). Un radiateur encastré, « brinquebalant », assure le chauffage de la pièce qui est peinte en blanc ivoire. S'y trouvent un détecteur de fumée, une VMC et un plafonnier à commande extérieure.

La pièce est claire.

 - un local sanitaire de 2,30 m sur 1,16 m soit une surface de 2,66 m² comportant un lavabo avec tablette (sur laquelle sont posés des gants, des alèses), un urinoir, un WC avec abattant doté de papier hygiénique et d'une balayette. Un sac poubelle est accroché à une rampe. La pièce est éclairée par un néon situé au-dessus du lavabo et par un plafonnier ;
- un autre local sanitaire revêtu d'un carrelage marron foncé jusqu'à une hauteur de 1,47 m. Il se compose :

- d'une douche entièrement carrelée, dépourvue de rideau dont le bac carré mesure 0,65 m de côté, disposant d'une rampe et d'un verrou ;
- deux WC propres, séparés, avec rampe et balayette ;
- un lavabo distribuant de l'eau chaude et froide doté d'un miroir et de savon ;
- une salle de bains avec baignoire ;
- une lingerie pour le linge propre avec réserve de draps. Il a été fait mention que « depuis environ 2003, l'hôpital ne fournit plus aux patients de peignoirs de bain, ce qui faisait partie intégrante des soins ». Un lave-linge vient d'être mis en service pour les deux unités. Le sèche-linge qui ne fonctionne plus, n'a pas été remplacé ;
- les chambres : les contrôleurs ont visité les trois chambres suivantes :
 - la chambre n°15, chambre individuelle « médicalisée ». Elle mesure 5,54 m sur 2,70 m soit une surface de 14,95 m². L'équipement comprend : un lit médicalisé, une table de chevet, un placard ayant un côté penderie et l'autre des étagères, une table, une chaise, une fenêtre dépourvue de rideaux. Les peintures murales sont dégradées. Le sol en linoléum ne permet pas un nettoyage de bonne qualité (selon les informations recueillies).

Elle dispose – dans un local sanitaire de 2,20 m sur 1,25 m soit 2,75 m² – d'un WC avec papier hygiénique, rampe et balayette, d'un lavabo avec porte-savon, porte-serviettes, tablette et miroir. Les murs du local sont peints, le sol, carrelé. L'éclairage est assuré par un plafonnier et un néon situé au-dessus du lavabo ;
 - la chambre à trois lits n° 14 mesure 6,80 m sur 5,60 m soit une surface de 38 m². Elle est équipée de trois lits individuels avec liseuses, trois tables de chevet, deux tables, deux chaises, deux placards simples et un double placard, ainsi qu'une poubelle. Elle est dotée d'une fenêtre dépourvue de rideaux.

Trois portes donnent respectivement accès à un WC, à un lavabo et à une douche carrelée avec deux patères, un porte-serviette et une chaise. Ce local est dégradé du fait de l'humidité.

Chaque local, doté d'un verrou, peut être occupé simultanément par les occupants de la chambre ;
 - la chambre n° 18 mesure 7 m sur 4,80 m soit une surface de 33,6 m².

4.5.1.3 Le fonctionnement de l'unité

Une réunion de synthèse a lieu tous les jeudis de 14h à 15h30.

Lors du « flash » du matin, les patients jamais suivis sont attribués à l'un des médecins à tour de rôle.

La notification des droits des patients admis en HO ou en HDT est faite par le cadre de santé. Elle lui fait signer le document et lui en remet un exemplaire. En son absence, cette procédure n'est pas organisée : « il arrive que l'arrêté traîne dans le bureau infirmier en attendant que le médecin se décide à le remettre..., cela peut prendre plusieurs jours ».

Dès que le service des admissions fait parvenir le document, la cadre va le faire signer au patient, même s'il se trouve en chambre d'isolement. Selon les informations recueillies, si le patient est admis un vendredi après-midi, le document ne parviendra pas dans l'unité avant le premier jour ouvré suivant.

Le jour de la visite des contrôleurs, sur les seize patients présents, quatorze avaient le droit de sortir ; deux patients, admis le matin même en HDT n'avaient pas la permission de sortir. Cette interdiction sera revue tous les jours en fonction de l'amélioration de l'état clinique.

Le règlement intérieur est affiché dans toutes les chambres sauf trois (n°17, 20 et 21).

Aucun patient ne prenait un traitement de substitution pour les opiacés, huit étaient sous neuroleptique d'action prolongée.

4.5.2 L'unité Matisse

L'accès à l'unité Matisse s'effectue par la porte 37.

L'unité se présente sous la forme d'un premier « L » encadrant le patio de l'unité Matisse avec, d'une part, la salle de détente des personnels et la salle d'ergothérapie et, d'autre part, le self commun aux deux unités. Un second « L » dont les couloirs mesurent respectivement 26 m et 37 m de long et 2 m de large encadre le patio de l'unité Cézanne. Il dessert les chambres, les sanitaires communs, la salle de télévision, la lingerie, le local pour le linge sale, le bureau médical et celui des infirmiers.

La salle de détente du personnel se trouve excentrée du lieu de vie des patients et le personnel se retrouve plus facilement dans le self. Les patients de l'unité Cézanne doivent traverser l'unité Matisse pour rejoindre le self. Les patients de l'unité Matisse doivent traverser le self pour se rendre dans leur patio. Le self n'est pas accessible aux heures de nettoyage. De fait, le patio de l'unité Matisse est peu utilisé et les patients des deux unités se concentrent dans le patio de l'unité Cézanne.

Le jour de la visite des contrôleurs, le 12 mai 2011, la situation des **patients** était la suivante :

- neuf patients étaient hospitalisés : deux femmes et sept hommes ;
- un patient occupait la chambre de soins intensifs pendant 24 h du fait d'une maladie contagieuse ;
- aucun patient n'était en HO ;
- quatre patients étaient en HDT : une femme et trois hommes ;
- trois patients étaient en sortie d'essai d'HO et onze patients en sorties d'essai d'HDT ;

- le patient le plus âgé avait 62 ans et le plus jeune, 23 ans ;
- la plus longue hospitalisation en HDT avait débuté le 1^{er} janvier 2011 ;
- la plus longue hospitalisation en HO avait débuté le 31 décembre 2009.

En réalité trois personnes sont là depuis 1983 mais le changement de régime d'hospitalisation ou une sortie sans permission les inscrit comme nouveau patient.

L'équipe de l'unité comprend :

- deux psychiatres présents l'un six demi-journées et l'autre sept demi-journées par semaine ;
- un interne, présent sept demi-journées ;
- un cadre de santé dont le poste est vacant depuis décembre 2010 et dont le remplacement est prévu pour septembre 2011. Les fonctions sont assurées par le cadre supérieur de santé ;
- 0,50 ETP de psychologue ;
- 8,30 ETP d'infirmiers ;
- 4 ETP d'aides-soignants ;
- 4 ETP d'ASH ;
- 0,5 ETP éducateur ;
- 0,5 ETP d'assistant social ;
- 1 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,5 ETP de psychomotricien dont le poste est vacant ;
- 2,90 ETP d'infirmiers pour la nuit ;
- 2 ETP d'aides-soignants pour la nuit.

4.5.2.1 Les locaux

▪ Les chambres

L'unité comprend dix-neuf lits répartis en quatre chambres à un lit dont un lit médicalisé, quatre chambres à deux lits, deux chambres à trois lits et une chambre de soins intensifs. Les chambres sont réparties le long de deux couloirs dont l'un et avec les chambres y adossées ont été refaites tandis que l'autre et les chambres y adossées sont vétustes.

Chaque chambre comprend un local sanitaire comportant un WC, un lavabo et un miroir à l'exception d'une chambre à trois lits qui n'est pourvue que d'un lavabo et d'un miroir enfermé dans un placard à l'intérieur de la chambre. Les miroirs sont déformants. Deux chambres comportent des rideaux occultant. Les autres chambres n'en comportent qu'en partie ou pas du tout. Quatre chambres donnent sur une allée de l'hôpital, leurs fenêtres ne sont pas munies d'adhésif occultant ce qui ne préserve pas l'intimité des patients d'un regard extérieur. Il n'y a pas dans chaque chambre autant de bureau, chaise, table de chevet que de lits, mais chaque patient y dispose d'une armoire fermée à clef. Toutes les portes des chambres comportent un oculus de 25 cm sur 35 cm.

Une chambre à un lit mesure 2,60 m sur 2,90 m soit une surface de 7,54 m² avec un espace sanitaire de 1,60 m sur 1,35 m soit une surface de 2,18 m².

Une chambre à trois lits a une surface de 19 m² tandis que l'autre chambre à trois lits a une surface de 24,75 m². Un des lits y est caché par une cloison. Le service évite d'utiliser ces deux chambres du fait de leur mauvais état. Cependant, le jour de la visite, un patient y dormait.

La chambre de soins intensifs

Elle mesure 2,50 m sur 2,50 m, soit une surface de 6,25 m². Elle est équipée d'un lit scellé au sol, d'une fenêtre pouvant être occultée à la demande du patient par un volet extérieur. La chambre se ferme par une serrure à trois points. Elle est précédée d'un sas qui donne sur une salle d'eau comprenant un WC, un lavabo, un miroir et deux barres d'appui. L'espace sanitaire mesure 1,45 m sur 1,42 m soit une surface de 2,05 m². On accède à ce sas par une porte fermée à clé. Les deux portes sont équipées d'un oculus de 25 cm sur 35 cm. La pièce est claire et la fenêtre donne sur le patio de l'unité Matisse.

▪ Les sanitaires communs comportent :

- une salle de bains avec une baignoire et un lavabo d'une surface de 2,96 m² ;
- une salle de bains avec une douche, un lavabo et un fauteuil d'une surface de 4 m² ;
- deux douches de 1,60 m sur 0,65 m soit une surface de 1,04 m² sont desservies par un même palier de 1 m sur 1,60 m ce qui ne permet l'utilisation que d'une douche à la fois pour préserver l'intimité du patient. Il y a des traces de rouille sur l'encadrement de la porte d'une des douches et au sol. Un drap est étendu au sol pour contenir les débordements d'eau ;
- deux WC, communs aux hommes et aux femmes, sans lavabo d'une surface de 1,80 m².

L'ensemble des sanitaires communs est vétuste. Les patients en ont fait la remarque aux contrôleurs.

▪ Les locaux communs :

- une salle de télévision mesurant 4,50 m sur 5,20 m, soit une surface de 23,40 m², équipée de six chaises, d'une table, de

quatre fauteuils et d'une armoire avec quelques jeux (*Scrabble™*, jeu de dames, *Qui veut gagner des millions™*, jeux de cartes) dont certains sont incomplets et une centaine de livres variés. La pièce dispose de deux fenêtres dont l'un des volets roulants est à moitié descendu et cassé. La pièce n'est pas un lieu de passage, ce qui préserve la tranquillité de ceux qui s'y trouvent ;

- la salle à manger mesure 9 m sur 4,50 m soit une surface de 40,5 m². Il s'y trouve six tables rondes de 1,20 m de diamètre, deux tables rectangulaires de 1,20 m sur 0,80 m, quatre chaises par table et cinq fauteuils le long des murs. Un livre d'or sur lequel est écrit « notez vos suggestions sur les repas » est à disposition des patients. Une personne au régime a écrit qu'il n'y avait pas de « rabe » et les autres patients que parfois « c'était très bon, parfois très mauvais ». On y trouve également une boîte à idées dans laquelle ont été mis des mots de remerciements des patients à l'égard de « la gentillesse du personnel » ;
- la salle d'ergothérapie se présente comme une grande pièce séparée en trois parties de 11 m de long et de 6 m puis 4 m puis 7 m de large soit une surface de 187 m². Le couloir qui y accède est dégradé avec du papier qui se décolle et pend le long du mur ;
- le patio d'une surface identique aux autres patios comporte sept bancs, quatre tables, quinze chaises, un baby-foot et une table de ping-pong ;
- le bureau des infirmiers donnant sur l'entrée de l'unité ;
- la salle de soins mesure 4,60 m sur 2,60 m, soit une surface de 11,96 m² ;
- le bureau médical ;
- les locaux pour le linge propre et le linge sale.

4.5.2.2 Le fonctionnement de l'unité

En plus des réunions communes aux deux unités, une réunion de synthèse a lieu tous les mardis de 14h à 15h30. De l'écoute du personnel, il est ressorti une grande satisfaction du fait « d'un projet de service associant tout le monde et réellement centré autour du patient et de son devenir ». L'ensemble du personnel et des patients entendus ont fait part de l'apaisement que l'ouverture de l'unité avait procuré dans la vie quotidienne.

Aucun patient n'est sous Subutex® ou méthadone, six patients sont sous neuroleptique d'action prolongée (NAP).

Trois patients ont été entendus et ont déclaré être très satisfaits des conditions de leur séjour. Ils ont souligné la gentillesse du personnel et l'un a émis le souhait que « le personnel soit mieux formé à parler aux patients lorsqu'il va mal et à savoir parler d'autre chose que la maladie quand cela va mieux ».

Des **activités** au sein de l'atelier d'ergothérapie ou des sorties sont proposées tous les matins et après-midis pour une durée d'activité comprise entre une et deux heures, soit :

- lundi de 10h30 à 12 h : atelier d'ergothérapie et de 15h à 16h30 : balnéothérapie ;
- mardi de 10h15 à 11h15 : atelier corporel non assuré du fait du poste vacant en psychomotricité et remplacé par un atelier d'ergothérapie également proposé de 15h30 à 17h ;
- mercredi de 10h à 10h30 : réunion soignants-soignés suivie jusqu'à 12h d'un atelier d'ergothérapie. De 15h à 16h écoute musicale et une semaine sur deux : sortie exposition, balade, cinéma ;
- jeudi de 10h30 à 12h : atelier d'ergothérapie ou groupe plein air et atelier de 15h30 à 17h ;
- vendredi de 10h30 à 12h : groupe modelage et atelier de 14h à 16h.

Le nombre de patients lors des activités n'est pas limité et les ergothérapeutes des deux unités travaillent systématiquement ensemble.

4.6 La psychiatrie infanto-juvénile

Trois pôles de psychiatrie infanto-juvénile sont rattachés à l'établissement : le pôle Paris centre-Est correspondant au secteur parisien 75 I 01, les pôles 94 I 02 et 94 I 03/04 couvrant des communes du Val-de-Marne.

Le pôle 94 I 02 dispose notamment d'un centre communautaire d'accueil et de soins pour les jeunes de 12 à 18 ans de sept places, situé sur la commune de Montreuil (Seine-Saint-Denis). Selon les informations recueillies, cette structure n'accueillerait que des patients dans le cadre d'hospitalisations programmées et jamais dans le cadre d'hospitalisations sous contrainte.

Les autres pôles ne proposent que des prises en charge dans des structures extra hospitalières.

De ce fait, il peut arriver qu'un jeune patient mineur soit admis dans les unités de soins destinés aux adultes.

Le service des admissions n'a pu fournir aux contrôleurs leur nombre pour l'année 2010.

4.7 L'hospitalisation des personnes détenues.

L'hôpital n'admet pas en principe de patients détenus – incarcérés dans le Val-de-Marne (maison d'arrêt de Fresnes et centre de semi-liberté de Villejuif) ou à la maison d'arrêt de Paris La Santé – en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale. Le cahier comprenant les procédures d'admission (cf. *supra* § 3.1.1) ne mentionne pas ce cas de figure.

Toutefois, en 2010, une personne provenant de la maison d'arrêt de Fresnes a été hospitalisée, quelques jours avant la fin de sa peine, dans l'unité du secteur dans lequel elle était domiciliée. Elle a été placée dans une chambre d'isolement.

5- LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS.

Les taux d'occupation relevés dans les quatre pôles indiquent qu'il n'existe pas de suroccupation dans l'établissement :

pôles	Taux occupation 2009	Taux occupation 2010
Paris centre	98%	84%
Paris 11	95%	94%
Paris 12	82%	89%
94 G 16	94%	88%

La politique est d'admettre tous les patients orientés à Esquirol. Selon les informations recueillies, il arrive que, faute de place, des patients d'autres hôpitaux soient admis à Esquirol. Il s'agit essentiellement de patients provenant du CHU Henri Mondor - Albert Chenevier de Créteil, du centre hospitalier Paul Brousse à Villejuif (Val-de-Marne) et du centre hospitalier Paul-Guiraud-Villejuif.

Si le patient est déjà connu, il doit être admis dans l'unité où il a déjà reçu des soins afin que la continuité de sa prise en charge puisse être assurée. Si aucun lit n'est disponible dans l'unité, on recherche un lit dans une unité du même pôle, puis dans un autre pôle.

Dans le cas où le patient n'est pas hospitalisé dans l'unité dont il dépend, il est simplement hébergé dans l'unité d'accueil : il y dort mais prend ses repas dans son unité d'origine. Ainsi, si ce patient souhaite se reposer dans la journée, il ne dispose pas de lit et doit s'allonger sur les fauteuils d'une salle commune ; il ne peut pas retourner dans l'unité d'hébergement pour une sieste.

Des personnels soignants ont déclaré aux contrôleurs qu'ils « trouvaient injuste que ces patients payent un forfait hospitalier sans pouvoir disposer d'un lit dans la journée ».

Selon les informations recueillies, il n'arrive jamais qu'un patient soit placé dans une chambre de soins intensifs « portes ouvertes » alors que son état ne le justifie pas.

Lors de la visite de nuit des contrôleurs, le mercredi 18 mai à 21h30, la situation en lits était la suivante :

- sept lits de femmes étaient disponibles ;
- un lit d'homme était vacant ;
- cinq chambres individuelles (hommes ou femmes) étaient inoccupées ;

- quatre chambres de soins intensifs étaient libres.

Au total, il y avait treize lits (en dehors des chambres d'isolement) à la disposition de patients arrivants dans la nuit.

Une entrée était annoncée pour l'unité Cézanne où le patient avait déjà séjourné. Il est arrivé le 19 mai à 0h45. En l'absence de lit dans les unités Cézanne et Matisse du pôle 94 G 16, le patient a été admis dans l'unité Manet. Il a été transféré le 19 mai à 11h15 dans l'unité Cézanne.

Un patient hospitalisé pour la première fois aurait eu un lit soit en chambre individuelle, soit en chambre double. Cette affectation peut être décidée pour des patients présentant une symptomatologie rendant préférable qu'il ne reste pas seul dans une chambre.

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

6.1 Les chambres de soins intensifs

Il existe dix chambres de soins intensifs (CSI) dans l'hôpital.

Le tableau suivant indique l'occupation des chambres d'isolement et la date du placement, lors de la visite des contrôleurs :

Chambres d'isolement des unités	Occupation lors de la visite
Rosa Parks	Isolement séquentiel
Averroès	X (depuis juillet 2010)
Jules Verne 1	X (depuis le 7 mai 2011)
Jules Verne 2	X (depuis le 9 mai 2011)
Minkowski	0
Daumézou	0

Ravel	X (depuis le 10 mai 2011)
Manet	X (isolement médical de 24h)
Cézanne	0
Matisse	X (isolement médical de 24h)

Les contrôleurs ont constaté que dans la pratique, selon les personnels, les termes de « chambre d'isolement » ou de « chambres de soins intensifs » étaient utilisés.

En 2004, dans le cadre du projet relatif à leur rénovation, la direction des soins a réfléchi à la conception des chambres de soins intensifs. Les suggestions d'amélioration faites par les professionnels ont été complétées par les données recueillies lors de la visite de CSI à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif (94).

Le cahier des charges relatif à la conception d'une chambre de soins intensifs a été validé en mai 2005.

Il précise notamment :

- « La taille de la CSI : 10 à 12m² hors espace sanitaire ;
- l'orientation de la chambre : pas en plein sud ;
- l'accessibilité par deux portes d'accès opposés avec un sas avant d'entrer dans la chambre ;
- une climatisation plutôt qu'une ventilation silencieuse avec l'ensemble des réglages dans le bureau infirmier ;
- un éclairage assuré par une lumière indirecte avec variateur d'intensité situé à l'extérieur de la chambre, encastrée dans les murs et inaccessible ;
- un éclairage de l'espace sanitaire par détecteur de présence ;
- un lit scellé au sol avec matelas et couverture ignifugés ;
- en fonction de l'état du patient, prévoir un fauteuil en plastique aux formes arrondies pouvant se déplacer facilement ;
- des stores isolant thermique, inaccessibles et occultant les fenêtres avec commandes extérieures de la chambre ;
- des sanitaires attenants à la chambre avec un accès contrôlé avec cuvette en inox, sans abattant, un lavabo et une douche sans cabine avec un pommeau de douche non accessible, si miroir, pas en plexiglas car ils sont déformants ;
- une horloge éphéméride lumineuse située à l'extérieur de la chambre et visible par le patient de la chambre ;
- la chambre [doit être] située près du bureau infirmier et éloignée des autres chambres des hospitalisés ;

- absence totale d'angle mort limitant la visibilité dans la chambre ;
- prévoir une installation permettant de communiquer avec le patient et de lui faire écouter de la musique, avec l'ensemble des commandes à l'extérieur dans le bureau infirmier ;
- respect des normes de sécurité incendie avec un système de détection incendie particulièrement sensible avec une alarme incendie sonore ».

Un groupe de travail sur « la prévention et la gestion des situations violentes » et un « état des lieux des chambres de soins intensifs en psychiatrie » a été instauré en 2010. Les visites des chambres de soins intensifs (CSI) ont été menées par un psychiatre, chef de pôle, un cadre de santé et un infirmier.

Le groupe s'est intéressé à divers sujets en rapport aux CSI :

- leur emplacement dans le service ;
- leur état d'insalubrité ;
- la configuration de la chambre ;
 - avec l'existence d'un sas et de deux accès ;
 - l'accessibilité ;
 - l'existence d'une climatisation ou d'une ventilation ;
 - le système d'évacuation de la chambre ;
 - le type de chauffage ;
 - la hauteur du plafond ;
 - le matériel de contention utilisé et son efficacité ;
 - les éléments d'insécurité constatés.

Ce document fait les constats suivants :

- trois chambres étaient utilisées le jour de la visite ;
- trois sont mal situées : Averroès et les deux de Jules Verne ;
- l'accès est difficile dans quatre chambres : Cézanne, Matisse et les deux de Jules Verne ;
- la chambre de Rosa Parks est la seule à être dotée d'un sas et de deux portes ;
- le radiateur ne fonctionne pas à Averroès ;
- la contention est jugée « pas pratique » ou « très moyen » dans les dix chambres ;
- beaucoup d'éléments d'insécurité ont été indiqués : présence d'un seau hygiénique (Cézanne et Matisse), sommier dangereux (Rosa Parks), problèmes sanitaires, état dégradé des peintures (Daumézou), absence de store (Jules Verne 1) problème d'aération (Jules Verne 2)...

Pour faire suite à ce travail, des réunions ont été organisées le 7 décembre 2010, le 25 janvier et le 29 mars 2011 par la présidente de la CME pour « élaborer un protocole d'utilisation lors des hébergements en chambres de soins intensifs entre les différents pôles ».

Lors de la dernière réunion, il a été envisagé la « création d'une unité de quelques lits avec des chambres sécurisées, regroupant les patients traversant une période d'agitation ou de violence et nécessitant des soins ou une surveillance particulière. Cette réflexion doit se faire à un niveau institutionnel. Il est proposé de faire un petit sondage sous forme de questionnaire pour connaître les avis et les besoins au sein de l'établissement ».

Selon le rapport d'activité 2010, le tableau suivant permet d'indiquer le nombre de journées de placement à l'isolement par secteur en 2009 et 2010 :

	Pôle Paris centre	Pôle Paris 11	Pôle 12 ^{ème}	Pôle 94 G 16	Total journées
2009	513	747	726	406	2392
2010	389	636	744	231	2000 (-16,3 %)

Le nombre de patients placés dans ces chambres a été de 212 en 2009 et de 218 en 2010 soit une augmentation de 2,8 %.

Il n'existe pas de registre permettant de retracer l'utilisation de chaque chambre de soins intensifs.

Une procédure de mise en chambre de soins intensifs a été validée en juin 2005.

Elle définit la mise en chambre de soins intensifs comme « une réponse thérapeutique au regard de l'état clinique de la personne soignée ». [...]

C'est une prescription médicale écrite, datée et signée qui fait l'objet d'un consensus d'équipe quant aux modalités d'application incluses dans le projet de soins ». La mise en chambre de soins intensifs à chaque fois, doit faire l'objet, d'un respect strict des droits liés à l'exercice des libertés individuelles. [...] La conformité de la mise en chambre de soins intensifs avec le mode d'hospitalisation sous contrainte est examinée lors de la prescription.

« Lorsqu'une mise en chambre de soins intensifs est prescrite pour un patient en hospitalisation libre, alors il est indispensable de réexaminer son mode d'hospitalisation. »

En l'absence d'un médecin, en cas d'urgence, l'infirmier est habilité à mettre en œuvre un placement en CSI. Il fera un compte-rendu daté, signé et remis au médecin puis annexé au dossier du patient.

La procédure reprend le référentiel de l'agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES).

Selon les informations recueillies, une fiche médicale de prescription de mise en chambre de soins intensifs et une fiche journalière de surveillance infirmières, mises en service le 14 janvier 2008, sont remplies lors du placement du patient et versées dans son dossier.

La surveillance infirmière comporte la prise du pouls, de la tension artérielle et de la température, la vérification des urines et des selles, l'état de conscience, l'indication de la prise des repas et de l'appel des renforts.

A chaque placement et sortie d'un patient en CSI, une télécopie est transmise au service de sécurité de l'établissement. Ce document indique le secteur, l'unité, le nom du professionnel qui effectue la transmission, le numéro de la CSI, la date et l'heure de l'entrée du patient. Tant qu'un fax n'indique pas la sortie du patient, pour le service de sécurité incendie, la CSI reste occupée.

Un projet de recherche au niveau national COMPAQH (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) est en cours afin d'élaborer des indicateurs qui seront ensuite progressivement intégrés dans la procédure de certification de la haute autorité de santé (HAS). L'un d'eux est l'utilisation de la chambre d'isolement. Douze établissements ont testé l'indicateur dont les dix chambres d'isolement d'Esquirol. Soixante dossiers ont été évalués correspondant à soixante séjours ayant eu lieu en 2007, d'une durée d'au moins 24h. Le tableau suivant indique les résultats de ce test :

Indicateur	EPS ESQUIROL	Score moyen du panel COMPAQH
Prescription médicale ¹⁶	25 %	50,9 %
Indication de mise en CSI	96,7 %	94,5 %
Durée d'isolement et conformité de la modalité d'hospitalisation	75 %	63,2 %
Visite de surveillance médicale au cours de l'isolement	91,7 %	73,8 %
Tenue de la fiche journalière de surveillance et de suivi	93,3 %	78,5 %

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il arrivait qu'une chambre de soins intensifs fût utilisée pour un patient d'un autre pôle. Selon les informations recueillies, si le patient est déjà connu, des infirmiers se déplacent dans cette chambre pour y prodiguer les soins avec leurs collègues avant le transfert de ce patient dans la chambre dès qu'elle sera libérée.

¹⁶ Selon la direction, « ce faible taux est lié au fait que le critère « durée prévue de l'isolement » n'est pratiquement jamais renseigné. En effet, l'organisation médicale est telle qu'il y a une visite médicale systématique du médecin toutes les 24h, pendant toute la durée de la mise en chambre d'isolement, ce qui permet une évaluation régulière de l'état du patient. La durée de l'isolement est précisée quand elle est inférieure à 24h ».

6.2 Le recours à la contention.

Aucun registre permettant de retracer le recours à la contention n'est mis en œuvre dans les pôles.

Selon les informations recueillies, cette pratique ne serait guère utilisée dans l'établissement.

En 2009, le comité d'éthique de l'établissement public de santé Esquirol a rendu un avis sur la pratique de la contention. Dans ce document il est notamment indiqué :

- une définition de la contention d'un patient : « limitation de son autonomie et des mouvements au moyen d'un procédé physique ou mécanique. C'est à la fois une réponse et une prévention à des conduites dangereuses La contention ne limite pas les contacts relationnels du patient ».
- les moyens de la contention ;
- les conditions de la contention avec prescription médicale, limitation dans le temps et association à une sédation médicamenteuse ;
- le protocole d'utilisation ;
- les recommandations :
 - préalablement à la pose de la contention, évaluer les besoins et la situation ;
 - informer le patient, sa famille ou ses proches ;
 - accompagner, former et soutenir l'équipe soignante.

En conclusion, l'avis du comité propose la mise en place d'un groupe de travail relatif à « l'établissement d'un protocole sur l'usage des contentions en soins somatiques et en soins psychiatriques ». Il rappelle que « la contention est un outil thérapeutique qui s'inscrit dans le projet thérapeutique du patient et qui respecte les droits fondamentaux du patient ».

7- LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL.

Le jour de la visite des contrôleurs, vingt-neuf postes d'infirmiers étaient vacants en intra-hospitalier ; sept agents devaient prendre leurs fonctions en septembre 2011.

Dans le cadre de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), les postes non pourvus au bout de dix-huit mois ne sont plus budgétés.

Les hôpitaux de Saint-Maurice ont à faire face à la concurrence de plusieurs hôpitaux situés à proximité pour le recrutement des agents.

Pour la direction des soins, « le recrutement des agents se fait notamment sur la base des « contrats de pôle » qui restent à rédiger. Le schéma classique des organisations de travail est à revoir : la permanence des soins repose sur les infirmiers et les aides-soignants ; on pourrait faire jouer un rôle plus important aux ergothérapeutes, notamment ».

Deux crèches sont à la disposition des jeunes mères mais ce n'est pas forcément un argument de recrutement car il n'y a pas souvent de places libres. Quelques appartements de type F2 et F3 sont proposés par la commune ; ils restent occupés par les mêmes personnes. Etant donné le prix des loyers, les agents habitent souvent loin de leur lieu de travail.

Compte tenu du nombre de poste d'infirmiers vacants, la direction des soins a recours à du personnel intérimaire qu'elle tente de fidéliser.

Comme la maternité appartenait à la même entité administrative que les structures de psychiatrie, les chiffres de personnel intérimaire fournis par la direction des soins pour les années 2010 et 2011 concernent la psychiatrie (intra et extrahospitalière et la maternité).

Le tableau suivant indique le nombre de journées d'infirmiers (IDE) et d'aides-soignants (AS) effectuées par des intérimaires en 2010 et 2011 :

Mois	agents	2010 Journées	2011 Journées
Janvier	IDE	41	15
	AS	30	2
Février	IDE	62	16
	AS	27	0
Mars	IDE	30	29
	AS	28	0
Avril	IDE	41	13
	AS	38	0
Mai	IDE	28	
	AS	37	
Juin	IDE	24	
	AS	23	
Juillet	IDE	65	
	AS	42	
Août	IDE	92	
	AS	46	
Septembre	IDE	43	
	AS	3	
Octobre	IDE	40	
	AS	22	

Novembre	IDE	44	
	AS	6	
Décembre	IDE	38	
	AS	4	
TOTAL	IDE	554	
TOTAL	AS	306	

L'établissement a subventionné sept étudiants de l'IFSI pour des bourses de 420 euros en 2^{ème} année et 570 euros en 3^{ème} année de cursus.

En 2009, 112 praticiens ont bénéficié d'une formation pour un montant total de 33 311,85 euros.

Pour la même année, les dépenses de formation des agents non médicaux ont été de 1 171 055,85 euros, soit 3,13% de la masse salariale. 1 143 agents, toutes catégories professionnelles¹⁷, en ont bénéficié. Parmi ces formations, quarante agents ont préparé un concours ou un examen professionnel et vingt-huit des études promotionnelles débouchant sur l'accès à un diplôme du secteur santé-social.

En 2010, cinquante agents appartenant à tous les pôles de psychiatrie adulte ont participé à des colloques.

En février 2009 dans le cadre des contrats d'amélioration des conditions de travail (CLACT) et pour faire suite à la demande des personnels relayée notamment par le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), l'hôpital Esquirol a mis en place un dispositif de soutien psychologique assuré par l'institut d'accompagnement psychologique et de ressources (IAPR). Deux types de prestations sont proposées 24h sur 24, 7 jours sur 7 et gratuitement :

- le soutien psychologique aux agents suite à un incident survenu sur le lieu de travail. Dans ce cas, le responsable de service prend l'initiative de contacter l'IAPR qui, avec l'accord de l'agent, conviendra d'un rendez vous téléphonique avec un psychologue de l'IAPR ;
- l'aide psychologique à l'initiative de l'agent.

La direction estimait le besoin à 150 appels par an. La moyenne est en fait de trente par an pour 1 100 agents dont 700 soignants.

¹⁷ Les 1 143 agents se répartissent ainsi : 363 personnels administratifs, 452 soignants, 103 personnels éducatifs, 194 personnels techniques et 31 personnels médico-techniques.

CONCLUSION

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les conclusions suivantes :

Observation n° 1 : La signalétique intérieure devrait être mise à jour et tenir compte des changements de nom d'unités, de responsables de pôles et de secteurs. Les sapeurs-pompiers devraient être également informés du changement de nom des unités (cf. § 2.2, 4.1.6 et 4.4).

Observation n° 2 : Le site internet de l'hôpital devrait faire apparaître l'ensemble des postes d'infirmiers avec l'intitulé exact des services où ils sont vacants avec la fiche de poste correspondante (cf. § 2.3.2).

Observation n° 3 : La notification des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement devrait faire l'objet d'une procédure formalisée. Au moment du contrôle, les notifications n'étaient pas réalisées ou l'étaient dans des délais exagérément longs. De même, il conviendrait de rendre systématique la remise au patient de l'arrêté préfectoral de placement le concernant (cf. § 3.1.2).

Observation n° 4 : Il conviendrait de réaffirmer aux chefs de pôle leurs obligations en matière de notification aux patients afin que ces derniers soient à même d'exercer les différents recours qui sont à sa disposition (cf. § 3.1.3).

Observation n° 5 : Les registres de la loi sont parfaitement tenus mais l'échéancier des certificats médicaux exigés par la loi du 27 juin 1990 n'est pas toujours respecté (cf. § 3.2).

Observation n° 6 : Les autorités devraient s'intéresser au fonctionnement de l'établissement en s'y rendant régulièrement (cf. § 3.4).

Observation n° 7 : Même si un travail avait été entrepris en la matière, il n'existait, au moment du contrôle, aucune procédure formalisée et uniforme relative à la désignation d'une personne de confiance (cf. § 3.5).

Observation n° 8 : L'accès au téléphone portable devrait faire l'objet d'une harmonisation au sein de toutes les unités. Par ailleurs, les patients devraient pouvoir passer des communications dans les « *points phone* » dans des conditions assurant la confidentialité de leurs conversations et un minimum de confort (cf. § 3.10.2).

Observation n° 9 : Il serait intéressant que la question de l'accès à internet pour les patients soit posée par la communauté médicale et la direction (cf. § 3.10.4).

Observation n° 10 : Le fonctionnement de l'agence du Trésor public n'est pas en adéquation avec la situation sociale de certains malades mentaux (cf. § 3.10.6).

Observation n° 11 : Le comité d'éthique devrait formuler des réponses claires et opérationnelles aux questions qui lui sont posées (cf. § 3.1.6.1 A).

Observation n° 12 : Grâce aux actions menées par le comité de lutte contre la douleur et au comité de lutte contre les infections nosocomiales les personnels soignants sont sensibilisés sur ces sujets (cf. § 3.1.6.1 B et C).

Observation n° 13 : Il serait nécessaire qu'un seul règlement intérieur soit en vigueur dans l'hôpital et apposé dans toutes les unités. Il devrait comporter les informations exactes et utiles pour les patients (cf. § 4.1.1).

Observation n° 14 : Même si la restauration donne satisfaction dans son ensemble, des solutions devraient être adaptées pour les repas des patients placés en chambres ainsi que ceux admis dans l'unité de soins somatiques ou dans celle dédiée aux patients polyhandicapés afin que leur dignité soit conservée (cf. § 4.12.).

Observation n° 15 : Il est intéressant que les patients puissent bénéficier de prestations gratuites de coiffure et d'esthétique au sein du centre social de l'établissement (cf. § 4.1.4.2).

Observation n° 16 : La bibliothèque offre aux patients une réelle possibilité d'activités diversifiées (cf. § 4.1.4.3).

Observation n° 17 : Le dispositif de soins somatiques est apparu comme remarquable et diversifié dans son offre. Il serait souhaitable que les patients puissent accéder à toutes les consultations prévues en organisant leur accompagnement par le personnel soignant (cf. § 4.1.5).

Observation n° 18 : Le choix de ne pas mettre en place une vidéosurveillance est à saluer. En matière de sécurité, il serait cependant nécessaire de faire le bilan de l'utilisation des dispositifs de « protection du travailleur isolé » au sein de toutes les unités de soins afin d'en améliorer l'efficacité (cf. § 4.1.6).

Observation n° 19 : Il serait souhaitable que les vêtements fournis par l'hôpital aux patients ne portent pas le logo du CHS afin de préserver la dignité des patients (cf. § 4.2.1).

Observation n° 20 : Il serait souhaitable que l'ensemble des chambres soient dotées de verrous intérieurs (cf. 4.2.3.2, 4.3.1.2 et 4.4.3.3).

Observation n° 21 : Il est inacceptable que les chambres des patients soient équipées avec des miroirs « déformants » ce qui peut aggraver leur état psychique et leur estime de soi (cf. 4.3.1.2, 4.4.1 et 4.5.2.1).

Observation n° 22 : Des travaux devraient être entrepris, principalement dans les quatre unités du pôle Paris 11 (secteurs 75 G 08 et G 09), afin que les lieux d'accueil des patients offrent toutes les conditions de dignité nécessaires à une prise en charge satisfaisante (cf. § 4.3.1.2, 4.3.2.2, 4.3.4.2 et 4.3.5.2).

Observation n° 23 : L'usage du seau hygiénique dans les chambres d'isolement est contraire à la dignité des patients qui y sont placés (cf. § 4.3.1.3, 4.3.4.3, 4.4.3.2 et 6.1).

Observation n° 24 : Une galerie en coursive constitue le seul espace extérieur où les patients de l'unité Minkowski (pôle Paris 11) ont la possibilité de prendre l'air et de fumer. Ils sont les seuls dans tout l'hôpital à ne pouvoir accéder librement à un patio ce qu'ils vivent douloureusement. Des modalités d'accès devraient être arrêtées pour le leur permettre (cf. § 4.3.6).

Observation n° 25 : Il serait utile de prévoir des actions d'éducation à la santé sur l'usage du cannabis compte tenu de l'importance du trafic de ce produit au sein de l'établissement (cf. § 4.4.1).

Observation n° 26 : Malgré un cahier des charges qui ne le prévoit pas, les chambres d'isolement devraient être équipées d'un bouton d'appel (cf. § 6.1).

Observation n° 27 : Il est regrettable que les placements en isolement et les mesures de contention ne fassent pas l'objet d'une traçabilité claire et séparée des dossiers individuels des patients. Cette observation a déjà été formulée dans une recommandation publique du Contrôleur général des lieux de privation de liberté¹⁸ (cf. § 6).

Enfin, les contrôleurs ont rencontré un jeune patient autiste très déficitaire dont la situation particulière doit être évoquée. Agé de 21 ans et hospitalisé depuis l'âge de 15 ans, ce patient se trouvait placé en isolement quasi total dans sa chambre depuis près d'une année. Toute entrée dans sa chambre se faisait avec quatre soignants, parfois avec des moyens de contention. L'épuisement du personnel n'avait d'égal que l'absence de solutions d'avenir pour ce jeune homme. Dans de tels cas extrêmes, la situation du patient devrait être prise en compte, non pas seulement par le personnel de l'unité où il se trouve mais par l'ensemble de la communauté hospitalière, afin d'apporter une solution en adéquation avec le respect de la dignité humaine (cf. § 4.2.3.3).

¹⁸ Recommandation du 18 juin 2009, publiée au journal officiel n° 0151 du 2 juillet 2009.

TABLE DES MATIERES

1- Conditions générales de la visite	2
2- Présentation générale de l'établissement.....	4
2.1 La psychiatrie à Paris et dans le Val-de-Marne	5
2.2 Présentation générale de l'établissement	5
2.3 Les personnels	7
2.3.1 Le personnel médical	7
2.3.2 Le personnel non médical	9
2.4 Les données financières	10
2.5 L'activité.....	11
3- Hospitalisation sans consentement et exercice des droits.....	13
3.1 Les modalités d'arrivée des patients	13
3.1.1 Le service des admissions.....	13
3.1.2 La notification des décisions d'hospitalisation sous contrainte.....	15
3.1.3 Les possibilités de recours.....	16
3.2 Les registres de la loi	17
3.3 La levée des mesures de contrainte	18
3.4 Les visites des autorités	18
3.5 La désignation d'une personne de confiance.....	19
3.6 La protection juridique des majeurs	19
3.7 L'accès au dossier médical.....	21
3.8 L'accès à l'exercice d'un culte	21
3.9 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques.....	22
3.10 La communication avec l'extérieur	22
3.10.1 Les visites.....	22
3.10.2 Le téléphone	23
3.10.3 Le courrier.....	25
3.10.4 L'informatique et l'accès à l'internet.....	25
3.10.5 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge...	26
3.10.6 L'agence du Trésor public.....	33
4- Les conditions d'hospitalisation	39
4.1 Eléments communs à tous les pôles.....	39

4.1.1	Le règlement Intérieur	39
4.1.2	La restauration	41
4.1.3	La lingerie	43
4.1.4	Les activités communes	44
4.1.5	Les soins somatiques.....	47
4.1.6	La surveillance	52
4.2	Le pôle Paris centre : secteurs 75 G 01 et G 02	54
4.2.1	Les règles communes de fonctionnement du pôle.....	54
4.2.2	L'unité Rosa Parks.....	56
4.2.3	L'unité Averroès.....	60
4.3	Le pôle Paris 11 : secteurs 75 G 08 et G 09.....	65
4.3.1	L'unité Jules-Verne	66
4.3.2	L'unité Voltaire	69
4.3.3	Le fonctionnement des unités Jules-Verne et Voltaire.....	70
4.3.4	L'unité Daumézon.....	73
4.3.5	L'unité Minkowski.....	76
4.3.6	Le fonctionnement des unités Daumézon et Minkowski	77
4.3.7	L'unité Marguerite Bottard.....	80
4.4	Le pôle du 12^{ème} arrondissement de Paris : secteurs 75 G 10 et G 11	83
4.4.1	Eléments communs aux unités du pôle	83
4.4.2	L'unité Ravel	84
4.4.3	L'unité Manet.....	87
4.4.4	L'unité Louise Michel	90
4.5	Le pôle 94 G 16.....	94
4.5.1	L'unité Cézanne	96
4.5.2	L'unité Matisse.....	99
4.6	La psychiatrie infanto-juvénile.....	103
4.7	L'hospitalisation des personnes détenues.....	103
5-	La suroccupation et les transferts.....	104
6-	Le recours à l'isolement et à la contention.	105
6.1	Les chambres de soins intensifs	105
6.2	Le recours à la contention.	110

7- Les conditions de vie au travail..... 110
CONCLUSION 113
Table des matières..... 117