Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de Liberté

Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris

Du 31 août au 4 septembre 2015,
du 7 au 11 septembre 2015
et le 25 septembre 2015

SYNTHESE

La Contrôleure générale et cinq contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier Sainte-Anne à Paris du 31 août au 4 septembre, du 7 au 11 septembre et le 25 septembre 2015.

Cet établissement, implanté dans le 14ème arrondissement dans un vaste domaine largement ouvert vers l'extérieur, regroupe des unités assurant des soins somatiques et d'autres, des soins psychiatriques. Dans ces dernières, l'établissement prend en charge les patients de sept secteurs de psychiatrie adultes, couvrant les 5ème, 6ème, 14ème, 15ème et 16ème arrondissements, et de deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, couvrant les 14ème et 16ème arrondissements. Outre les unités installées au sein de l'hôpital, avec 464 lits, il dispose de nombreux sites extra-hospitaliers dont le centre d'accueil et de crise du 6ème arrondissement, structure unique en son genre.

A l'issue de leur visite, les contrôleurs ont rédigé un rapport de constat, qui a été communiqué le 8 février 2016 au chef d'établissement. Ce dernier a fait part de ses observations le 17 mars 2016.

La structure immobilière a déjà évolué et elle doit continuer à évoluer malgré des contraintes environnementales fortes.

Les façades classées des bâtiments situés dans le cœur historique, dont la construction date de la fin du 19ème siècle, et l'important espace vert intérieur protégé constituent des contraintes fortes pour tout projet immobilier. D'importants travaux ont toutefois été menés dans le cadre d'un ambitieux schéma directeur immobilier élaboré à partir de 2000, portant sur une période de vingt ans, et certains bâtiments ont déjà fait l'objet d'une reconstruction quasi-complète (cf. § 2.1 et 2.2)

Ainsi, les locaux sont de qualité très variable. Si certaines unités sont installées dans d'excellentes conditions, telles que le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), les unités du secteur 3 et celles du secteur 14 ou la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), d'autres disposent de locaux, parfois vétustes (comme au secteur 13 –cf. § 5.2.2.2), ne répondant pas aux besoins : certains sont trop exigus (comme dans le bâtiment Magnan du secteur 15 – cf. § 5.3.3) rendant la circulation des patients très difficile ; des salles à manger sont de taille nettement insuffisante pour accueillir les patients (comme au secteur 13, avec 51 m² pour 31 patients – cf. § 5.2 - et au secteur 16, avec 27 m² pour 23 patients – cf. § 5.3.4) ; des dégradations et les dysfonctionnements sont nombreux (comme au secteur 13 – cf. § 5.2) ; des chambres ne sont pas équipées d'un cabinet de toilette mais, parfois, d'un simple lavabo (comme aux secteurs 17 et 18 – cf. § 5.4.2 et 5.4.3) ; des salles pour permettre à des patients de rencontrer leur famille, lorsqu'ils ne peuvent pas sortir et sont dans une chambre à deux, n'existent pas partout.

La restructuration des bâtiments les plus anciens est donc nécessaire.

L'installation d'une unité fermée à l'étage, avec un jardin nécessairement situé au rez-de-chaussée, comme au secteur 14, constitue une difficulté majeure car les patients ne peuvent pas s'y rendre librement. Cette situation est encore plus compliquée quand les effectifs des soignants ne permettent pas de dégager une personne pour en assurer la surveillance (cf. § 5.3.2.5.C).

Les personnels expriment un sentiment de fierté d'exercer dans cet établissement mais les contraintes budgétaires, qui imposent des restructurations, sont ressenties comme une atteinte à la qualité des soins.

L'hôpital Sainte-Anne reste marqué par une crise survenue après la diffusion en 2010, par la chaîne de télévision Arte, d'un documentaire tourné dans deux secteurs fermés, dont les chefs de service ont été sanctionnés en 2012 par le conseil régional de l'Ordre des médecins par des peines de suspension de plusieurs mois, partiellement assorties de sursis. Les personnels sont cependant très fiers de travailler dans cet établissement de « notoriété internationale » et cela se ressent partout (cf. § 2.5.3)

Afin de faire face aux contraintes budgétaires, le chef d'établissement a mis en place un plan d'économie avec la suppression de postes relevant des fonctions supports et a cherché à préserver les effectifs des soignants. Des réflexions ont aussi été engagées pour élaborer des contrats de pôle, débouchant sur des réorganisations et des mutualisations.

Le centre hospitalier ne rencontre pas de difficultés pour recruter des médecins, des infirmiers, des aides-soignants et des agents des services hospitaliers, mais la situation est différente pour les kinésithérapeutes.

La réduction des effectifs s'est fait ressentir au sein des unités. Dans le secteur 13, où le taux d'occupation est le plus fort, les soignants se sont plaints de ne plus avoir le temps de réfléchir en raison de la charge de travail (cf. § 2.4, 2.5 et 5.2.2.4). De même, dans le secteur 15, les soignants ont le sentiment de parer au plus pressé et ne pas avoir le temps de prendre suffisamment de temps avec les patients (cf. § 5.3.3.3 – 5.3.4.5.E).

Les patients, qui ont accès à peu d'activité, sont globalement bien pris en charge même si les modalités peuvent être très différentes selon les unités, en raison, semble-t-il, d'un manque de volonté pour échanger sur les projets thérapeutiques et sur les pratiques.

Avec une file active de 33 620 personnes en 2014, le centre hospitalier a fortement développé les activités extra-hospitalières, avec des séjours d'hospitalisation généralement courts (cf. § 2.6). Le taux d'occupation des unités est cependant important, en particulier au secteur 13 (cf. § 5.2.1).

Le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) se caractérise par une bonne organisation des prises en charge, une forte réactivité et une présence constante, à toute heure du jour et de la nuit, de médecins et de soignants (cf. § 3.1.1).

Dans les unités, les psychiatres sont présents et assurent un suivi régulier des patients.

Les soins sont toutefois pratiqués de façon très hétérogène au sein de l'hôpital et les bonnes pratiques, pourtant nombreuses, sont mal exploitées. Ainsi, dans certains secteurs, les soignants ont indiqué ne jamais avoir recours à l'isolement ou à la contention (cf. secteur 3 - § 4.2.1.2-E), d'autres ont indiqué y avoir recours principalement de façon séquentielle, et d'autres enfin semblent y avoir recours sans qu'aucune alternative n'ait été recherchée. Certains ont mentionné que nombre des isolements et contentions étaient influencé en partie par l'architecture du service, ne permettant pas la surveillance aisée de tous les patients (cf. § 5.3.4.5.E), d'autres que ces mesures étaient utilisées pour éviter les fugues (cf. § 5.2.2.5.E).

La pratique du port du pyjama illustre l'hétérogénéité des pratiques. Systématique à l'arrivée pour les patients sous contrainte et la majorité de ceux en soins libres au secteur 13, obligatoire pour les patients de l'unité de soins intensifs du secteur 17, le port du pyjama est décidé au cas par cas dans d'autres secteurs. Pour certains soignants, cela symbolise la maladie, notamment pour ceux qui sont dans le déni, et constitue un moyen d'éviter les fugues ou, même, permet de fouiller les vêtements, ce qui ne serait pas possible autrement. Il n'en reste pas moins que l'on peut s'interroger sur le caractère systématique de cette pratique, qui peut être vécue comme humiliante par les patients. D'autres siognants, en revanche, n'y ont pas recours, sauf cas particuliers, pour assurer les soins.

En règle générale, la liberté de circuler et de communiquer est la norme et l'interdiction constitue l'exception. Tel est le cas pour les visites des proches et le traitement du courrier des patients. En revanche, les téléphones mobiles sont autorisés (sauf cas particuliers) dans plusieurs unités mais interdits dans d'autres, pour éviter des prises de photographies et des publications sur les réseaux sociaux, avec des variantes sur les moments auxquels ils ont accessibles. Dans quelques secteurs, les patients disposent de leurs paquets de cigarettes et gèrent leur consommation alors que, dans d'autres, les soignants les conservent et ne le distribuent qu'au coup par coup.

Par ailleurs, le fort taux d'occupation conduit parfois à de nombreux déplacements pour installer les patients les moins stables ou ceux nouvellement admis à proximité du bureau de soins ; ceux qui les subissent s'en plaignent (cf. § 5.3.4.5.B).

La prise en charge des soins somatiques est globalement bonne. L'accès facile à une prise en charge spécialisé de la douleur mérite d'être souligné (cf. § 4.6).

Le manque d'activités est patent et le manque de personnels disponibles est souvent avancé pour l'expliquer. Les patients s'ennuient le plus souvent, à l'exception de deux secteurs qui ont manifestement réussi à les développer (secteurs 3 – cf. § 5.1.2 - et 17 – cf. § 5.4.2). Là aussi, l'accès aux ateliers d'ergothérapie varie selon les secteurs. Hormis un court de tennis, aucun terrain ni aucun gymnase n'existe dans l'emprise et seuls quelques équipements sont en place dans les unités mais sont sous-employés (cf. § 4.4.1 et 5).

Le suivi de la situation juridique des patients admis sans consentement et le contrôle du juge sont assurés avec attention mais des positions interrogent parfois.

Les admissions en soins psychiatriques sous contrainte représentent 30 % des entrées des personnes hospitalisées à temps complet. Le bureau de la loi assure un suivi très attentif de la situation juridique de ces patients et un remarquable travail a été mené afin de standardiser les procédures. Le registre de la loi y est tenu avec rigueur.

La notification du placement et des droits est effectuée avec attention selon les méthodes variant en fonction des secteurs : psychiatres, cadres de santé ou infirmiers.

Les personnes admises selon la procédure classique de l'ASPDT, avec une demande d'un tiers et deux certificats médicaux, ne représente qu'une admission sous contrainte sur cinq alors que les procédures normalement dérogatoires (l'urgence avec une demande d'un tiers mais un seul certificat médical et le péril imminent avec uniquement un certificat médical), moins protectrices, concernent plus de sept cas sur dix. Les ASPDT en urgence sont majoritaires (51,4 %) et les

admissions en péril imminent sont plus nombreuses chaque année (en valeur absolue – passant de 659 en 2012 à 690 en 2014 - et en valeur relative – passant de 17,4 % à 20,5 % sur la même période). Cette situation, qui interroge, mérite une attention particulière pour éviter cette dérive inquiétante (cf. § 2.6).

Comme cela est souvent observé dans les établissements visités, des patients admis en soins libres sont placés dans des unités fermées (secteur 3, secteur 13, secteur 16, secteur 17, secteur 18) et d'autres, admis en soins sans consentement, le sont dans des unités ouvertes (secteur 14, secteur 17). Au secteur 15, les portes du bâtiment sont fermées lorsque les patients sous contrainte vont dans la cour (cf. § 5.3.3).

Lorsque les audiences devant le juge des libertés et de la détention se déroulaient au palais de justice de Paris, dans des locaux inadaptés, les patients devaient rester de longues heures dans un étroit couloir sans éclairage naturel, sans possibilité de sortir à l'air libre notamment pour y fumer. La mise en service d'une salle d'audience au sein du centre hospitalier, à compter de la mi-septembre 2015, a donc constitué une avancée majeure qui permet aux patients d'arriver peu de temps avant leur comparution devant le juge et de rejoindre ensuite rapidement leur unité ; de plus, certains, trop agités pour aller au palais de justice de Paris, peuvent désormais se présenter à l'audience et ainsi accéder au juge (cf. § 3.2.4).

Les contrôleurs s'interrogent cependant sur la nécessité de poursuivre une hospitalisation sous un régime de contrainte pour des personnes qui adhèrent manifestement aux soins (cf. § 3.2.4).

De même, la position présentée par des médecins qui envisagent de contourner la décision de mainlevée prise par le juge des libertés et de la détention, lorsqu'ils considèreront qu'il existe un risque de sécurité à laisser libre un patient, et de faire prendre une nouvelle mesure d'ASPDT, pose problème. Même si une telle mesure n'a pas encore été mise en œuvre, le sujet devrait être traité car il peut constituer un déni de justice.

OBSERVATIONS

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes.

Les bonnes pratiques suivantes sont soulignées.

1. L'important travail mené au sein du centre hospitalier pour définir avec précision les procédures à respecter dans le cadre des admissions sans consentement et le rôle central du bureau de la loi, qui veille scrupuleusement à leur bonne application, méritent d'être soulignés. Les différents documents servant aux notifications ont ainsi été normalisés et les certificats médicaux ont été harmonisés pour répondre aux objectifs fixés par le code de la santé publique. (cf. § 3.1.2.2, 3.2.3 et 3.2.5).

2. La signature de l'accusé de réception des différentes décisions par deux personnes nommément désignées, lorsque le patient refuse de signer ou n'est pas en état de comprendre, et la remise ultérieure des documents constituent de bonnes pratiques. Il serait toutefois utile d'organiser un système d'alerte pour penser à les remettre au patient dès que les conditions le permettent et éviter que des pièces ne demeurent en attente dans les dossiers (cf. § 3.1.2.2).

3. Le temps pris par certains juges des libertés et de la détention pour expliquer leur rôle en début d'audience afin de dédramatiser la comparution, pour dialoguer ensuite avec le patient et pour expliquer, à la fin, le sens de leur décision est une bonne pratique qui mérite d'être relevée (cf. § 3.2.4).

4. Les salles à manger fonctionnant en self-service, telles qu'elles existent dans l'unité ouverte du secteur 3 (cf. § 5.1.2.5.A) et dans celles du secteur 14 (cf. § 5.3.2.5.A) permettent un véritable apprentissage du retour à la vie à l'extérieur. Le fonctionnement de celle du secteur 14, commune aux trois unités ouvertes, est exemplaire en raison de l'effectif accueilli simultanément pour les repas.

5. La fermeture des armoires avec des cadenas ou l'installation de coffres individuels fermant à clé dans les chambres des patients, dans plusieurs unités, constitue une bonne protection des biens les plus sensibles. Cette solution devrait être plus fréquemment utilisée dans les unités de psychiatrie (cf. secteur 13 - § 5.2.2.2 ; secteur 14 - § 5.3.2.2 ; secteur 16 § 5.3.4.5 ; secteur 17 - § 5.4.2.2 ; cf. secteur 18 - § 5.4.3.2).

6. Pour éviter d'utiliser les *points-phones* généralement installés dans les couloirs, sans aucune protection, les patients de plusieurs unités peuvent avoir accès à un téléphone sans fil, prêté par les soignants, et s'en servir dans leur chambre afin de préserver la confidentialité de leur conversation (cf. § 53.3, 5.3.4 et 5.4.2).

7. L'installation de réseau wifi dans deux secteurs permet un accès facile à Internet et les patients aptes peuvent ainsi à s'en servir (cf. secteur 14 - § 5.3.2.5 ; secteur 18 - § 5.4.3.2). Cette situation est suffisamment rare pour être signalée. La restructuration progressive des bâtiments devrait être mise à profit pour le mettre en place dans chaque unité.

8. L'activité « cafétéria » des unités du secteur 16 est originale et conviviale notamment pour les patients qui ne sortent pas (cf. § 5.3.4.5.B).

9. Une bibliothèque ouverte aux patients est d'un accès facile. De plus, les bibliothécaires, membres d'une association, se rendent aussi dans les unités pour proposer leur service. Cette pratique est appréciée (cf. § 4.4.3).

10. Hormis dans les unités du secteur 17 (cf. § 5.4.2.5), la dispensation des médicaments s'effectue de façon confidentielle, dans la pharmacie ou la salle de soins. Il s'agit là d'une bonne pratique qui pourrait étendue à l'ensemble des secteurs.

11. La prise en charge des personnes sourdes profondes, en provenance de tous les secteurs, grâce à un personnel du secteur 16 formé à la langue des signes, est une bonne initiative qui mérite d'être relevée (cf. § 5.3.4.5.B).

12. Aucune caméra de vidéosurveillance n'est installée dans les unités de soins. Le refus des instances du centre hospitalier, à titre de « protection éthique », afin de préserver l'anonymat des patients, est une sage décision (cf. § 4.5 et 7).

13. Le centre d'accueil et de crise permet d'offrir une première prise en charge et de favoriser l'adhésion aux soins afin de limiter les hospitalisations sans consentement. Une réflexion devrait être engagée afin que d'autres structures identiques puissent voir le jour (cf. § 5.1).

Les recommandations suivantes sont formulées.

1. Au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), la grande pièce servant à la fois de salle d'attente et de salle d'entretien infirmier, bien équipée, facilite la libre circulation et permet un accès libre à un jardin mais, présente toutefois un inconvénient majeur : les deux espaces n'y sont séparés que par des simples claustras et les entretiens des patients avec les infirmiers s'y déroulent sous le regard constant de ceux – patients et accompagnateurs – qui attendent, obligeant à chuchoter. Cette situation ne préserve pas l'indispensable confidentialité des échanges qui devraient se dérouler dans un espace clos et préservé (cf. § 3.1.1).

2. Le livret d'accueil devrait regrouper l'ensemble des informations utiles aux patients et être mis à jour ; le Défenseur des droits devrait ainsi y remplacer le Médiateur de la République. Ceux qui sont admis sans consentement dans une unité de psychiatrie devraient notamment y trouver une présentation complète des différentes étapes de leur parcours expliquant le rôle des médecins, du juge des libertés et de la détention et des avocats, sans avoir à jongler entre plusieurs documents (cf. § 3.1.2.1). Cette présentation devrait également indiquer que les patients peuvent demander que leur hospitalisation reste confidentielle et qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé, comme le mentionne le règlement intérieur (cf. § 3.6.3).

3. Une réflexion devrait être menée pour réduire les délais de signature des décisions d'admission pour les entrées intervenant en fin de semaine et un dispositif de suivi des retours des notifications des ordonnances du juge des liberté et de la détention devrait être mis en place (cf. § 3.1.2.2, 3.2.3 et 3.2.5).

4. Des affiches avec la liste des avocats du barreau de Paris devraient être mises en place dans les unités de soins (cf. § 3.2.4).

5. Les rapports de la commission départementale de soins psychiatriques devraient comporter un paragraphe dressant « *la synthèse [de ses] conclusions […] et des réclamations qu'elle a reçues ou sur les constatations qu'elle a opérées* », conformément aux dispositions de l'article R.3232-11 du code de la santé publique et ne pas se limiter à un simple recueil statistique (cf. § 3.4).

6. La désignation de la personne de confiance devrait toujours être recherchée auprès des patients lors de leur arrivée dans les unités de soins. L'action menée en ce sens au sein du centre hospitalier mérite d'être encouragée (cf. § 3.6.1).

7. Une aumônerie catholique et une aumônerie protestante fonctionnent au sein de l'hôpital mais les autres cultes ne sont pas représentés ; seules, leurs coordonnées sont fournies à ceux qui le demandent. Cette situation mérite d'être corrigée (cf. § 3.6.5).

8. Il est regrettable qu'en raison des règles trop intrusives qui y sont imposées, une association de patients n'utilise plus la maison des usagers pour y assurer des permanences, alors qu'elle constitue pourtant un outil intéressant et fort utile. Ce sujet devrait faire l'objet d'un nouvel examen pour que les associations puissent conserver la confidentialité indispensable à leurs activités (cf. § 3.8 et 3.9).

9. Des pyjamas de tailles adaptées doivent être fournis aux patients. En raison d'un stock limité à deux tailles, des malades portent des vêtements ne correspondant pas à leur morphologie, conduisant à des situations indignes, avec des vestes démesurément grandes et des pantalons tombant sur les chevilles (cf. § 4.2.1 – 5.3.3.5.A – 5.2.4.5.A). La possibilité de porter ses propres pyjamas constitue une bonne solution (cf. §5.3.3.5.A page 97).

10. Même s'il s'agit d'un lieu de soins, chaque patient a droit à une vie privée et notamment à une vie sexuelle. Si le règlement intérieur n'aborde pas le sujet, laissant supposer qu'il n'existe aucune restriction, la pratique est variable selon les unités : dans certaines, la liberté prévaut, même si une légitime vigilance est observée en raison de la vulnérabilité des personnes hospitalisées en psychiatrie ; dans d'autres, un acte sexuel est considéré comme une transgression susceptible de sanction. Ce sujet devrait être abordé pour trouver le juste équilibre entre le respect de la vie privée de chacun et la nécessaire protection des plus fragiles. La plate-forme éthique pourrait s'emparer du sujet (cf. § 4.2.3).

11. Hormis dans les unités des secteurs 3 et 17, les activités sont réduites et les patients s'ennuient. De plus, des ateliers d'ergothérapie existent mais leur accès est inégal et varie selon les unités. Une attention devrait être portée au développement des activités menées au sein des unités même si les difficultés liées aux effectifs des soignants disponibles pour les prendre en charge existent (cf. § 4.4.4, 5).

12. Les cours des unités des secteurs 3 et 14 devraient être très rapidement remises en état pour que les patients des unités fermées puissent enfin sortir à l'air libre et que les fumeurs aient un endroit accessible (cf. § 5.1.2 et 5.3.2.5). L'unité fermée du secteur 18 ne bénéfice d'aucune cour depuis une quinzaine d'années et cela manque (cf. § 5.4.3.2). Ces situations ne sont pas acceptables.

13. Les chambres des unités du secteur 15 devraient être équipées de dispositif d'appel des infirmiers et des horloges devraient être mises en place dans les locaux (cf. § 5.3.3.2).

14. Les bureaux d'entretien des unités du secteur 16 sont équipés de grandes vitres transparentes et l'intérieur est facilement visible à partir du couloir. Si certaines vitres sont équipées de bandes horizontales assurant une occultation partielle, d'autres devraient en être munies pour préserver les patients présents du regard des autres (cf. § 5.3.4.2.A).

15. Le nombre de chambres d'isolement est peu important ce qui conduit régulièrement à placer des patients en isolement ou sous contention dans des chambres ordinaires, en retirant les meubles ; cette opération nécessite parfois plusieurs changements de chambres pour libérer une chambre individuelle. Cette situation, que le CGLPL considère comme une pratique à éviter, peut créer une confusion dans l'esprit de certains patients qui vivent cette situation comme une punition et non un soin. Une réflexion doit être engagée pour définir le bon équilibre entre le nombre des chambres ordinaires et celui des chambres d'isolement (cf. § 6).

16. Alors que les mesures d'isolement et de contention sont pratiquées de façon très hétérogène au sein de l'hôpital, la bonne pratique du secteur 3, qui n'a recours ni aux uns ni aux autres, mérite d'être soulignée. Il convient malheureusement d'observer que cette unité constitue une exception (cf. § 5.1.2.5.E). L'utilisation permanente des chambres d'isolement à l'unité fermée du service hospitalo-universitaire, même si des patients au profil particulier y sont admis, interroge ; la pratique est tellement établie qu'aucune chambre ordinaire n'est réservée pour une éventuelle sortie (cf. 5.3.2.5.D). .

17. L'absence de traçabilité des mesures d'isolement et de contention (hormis dans le dossier médical de chaque patient) ne permet pas une réflexion globale, ce qui est d'autant plus regrettable que les pratiques varient selon les unités. Seul, le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) a mis en place un tel outil. Les dispositions introduites par l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, qui introduit un article L. 3222-5-1 au code de la santé publique, doit permettre d'y remédier en obligeant chaque établissement à tenir un registre et à établir un rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en isolement et contention. La réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention doit y gagner (cf. § 6).

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE

OBSERVATIONS 6

TABLE DES MATIERES 10

1 Les conditions générales de la visite 13

2 La présentation générale de l'établissement 15

2.1 La psychiatrie à Paris 15

2.2 L'implantation du centre hospitalier Sainte-Anne 15

2.3 L'organisation générale de l'établissement 17

2.4 Les données financières 18

2.5 Les personnels 19

2.5.1 Les personnels médicaux 19

2.5.2 Les personnels non médicaux 19

2.5.3 Un élément d'ambiance 23

2.6 L'activité 24

2.7 La démarche « qualité » 26

2.8 La plate-forme éthique 27

2.9 L'observatoire de la violence 28

3 Les hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits 29

3.1 L'arrivée des patients au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) et l'admission des patients 29

3.1.1 Le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) 29

3.1.2 Les modalités d'admission 35

3.2 Le maintien et la levée des mesures de contrainte 38

3.2.1 Le recueil des observations des patients avant les décisions de maintien 38

3.2.2 La levée des mesures sur avis du psychiatre participant à la prise en charge 38

3.2.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention 40

3.2.4 Les audiences 40

3.2.5 Les décisions du juge des libertés et de la détention 45

3.2.6 Le collège des professionnels de santé 46

3.2.7 Les passages en programmes de soins 46
3.2.8 Les sorties 46
3.3 Les visites des autorités 47
3.4 La commission départementale des soins psychiatriques 47
3.5 Le registre de la loi 47
3.6 Les droits des patients hospitalisés 48
3.6.1 La désignation de la personne de confiance 48
3.6.2 La protection juridique des majeurs 49
3.6.3 La confidentialité des hospitalisations 49
3.6.4 L'accès au dossier médical 50
3.6.5 L'accès à l'exercice d'un culte 51
3.6.6 L'accès au droit et santé mentale 52
3.6.7 La communication avec l'extérieur 52
3.7 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge 53
3.8 La maison des usagers 55
3.9 Les associations de patients et de leurs familles 55
4 Les conditions communes d'hospitalisation 56
4.1 La restauration 56
4.2 L'hygiène 57
4.2.1 L'entretien du linge 57
4.2.2 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) 57
4.3 La sexualité 58
4.4 L'argent des patients 59
4.5 Les activités communes aux différents secteurs 61
4.5.1 Le sport 61
4.5.2 La cafétéria 61
4.5.3 Les bibliothèques 61
4.5.4 L'ergothérapie 62
4.5.5 Les associations 64
4.6 Le service de sécurité 64
4.7 Les soins somatiques 65

4.7.1 L'organisation de la prise en charge des soins somatiques 65
4.7.2 La prise en charge de la douleur et le comité de lutte contre la douleur (CLUD) 67
4.7.3 La pharmacie 68
4.7.4 L'éducation thérapeutique 68
5 L'hospitalisation à temps plein 69
5.1 Le pôle « 5ème - 6ème arrondissements » – secteur 3 69
5.1.1 Présentation générale 69
5.1.2 L'unité ouverte d'hospitalisation complète 69
5.2 Le pôle « 14ème arrondissement » – secteur 13 78
5.2.1 Présentation générale 78
5.2.2 Les unités d'hospitalisation complète 79
5.3 Le pôle « 15ème arrondissement – addictologie » 97
5.3.1 Présentation générale 97
5.3.2 Le secteur 14 et le service hospitalo-universitaire 97
5.3.3 Le secteur 15 109
5.3.4 Le secteur 16 116
5.4 Le pôle 16ème arrondissement 129
5.4.1 Présentation générale 129
5.4.2 Le secteur 17 130
5.4.3 Le secteur 18 136
5.5 Le pôle clinique des maladies mentales 144
5.5.1 Présentation générale du pôle 144
5.5.2 L'unité des troubles du comportement alimentaire 145
6 Le recours à l'isolement et à la contention 150
7 La vidéosurveillance dans les unités de soins 152
8 L'hospitalisation des personnes détenues 152
9 La suroccupation et les transferts 153
10 Eléments d'ambiance 153

RAPPORT

Contrôleurs :

- Adeline Hazan, contrôleure générale ;
- Virginie Brulet[1] ;
- Michel Clémot ;
- Muriel Lechat ;
- Alain Marcault-Derouard[2] ;
- Bonnie Tickridge;
- Agathe Logeart.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier (CH) Sainte-Anne à Paris du 31 août au 4 septembre 2015 et du 7 au 11 septembre 2015.

Ils y sont retournés le vendredi 25 septembre pour assister à une audience devant le juge des libertés et de la détention dans la salle d'audience mise en service au sein du centre hospitalier à compter du 21 septembre 2015.

1 LES CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier Sainte-Anne le lundi 31 août 2015 à 15h ; ils en sont repartis le vendredi 11 septembre 2015 à 12h30.

Cette visite avait été annoncée au directeur de permanence au centre hospitalier le mercredi 26 août 2015 par la contrôleure générale.

Le 31 août 2015, dès leur arrivée, une réunion de présentation a été organisée et les contrôleurs y ont rencontré :

- le président de la commission de surveillance ;
- le directeur général de la communauté hospitalière de territoire (CHT) et directeur du centre hospitalier ;
- le président et la vice-présidente de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- la directrice des usagers et des affaires juridiques, le directeur des finances, la directrice de la qualité, la directrice des admissions et de la facturation, la coordonnatrice générale des activités paramédicales de la communauté hospitalière de territoire et son adjointe, directrice des soins coordinatrice des activités paramédicales du centre hospitalier Sainte-Anne, l'adjoint de la directrice du parcours de soins, le directeur de l'ingénierie, des travaux et de la maintenance, la directrice de la communication et un élève-directeur d'hôpital ;

[1] Du 7 au 11 septembre 2015.

[2] Du 31 août au 4 septembre 2015.

- la coordinatrice générale des soins ;
- les chefs de pôle et les cadres supérieurs de santé (ou leurs représentants) ;
- le chef de service du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) et le chef de service du département d'information médicale (DIM) ;
- le président de la commission d'hospitalisation et la secrétaire générale de la plate-forme éthique ;
- les médiateurs médicaux et non médicaux de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUCQPC) ;
- la représentante de la Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY).

Le 11 septembre 2015 à 11h, à l'issue de la visite, les contrôleurs ont tenu une réunion avec le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement (CME), la directrice des usagers et des affaires juridiques, le directeur des finances, la coordonnatrice générale des soins et le coordonnateur des risques pour leur faire part des principaux enseignements provisoires tirés de la visite.

Le cabinet du préfet de police a été informé de la visite.

Les contrôleurs ont également rencontré le président du tribunal de grande instance de Paris et le procureur de la République près le même tribunal ainsi que deux juges des libertés et de la détention (JLD).

Ils se sont en outre entretenus avec le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et les représentants d'une organisation syndicale.

Les affichettes annonçant la visite des contrôleurs ont été largement apposées dans les unités de soins.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec des soignants et, en toute confidentialité, avec des patients au moment de la visite.

Les documents demandés ont été fournis malgré une difficulté initiale. En effet, sur la base d'une étude juridique commandée au sein de l'établissement, après l'annonce de la visite, il a été indiqué, dans un premier temps, que les contrôleurs n'auraient pas accès au registre de la loi. Cette position, prise sur la seule base du code de la santé publique, a ensuite été révisée sur le fondement de la loi du 30 octobre 2007 et du décret du 12 mars 2008. La note établie le 28 août 2015, adressée au directeur général, au président de la commission médicale d'établissement, à la directrice des affaires juridiques et des usagers et à la responsable du bureau de la loi a été remplacée le 2 septembre 2015. Les contrôleurs ont pu consulter le registre et les pièces de procédure.

Cette mission a fait l'objet d'un projet de rapport qui a été transmis au directeur du centre hospitalier Sainte-Anne, le 8 février 2016. Celui-ci a fait connaître ses observations le 17 mars 2016. Le présent rapport de visite en tient compte.

2 LA PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 La psychiatrie à Paris

Paris est divisé en vingt-cinq secteurs de psychiatrie pour adultes, chacun rattaché à l'un des cinq établissements de santé :

- le centre hospitalier Sainte-Anne ;
- l'établissement public de santé mentale Maison-Blanche ;
- le groupe public de santé Perray-Vaucluse ;
- les hôpitaux de Saint-Maurice ;
- l'association de santé mentale du 13ème arrondissement ;

mais aussi en douze secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, chacun rattaché soit à l'un des cinq établissements précités soit à un hôpital de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (APHP) soit à l'institut mutualiste Montsouris.

Une communauté hospitalière de territoire (CHT) réunit :

- trois membres fondateurs : le centre hospitalier Sainte-Anne, l'établissement public de santé mentale Maison-Blanche, le groupe public de santé Perray-Vaucluse ;
- deux membres associés : les hôpitaux de Saint-Maurice et l'association de santé mentale du 13ème arrondissement.

Le directeur du centre hospitalier Saint-Anne est également le directeur général de la CHT. Une direction commune se met en place avec, progressivement, des directions uniques aux trois établissements, dans certains domaines.

Dans cet ensemble, le centre hospitalier Sainte-Anne prend en charge :

- sept secteurs de psychiatrie adultes : 75 G 03 (couvrant les 5ème et 6ème arrondissements), 75 G 13 (couvrant le 14ème arrondissement), 75 G 14, 75 G 15 et 75 G 16 (couvrant le 15ème arrondissement), 75 G17 et 75 G 18 (couvrant le 16ème arrondissement) ;
- deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : 75 I 06 (couvrant le 14ème arrondissement) et 75 I 08 (couvrant le 16ème arrondissement).

Par ailleurs, l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), qui occupe un bâtiment appartenant à l'hôpital Sainte-Anne et lui est attenante, relève du préfet de police et échappe à la règle commune[3].

2.2 L'implantation du centre hospitalier Sainte-Anne

Le centre hospitalier est implanté dans le 14ème arrondissement de Paris mais dispose de nombreux autres sites extra-hospitaliers (centres médico-psychologiques – CMP – centre d'accueil

[3] Cet établissement a fait l'objet d'une visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 15 au 17 juillet 2009 (cf. rapport de visite et observations du ministre de l'intérieur - www.cglpl.fr/2011/recommandations-du-15-fevrier-2011-relatives-a-linfirmerie-psychiatrique-de-la-prefecture-de-police).

et de crise – CAC – centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel – CATTP - …) dans les 5ème, 6ème, 14ème, 15ème et 16ème arrondissements.

L'hôpital est entouré de quatre rues : au Nord, la rue Cabanis ; à l'Est, la rue de la Santé ; au Sud, la rue d'Alésia et, à l'Ouest, la rue Broussais.

Cinq portes donnent accès au site mais, à la date de la visite, seules deux sont ouvertes en raison du plan Vigipirate : un accès par la rue Cabanis, pour les piétons, et un autre par la rue Broussais, pour les véhicules autorisés et les piétons. La station de métro Glacière est située à quelques centaines de mètres de la rue Cabanis.

A l'intérieur de cette emprise de 14 ha, les voies de circulation portent toutes des noms (Paul Verlaine, Edgar Poe…). Des plans du site et des panneaux indicateurs facilitent les déplacements.

Ce domaine est très ouvert vers l'extérieur et nombreux sont les badauds qui déambulent dans ces parcs. Selon les informations recueillies, certains patients craignent ainsi de sortir de leur unité et de croiser des personnes de connaissance.

L'emprise inclut un espace vert intérieur protégé (EVIP) de 7,1 ha, le plus grand de Paris sur un même lieu. Les arbres (de 400 essences) y sont répertoriés et numérotés et toute opération les concernant est strictement contrôlée. Il a été indiqué que les riverains veillaient également au bon maintien de cet espace vert.

La vocation hospitalière du site remonte au 13ème siècle et les bâtiments construits à la fin du 19ème siècle constituent le cœur historique de l'établissement.

Cette partie centrale s'organise autour d'une cour et des pavillons (chacun avec leur cour) la bordent sur trois côtés ; un autre bâtiment, abritant la direction, occupe le quatrième côté. Un pavillon (pavillon Magnan), situé hors de ce périmètre, fait également partie de cet ensemble.

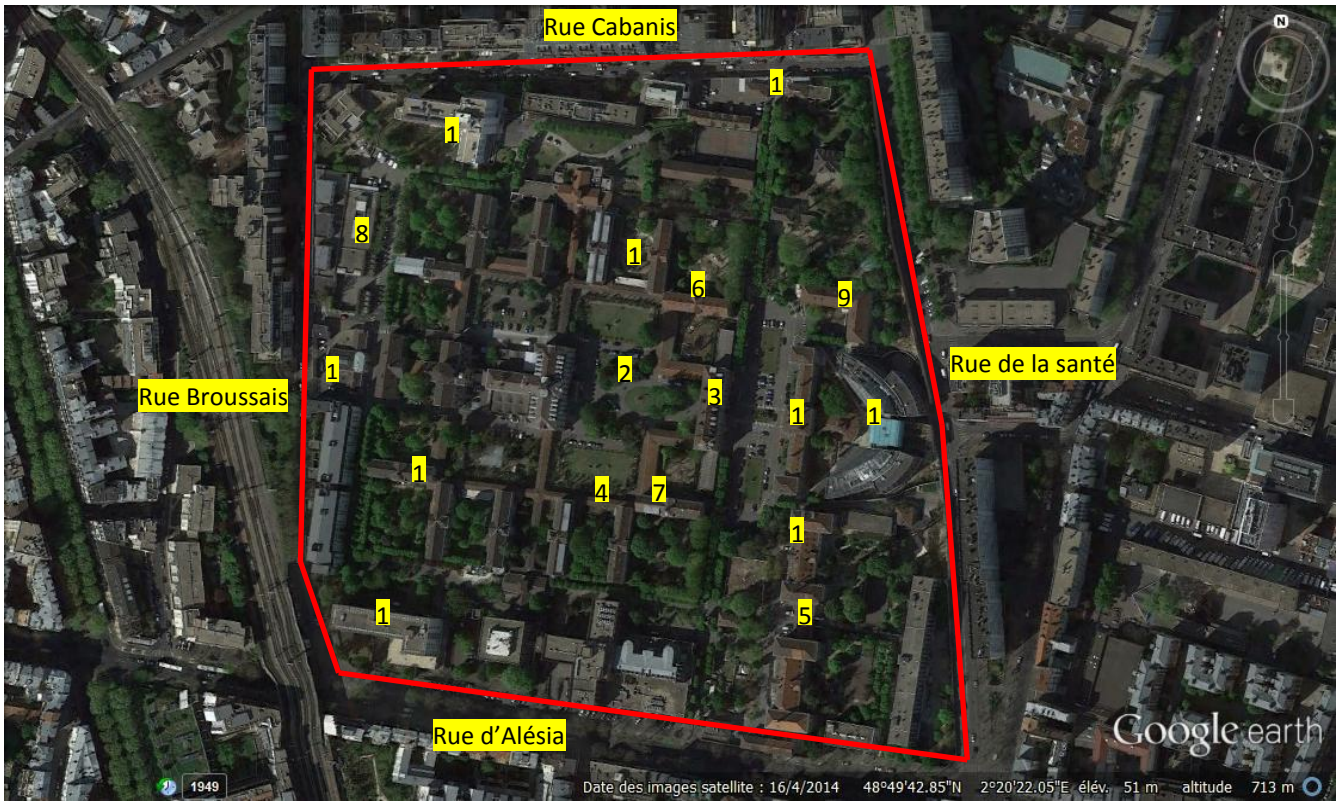
D'autres constructions ont été progressivement ajoutées, au fil du temps à partir de 1920. La zone comprise entre le centre historique et les murs d'enceinte bordant les quatre rues a ainsi été utilisée pour accueillir de nouveaux services. Depuis leur livraison, certains bâtiments ont fait l'objet de rénovations.

Les façades de la partie historique sont classées et toute opération immobilière[4] doit tenir compte de ces contraintes. L'architecte des bâtiments de France en assure le respect.

A partir de l'année 2000, un schéma directeur de l'immobilier a été établi pour une période de vingt ans. Plusieurs phases ont déjà été mises en œuvre et des travaux de rénovation, parfois très importants, ont été effectués. Ainsi, le bâtiment du service hospitalo-universitaire (SHU) a fait l'objet d'une reconstruction quasi complète, seule la structure de base ayant été conservée ; ces travaux (d'un montant de 14 M€) ont été achevés en janvier 2014, date à laquelle le service a pu réintégrer ces locaux après avoir été hébergé dans un autre bâtiment devant lui-même être rénové. De même, le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) a été profondément rénové en 2012.

[4] La zone de protection s'étend 500 mètres autour de la partie classée.

Une nouvelle phase est en préparation portant sur le bâtiment accueillant actuellement le laboratoire de neuropathologie, le pavillon Pierre Janet et la zone située de part et d'autre de la chapelle.



Le centre hospitalier Sainte-Anne

Légende :

1 - Les deux entrées (rue Cabanis – rue Broussais)	2 - Cour centrale
3 - Bâtiment de la direction	4 - Salle d'audience du JLD
5 - Cafétéria	6 - Aumôneries
7 - Bureau du vaguemestre	8 - Cuisine centrale
9 - Centre psychiatrique d'accueil et d'orientation (CPOA) – pavillon Pinel	
10 - Secteur 3	11 - Secteur 13
12 - Secteur 14	13 - Secteur 15
14 - Secteur 16	15 - Secteur 17
16 - Secteur 18	

2.3 L'organisation générale de l'établissement

L'établissement, qui regroupe des activités de psychiatrie et de médecine générale, est organisé en pôles.

Outre le pôle de neurosciences et le pôle médico-technique, plusieurs concernent la psychiatrie :

- « Centre psychiatrique d'accueil et d'orientation (CPOA) – consultation somatique de liaison – consultation extrahospitalière » ;
- « 5ème et 6ème arrondissements » (secteur 75 G 3) ;

- « 14ème arrondissement » (secteur 75 G 13) ;
- « 15ème arrondissement » (secteurs 75 G 14, 75 G 15 et 75 G 16) ;
- « 16ème arrondissement » (secteurs 75 G 17 et 75 G 18) ;
- « Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) – centre de psychothérapie » ;
- « médico-social ».

Jusqu'à une date récente, les secteurs 75 G 03 et 75 G 13 formaient le pôle « Parnasse » mais se sont récemment séparés pour constituer deux pôles distincts, la logique prévalant étant celle du regroupement par arrondissement en raison des liens avec les territoires et avec les structures des arrondissements.

Il convient de noter une forte présence de structures extra-hospitalières comprenant des centres médico-psychologiques (CMP) ouverts tard le soir pour s'adapter au rythme de vie de la population.

2.4 Les données financières

Le budget du centre hospitalier, de 182 M€, est en quasi équilibre.

S'agissant des dépenses, celles liées à la masse salariale (titre 1) sont les plus importantes : 132 M€ (105 M€ pour les personnels non médicaux et 27 M€ pour les personnels médicaux), soit 72,5 %. Celles à caractère médical[5] (titre 2 – 10 M€), à caractère hôtelier (titre 3 – 20 M€) et liées aux charges financières (titre 4 – 20 M€) pèsent nettement moins.

Les recettes sont majoritairement celles versées par l'assurance maladie (titre 1 - 150 M€ dont 110 M€ au titre de la dotation annuelle de financement - DAF - soit 82,4 %). Celles liées à l'activité médicale[6] (titre 2 – 16 M€) et celles liées aux activités non médicales[7] (titre 3 – 16 M€) sont moins importantes.

Il a été indiqué que la DAF, qui avait évolué positivement au cours des précédentes années et assuré une légère progression, est restée constante alors même que la masse salariale continuait à augmenter sous l'effet du « glissement vieillesse technicité » (GVT) et des mesures catégorielles.

Un plan d'économie a donc dû être mis en place pour dégager 2,6 M€ en 2013 et 1,7 M€ en 2014, portant sur les différents titres. Les suppressions de postes ont concerné les fonctions supports et ceux des soignants ont été globalement préservés. Des efforts ont été demandés aux pôles en 2013 (1 M€ par pôle) et 2014 (0,5 M€ par pôle), sans que la mesure soit poursuivie en 2015. Des contrats de pôle ont été passés avec des objectifs à atteindre et un intéressement aux résultats. Des réorganisations et des mutualisations ont ainsi été effectuées : des structures extra-

[5] Achats de médicaments…

[6] Forfaits journaliers – part des mutuelles…

[7] Location des propriétés du centre hospitalier.

hospitalières ont été relocalisées et regroupées pour réduire notamment les coûts de location des locaux.

2.5 Les personnels

2.5.1 Les personnels médicaux

Le centre hospitalier dispose de 325 personnels médicaux, pour un total de 211 ETP. Parmi eux, les 215 (pour 142,63 ETP) qui travaillent en psychiatrie se répartissent ainsi :

	Praticiens hospitaliers		Praticiens attachés		Praticiens contractuels		Assistants des hôpitaux		Total	
	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP
CPOA – consultations somatiques	5	4,2	9	1,55	1	1			15	6,75
Pôle « 5-6 »	11	8,1	4	1,7			4	4	19	13,8
Pôle 14	21	17,7	5	1,4	3	3	6	6	35	28,1
Pôle 15 SHU	34	25,6	23	5,68	3	2,6	13	13	73	46,88
Pôle 16	15	14,1	3	0,4	2	1,6	5	5	25	21,1
Pôle médico-social	5	4,6	3	0,6					8	5,2
CMME – centre de psychothérapie	15	10	16	2,2			1	1	32	13,2
Direction de la politique médicale et la recherche	1	0,6					7	7	8	7,6
Total	107	84,9	63	13,53	9	8,2	36	36	215	142,63

Il a été indiqué que, globalement, aucun poste ne restait longtemps vacant et qu'aucune difficulté de recrutement n'était rencontrée pour remplacer les partants. Le taux de renouvellement, de 13 %, est essentiellement lié aux nombreux départs en retraite et aux remplacements des assistants (qui ne peuvent rester dans ce statut d'entre 6 mois et 2 ans).

Le service de nuit est organisé par pôle, avec un interne de garde, à l'hôpital, et un praticien en astreinte, à domicile. Par ailleurs, un neurochirurgien, un neurologue et un réanimateur sont de garde au sein de l'hôpital, dans les services autres que ceux de psychiatrie.

2.5.2 Les personnels non médicaux

Il a été indiqué que la baisse des effectifs des personnels soignants avait été globalement faible et que le taux d'absentéisme (7,47 % en 2014 pour l'ensemble du centre hospitalier) était inférieur à la moyenne nationale. Les contrôleurs ont observé que, au cours de chacune des trois

dernières années, ce dernier taux était inférieur au pôle Parnasse[8] à celui enregistré dans les pôles « 15ème arrondissement » et « 16ème arrondissement ».

Selon les informations recueillies, aucune difficulté n'est rencontrée pour recruter des infirmiers, des aides-soignants ou des agents des services hospitaliers dont le taux de renouvellement est de 10 %. En revanche, les kinésithérapeutes exercent principalement en profession libérale et sont rarement candidats pour servir à l'hôpital (en raison des différences de rémunération, a-t-il été précisé) ; à la date de la visite, cinq postes n'étaient pas pourvus. Pour y remédier, le centre hospitalier a passé des contrats d'allocation d'études avec des étudiants qui devront travailler durant deux ans à l'hôpital à la fin de leurs études.

Par ailleurs, l'établissement consacre la moitié de son budget « formation » à la promotion interne, notamment pour que des agents deviennent ainsi infirmiers ou aides-soignants ; en contrepartie, ils s'engagent à travailler à l'hôpital Sainte-Anne durant cinq ans à l'issue de ces études.

Les recrutements sont menés par des entretiens menés par les cadres de santé de la direction des soins infirmiers[9] et par d'autres effectués au sein des pôles.

A la date de la visite, la situation des pôles de psychiatrie était la suivante :

	Pôle CPOA - soins somatiques	Pôle 5-6	Pôle 14	Pôle 15	Pôle 16	Pôle CMME - centre psycho thérapie	Total
Cadre supérieur de santé	1	1	1	3	3	1	10
Cadre de santé	1,5	5,3	4,8	11,4	9	4	36
Infirmier	41,8	75,6	94,2	168,6	100,07	48,2	528,47
Aide-Soignant	1	14	32,4	38,5	24,6	19	129,5
Psychologue	1	8	25,43	22,42	17,43	7,95	82,23
Psychomotricien		2,8	8,84	1	4,5		17,14
Ergothérapeute	1	0,3	2,33	1,45	3	3,01	11,09
Masseur kiné.			0,5	2,58		0,5	3,58
Orthophoniste			3,3	0,5	3,36		7,16
Pédicure podologue	0,5						0,5
Auxiliaire de puériculture					2		2
Attaché administration hospitalière		0,5	0,5		0,5	0,5	2
Assistant médico-administratif	2,9	5,8	16,7	19,9	9,6	3,3	58,2
Assistant socio-éducatif	1	5,8	15,5	13,5	13,7	2	51,5

[8] Ces chiffres mentionnés dans le bilan social 2014 ne permettent pas d'identifier les taux des pôles « 5ème et 6ème » et « 14ème » car, à cette date, le pôle Parnasse existait et n'avait pas été séparés en deux (cf. 2.3).

[9] Trois cadres de santé en sont chargés : deux pour la psychiatrie et un pour la partie MCO (« médecine, chirurgie, obstétrique »).

Adjoint administratif.		1	1	15,6	5,8	8,4	31,8
Agent des services hospitaliers et agent d'entretien	3,5	13,8	12,43	37,55	23	16,5	106,78
Educateurs jeunes enfants					5		5
Animateur		0,8	1,9	1			3,7
Maitre ouvrier			2	1			3
Technicien				2,5		1	3,5
Ouvrier professionnel qualifié						2	2
Total	55,2	134,7	222,83	340,5	224,56	117,36	1095,15

Si les effectifs ont globalement peu baissé et si la masse salariale a peu évolué, l'impact a été plus important dans les services de psychiatrie avec une baisse de 2,04 % en deux ans (alors une quasi-stabilité apparaît pour l'ensemble du centre hospitalier)[10] :

	ETPR moyen			Ecart	
	2012	2013	2014	2012/2013	2013/2014
Pôle 15ème	341,65	348,34	344,35	1,96 %	-1,15 %
Pôle Parnasse	373,24	367,04	359,89	-1,66 %	-1,95 %
Pôle 16ème	217,45	218,89	217,10	0,66 %	0,82 %
Pôle CMME - psychothérapie	112,13	111,75	100,85	-0,34 %	-9,76 %
Pôle CPOA – soins somatiques (hors SMPR)	44,82	44,08	44,84	-1,64 %	1,71 %
Total psychiatrie	1 089,29	1 090,10	1 067,03	0,01 %	-2,12 %
Total CHSA (avec les autres pôles)	2 172,81	2 180,88	2 173,39	0,37 %	-0,34 %

[10] Source : bilan social du centre hospitalier Sainte-Anne.

Les dépenses d'intérim ont fortement diminué dans le centre hospitalier (-34,1 % en deux ans) mais les pôles de psychiatrie ont bénéficié, au contraire, d'une augmentation (+19,3 % sur la même période)[11] :

	Dépenses d'intérim			Ecart	
	2012	2013	2014	2012/2013	2013/2014
Pôle 15ème	157 166 €	112 468 €	145 822 €	-28,4 %	29,7 %
Pôle Parnasse	11 015 €	27 149 €	64 582 €	146,5 %	137,9 %
Pôle 16ème	33 126 €	16 146 €	45 530 €	-51,3 %	182,0 %
Pôle CMME - psychothérapie	44 539 €	47 249 €	23 793 €	6,1 %	-49,6 %
Pôle CPOA – soins somatiques (hors SMPR)	29 732 €	39 964 €	49 418 €	34,4 %	23,7 %
Total psychiatrie	275 578 €	242 976 €	329 145 €	-11,8 %	+35,5 %
Total CHSA (avec les autres pôles)	1 016 939 €	662 863 €	670 179 €	-34,8 %	1,1 %

Les heures supplémentaires ont été très fortement réduites (-2,2 % en deux ans) et l'effort demandé aux pôles de psychiatrie a été encore plus important (-53,8 % en deux ans)[12] :

	Heures supplémentaires hors charges			Ecart	
	2012	2013	2014	2012/2013	2013/2014
Pôle 15ème	265 452 €	120 763 €	85 740 €	-54,5 %	-29,0 %
Pôle Parnasse	189 069 €	104 901 €	74 340 €	-44,5 %	-29,1 %
Pôle 16ème	86 641 €	96 875 €	57 882 €	11,8 %	-40,3 %
Pôle CMME – psychothérapie	101 722 €	53 233 €	48 279 €	-47,7 %	-9,3 %
Pôle CPOA – soins somatiques – SMPR	70 063 €	76 432 €	63 194 €	9,1 %	-17,3 %
Total psychiatrie	712 947 €	452 204 €	329 435 €	-36,6 %	-27,1 %
Total CHSA (avec les autres pôles)	1 319 678 €	953 192 €	762 656 €	-27,8 %	-20,0 %

Dans les unités, les personnels soignants ont indiqué avoir ressenti une réduction des effectifs et une présence soignante moindre.

[11] Source : bilan social du centre hospitalier Sainte-Anne.

[12] Source : bilan social du centre hospitalier Sainte-Anne.

Les horaires de roulement des équipes infirmières sont identiques au sein de toutes les unités : de 6h45 à 14h23 ; de 13h37 à 21h15 ; de 21h à 7h03.

Les personnels administratifs et techniques ont été plus touchés par les réductions d'effectifs mais la situation est restée stable entre 2013 et 2014[13]. Par ailleurs, des départs en retraite, notamment de personnels chargés de la maintenance, ont été compensés, avec difficulté, par l'arrivée de jeunes techniciens moins expérimentés et l'entretien des locaux s'en est ressenti.

Un psychologue de la direction des ressources humaines peut intervenir à la demande d'un agent ou d'une équipe pour assurer un soutien à la suite d'évènements particuliers.

Il a également été indiqué qu'un projet portant sur les risques psycho-sociaux se mettait en place et qu'un groupe allait entamer ces travaux.

2.5.3 Un élément d'ambiance

L'hôpital Sainte-Anne reste marqué par une crise survenue après la diffusion en 2010, par Arte, d'un documentaire tourné dans deux secteurs fermés, dont les chefs de service ont été sanctionnés en 2012 par le conseil régional de l'Ordre des médecins par des peines de suspension de plusieurs mois, partiellement assorties de sursis.

Il était reproché à ces médecins de renom - qui avaient autorisé le tournage du reportage et y avaient eux-mêmes participé - un manquement à la déontologie, en raison notamment du non-respect de l'anonymat des patients et de la façon très déplaisante, voire déplacée dont ces derniers étaient traités, notamment lors de placements sous contention et de traitements par sismothérapie. L'un de ces médecins a retrouvé son poste, sitôt sa peine achevée, et la direction du service, où il exerçait toujours au moment du contrôle.

Le choc entraîné par la diffusion du documentaire dans lequel les patients paraissaient traités avec mépris et désinvolture, la gêne devant l'assurance des médecins, le manque d'empathie des personnels et le discrédit rejaillissant sur l'ensemble de l'hôpital ont entraîné une mise en cause des pratiques professionnelles. Le film a donné lieu à une saisine spécifique de la plateforme éthique (cf. § 2.8).

Néanmoins, dans l'ensemble, les personnels rencontrés sont fiers de travailler dans cet établissement de « notoriété internationale »[14]. Il s'agit là d'un sentiment maintes fois exprimé durant la visite. Cet attachement profond a rarement été observé avec une telle intensité dans d'autres hôpitaux.

[13] Personnels administratifs : 315,58 ETPR en 2013 – 316,50 ETPR en 2014 ; personnels techniques et ouvriers : 260,39 ETPR en 3013 – 263,62 ETPR en 2014.

[14] Termes employés dans la page de présentation de l'établissement sur le site : http://www.ch-sainte-anne.fr

2.6 L'activité[15]

Globalement, l'établissement suit une file active de 33 620 patients et les activités extra-hospitalières sont très fortement développées. Selon les données du rapport d'activité de 2014, la répartition par pôle est la suivante :

Pôle	File active	Taux de patients en ambulatoire (hors service d'accueil d'urgence)
Parnasse (dans sa précédente configuration)	9 867	96,2 %
« 15ème arrondissement »	10 797	95,7 %
« 16ème arrondissement »	4 995	93 %
« CMME – centre de psychothérapie »	2 949	94,6 %

Selon le rapport d'activité du centre hospitalier Sainte-Anne, la durée moyenne de séjour (DMS) a été de 21,3 jours en 2014 pour les personnes hospitalisées à temps complet. Ce chiffre varie selon le mode d'admission : 16,3 jours pour celles en soins libres ; 23,7 jours pour celles en ASPDT ; 27 jours pour celles en ASPPI ; 41,8 jours pour celles en ASPDRE.

Les admissions en soins psychiatriques sous contrainte représentent 30 % des entrées de personnes hospitalisées à temps complet.

L'évolution au cours des trois précédentes années se présente ainsi :

	2012	2013	2014	Total sur trois ans et part relative
ASPDRE	105 (8,2 %)	129 (10,1 %)	118 (8,7 %)	352 (9 %)
ASPDT	295 (23 %)	241 (18,9 %)	275 (20,2 %)	811 (20,7 %)
ASPDT-U	659 (51,4 %)	666 (52,2 %)	690 (50,6 %)	2 015 (51,4 %)
ASPPI	223 (17,4 %)	240 (18,8 %)	280 (20,5 %)	743 (18,9 %)
Total	1 282	1 276	1 363	3 921

La part des admissions sur décision du représentant de l'Etat est, en moyenne, inférieure à 10 % au cours des dernières années.

Les personnes admises selon la procédure classique de l'ASPDT, avec une demande d'un tiers et deux certificats médicaux, ne représente qu'un cas sur cinq alors que les procédures normalement dérogatoires (l'urgence avec une demande d'un tiers mais un seul certificat médical et le péril imminent avec uniquement un certificat médical) concernent plus de sept cas sur dix.

[15] Selon les données fournies par l'établissement – cf. rapport 2014 de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Les ASPDT en urgence sont majoritaires (51,4 %) et les admissions en péril imminent sont plus nombreuses chaque année (en valeur absolue – passant de 659 en 2012 à 690 en 2014 - et en valeur relative – passant de 17,4 % à 20,5 % sur la même période).

Au cours de la même période, l'évolution des admissions sous contrainte a été la suivante :

Secteur	2012	2013	2014	Total sur trois ans et part relative
Pôle « 5ème et 6ème arrondissements »				
Secteur 3	142	146	132	420 (10,7 %)
Pôle « 14ème arrondissement »				
Secteur 13	269	256	331	856 (21,8 %)
Pôle « 15ème arrondissement »				
Secteur 14	256	241	238	735 (18,7 %)
Secteur 15	120	146	154	420 (10,7 %)
Secteur 16	154	162	162	478 (12,2 %)
Total	530	549	554	1633 (41,6 %)
Pôle « 16ème arrondissement »				
Secteur 17	152	149	155	456 (11,6 %)
Secteur 18	189	173	191	553 (14,1 %)
Total	341	322	346	1009 (25,6 %)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	0	3	0	3 (0,1 %)
Centre hospitalier				
Total général	1 282	1 276	1 363	3 921

Le secteur 75 G 13 a ainsi pris en charge plus d'un patient sur cinq, ce qui est nettement supérieur au niveau des six autres secteurs.

Le taux d'occupation des unités de soins est important. En 2014, il s'est établi ainsi :

Secteur 3	Secteur 13	Secteur 14	Secteur 15	Secteur 16	Secteur 17	Secteur 18
78 %	97 %	85 %	79 %	83 %	63 %	70 %

Telle a été aussi la situation observée par les contrôleurs lors de leur visite (cf. § 5).

Plus de la moitié des patients ne dépendent pas d'un des secteurs couverts par le centre hospitalier mais sont des personnes de passage à Paris. Selon les informations recueillies, le centre hospitalier accueille notamment des étrangers en voyage touristique : environ 5 % des patients accueillis seraient dans cette situation. Ces personnes rentrent dans leur pays après avoir été stabilisées, parfois en étant raccompagnées par des soignants jusqu'à leur destination.

A la date de la visite, 185 patients étaient admis en soins psychiatriques sous contrainte (occupant 39,9 % des 464 lits) étaient hospitalisés. Leur répartition était la suivante :

	Secteur 3	Secteur 13	Secteur 14	Secteur 15	Secteur 16	Secteur 17	Secteur 18	CMME	Total
ASPDRE	4	11	8	2	3	9	7	0	44
ASPDT	0	22	6	2	5	3	2	0	40
ASPDT/U	13	14	13	11	10	10	2	1	74
ASPPI	5	8	5	1	3	4	1	0	27
Total	22	55	32	16	21	26	12	1	185

Ainsi, 40 % de ces patients avaient été admis selon la procédure d'urgence (avec un seul certificat médical) et 14,6 % l'avaient été en procédure de péril imminent (sans demande d'un tiers).

Parmi les 185 patients, 141 (soit 76,2 %) avaient été admis en 2015 (soit moins de 8 mois) et 24 (13 %) l'avaient été en 2014 (soit entre 1 an 8 mois et 8 mois). Parmi les 20 autres (dont 15 ASPDRE, 1 ASPDT, 2 ASPDT-U et 2 ASPPI), la personne présente depuis le plus longtemps avait été admise en septembre 2009 (soit 6 ans) mais huit patients (dont trois entrés en 1997, 1998 et 2005) étaient « sortis sans autorisation ». Il a été précisé que le taux des patients séjournant plus de 292 jours (seuil fixé pour l'appréciation des séjours prolongés) était de 0,8 % de file active temps plein et que ce niveau était nettement inférieur à celui observé dans bon nombre d'autres établissements[16].

Le patient le plus âgé avait 80 ans et cinq avaient plus de 70 ans ; quatre étaient en ASPDT-U et deux en ASPDT.

2.7 La démarche « qualité »

Le service qualité existe au centre hospitalier Sainte-Anne depuis 1998. Il centralise toutes les actions et le travail des commissions. Les contrôleurs ont pu constater la dynamique, l'efficacité et la rigueur de ce service.

Quatre axes ont été déterminés : la place centrale de l'usager, la qualité des soins, la sécurité des soins et la dynamique d'évaluation.

Un comité de pilotage se réunit chaque mois ; il comprend le directeur, le président et la vice-présidente de la commission médicale d'établissement (CME), un médecin anesthésiste réanimateur, la coordinatrice générale des soins, la présidente de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), le président du comité d'hygiène,

[16] Selon une étude effectuée menée par les médecins des départements d'informations médicales (DIM) lors des 3èmes journées nationales de l'information médicale et du contrôle de gestion en psychiatrie (septembre 2014), le taux moyen constaté dans vingt-deux établissements d'Aquitaine, de Rhône-Alpes et de Paris était de 5,01 %.

sécurité et conditions de travail (CHSCT), la directrice de la politique médicale et l'équipe de la direction de la qualité et de la gestion des risques.

Une responsable, avec une ingénieure qualité et une assistante, assure la coordination de cette direction « qualité », élabore des programmes pluriannuels et participe aux travaux engagés. Deux médecins y sont attachés, l'un à raison de deux jours par semaine et l'autre, un jour par semaine. Un médecin du CHS de Maison-Blanche assure la coordination « qualité » des trois établissements de la communauté hospitalière de territoire.

Le système documentaire comprend 2 600 documents gérés sur une base informatisée, avec les mises à jour adéquates. Le système intranet du centre hospitalier Sainte-Anne permet à tout le personnel d'y avoir accès. L'implication des soignants est illustrée par quelques chiffres : quatre-vingt-deux référents « qualité », quarante-neuf référents RMM (revue de morbi/mortalité) et REX (retour d'expérience), cinquante référents hygiène, vingt auditeurs internes formés…

La Haute autorité de santé (HAS) a effectué une première visite en 2004, puis ensuite en 2008 et 2012. La certification a été obtenue, avec des réserves concernant le bloc opératoire. Le service prépare la prochaine visite prévue en mars 2017. Selon le manuel de certification de la HAS, la méthode d'évaluation du « patient traceur », qui consiste à consigner le suivi intégral du parcours d'un patient est en cours de généralisation à raison d'une évaluation par an et par service.

La certification ISO 9001 a été obtenue par l'Institut de formation des cadres de santé (IFCS). La direction de l'ingénierie, des travaux et de la maintenance est en cours de certification concernant le développement durable et la démarche d'accréditation est en cours pour le laboratoire de biologie.

2.8 La plate-forme éthique

La plate-forme éthique existe depuis 2008. Elle est née d'un groupe de travail créé en 2007, à la demande du conseil d'administration. La tradition, jusque-là, était de travailler avec le comité d'éthique de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (APHP) et surtout le centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin.

La plate-forme est composée de trente personnes, réunies après « appel aux bonnes volontés » : certaines appartiennent au centre hospitalier Sainte-Anne (des infirmiers, des médecins, des cadres de santé, un psychologue, un aumônier, un orthophoniste…), les autres sont des personnalités extérieures (un juriste, un diacre, un philosophe, un psychomotricien, une médiatrice belge en santé …).

Contrairement à la structure de l'hôpital Cochin, où des cas individuels peuvent être traités, la plate-forme éthique de Sainte-Anne a décidé de traiter de thématiques de portée générale. Elle émet des avis, diffusés à l'ensemble des services par l'intranet, qui servent de base sur laquelle les professionnels peuvent s'appuyer. L'idée est d'aboutir à un accord sur les pratiques entre les divers intervenants, après avoir transmis les différentes phases de réflexion. « *Il s'agit de croiser les pratiques, de s'interroger, de donner un outil pour réfléchir, et non de créer des normes* », explique un médecin membre de la plate-forme.

Parmi les thèmes discutés, on peut relever le poids financier dans les prises en charge, l'interruption des soins curatifs en réanimation, le refus de soins somatiques du sujet souffrant de troubles psychiatriques et la question « bientraitance - maltraitance », qui a conduit à l'élaboration d'une grille diffusée dans tous les services et permet aux personnels d'auto-évaluer leurs pratiques. Autre exemple : saisie par une équipe soignante de la question des fouilles de patients, la plate-forme éthique a établi la distinction avec les inventaires faits à l'arrivée du patient et conclu que « *La décision de recourir à ces contrôles ne trouve une légitimité que s'il existe un risque de menace réel et grave, tel que la sécurité (du patient ou de toute autre personne). […] La prise de décision […] engage à chaque fois la responsabilité éthique de celui qui prend la décision, d'où l'importance d'une réflexion commune et d'un soutien entre membres des équipes soignantes.* »

En ce qui concerne le tutoiement des patients, la réflexion d'un autre établissement, qui recommande d'éviter les abus de langage sans pour autant le proscrire, a été diffusée sur intranet.

Aucune saisine n'a été effectuée sur l'isolement, ni sur la contention.

2.9 L'observatoire de la violence

Un médecin et une cadre de santé coordonnent les travaux de cette instance créée en 2009. Une vingtaine de professionnels de toutes catégories y participent à raison d'une réunion plénière par trimestre. Des groupes de travail se réunissent une fois par mois en moyenne, sur des thèmes tels que : la grille d'évaluation des facteurs de risques ou le guide à l'attention des jeunes professionnels.

La réflexion a d'abord porté sur les moyens de coercition et sur la violence subie par les soignants de la part des patients. La base de travail a été trouvée dans la liste des évènements indésirables (EI).

Ensuite la prévention et la notion de bientraitance ont servi à traiter du problème des soignants violents à l'égard des malades.

A partir des évènements indésirables signalés, des fiches de renseignements sont adressées aux membres du personnel concernés par des violences envers eux ; le taux de retour de ces fiches est de l'ordre de 30 %. Un progrès est escompté avec l'informatisation de ces échanges.

Une enquête, menée en 2011-2012, a abouti à un plan d'actions qui comprend un programme de formation, une campagne d'information des soignants (appel à renfort, urgence-renfort avec des procédures concernant la sécurité) et une information transmise par le journal interne.

3 LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

3.1 L'arrivée des patients au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) et l'admission des patients

Les patients peuvent arriver directement dans les unités, notamment lorsqu'ils sont adressés par les psychiatres des centres médico-psychologiques, ou passer par le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA).

Ils peuvent aussi avoir été reçus, au préalable, dans un des services d'accueil d'urgence (SAU) dans lesquels des personnels de l'hôpital Sainte-Anne assurent la psychiatrie de liaison à l'hôpital Cochin (14ème arrondissement), à l'hôpital Saint-Joseph (14ème arrondissement), à l'hôpital européen Georges-Pompidou (15ème arrondissement) ou à l'hôpital Ambroise Paré (à Boulogne-Billancourt).

3.1.1 Le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA)

Le CPOA, ouvert 24 heures sur 24, tout au long de l'année, a une vocation régionale et n'est pas uniquement réservé au fonctionnement de l'hôpital Sainte-Anne. Ainsi, le centre rattache les personnes sans domicile fixe et les étrangers nécessitant une hospitalisation ou un suivi à un secteur de l'Ile-de-France, en équilibrant les charges et en tenant compte des parcours de vie : à titre d'exemple, une personne sans domicile fixe mais ayant ses habitudes dans tel arrondissement sera rattachée au secteur correspondant. Ainsi, en juin 2015, selon les éléments fournis, les personnes reçues au CPOA provenaient de Paris (53 %) ou d'un autre département de l'Ile-de-France (24 %), étaient sans domicile fixe (13 %), résidaient en France, hors de l'Ile-de-France (6 %) ou à l'étranger (4 %) ; 56 % étaient des hommes et 44 % des femmes.

3.1.1.1 Les locaux

Le CPOA est installé au rez-de-chaussée d'un bâtiment récemment rénové, situé près de l'entrée de la rue Cabanis.

Les locaux, accessibles par quelques marches et une rampe pour les personnes à mobilité réduite, sont en forme de L. Ils sont en parfait état.

L'entrée du CPOA

Un sas donne accès à un hall d'accueil de 35 m², à la jonction des deux branches du L. Une banque permet aux infirmiers d'y recevoir les arrivants. Une salle d'attente de 58 m² est divisée en deux zones, l'une pour les personnes en attente[17], et l'autre, séparée de la précédente par de simples claustras, pour les entretiens infirmiers[18]. Une porte, en permanence ouverte, donne sur un jardin.

D'un côté, sont regroupés deux bureaux de consultation, la salle de détente des professionnels et une salle de réunion mais aussi deux box de consultation.

De l'autre, de part et d'autre d'un couloir central, sont disposés deux bureaux de consultation, un bureau d'accueil téléphonique, cinq chambres dont une de soins intensifs ; des bureaux dont celui du chef de service et de la cadre de santé sont installés au bout de ce couloir.

Chaque box, de 9 m², est sommairement équipé : un lit, une table et une chaise. La fenêtre ne peut pas être ouverte par le patient et un rideau permet de l'occulter. Un luminaire assure l'éclairage.

Chaque chambre, dont la surface varie de 9,37 m² à 10,76 m², est meublée de façon identique aux box. Elle bénéficie toutefois d'une pièce séparée pour les sanitaires, avec un lavabo et une douche.

Des WC sont placés près des chambres et des box.

Une chambre de soins intensifs, dite de « réa » (selon l'expression entendue sur place), est attenante à la pharmacie, laquelle jouxte le bureau des infirmiers. Des portes vitrées permettent une vue directe à partir de ces deux pièces. Cette chambre, de 10,75 m², accessible par deux portes (l'une, vitrée, donnant dans la pharmacie et l'autre, pleine, donnant dans le couloir) est équipée d'un lit non scellé au sol et d'un lavabo.

Une chambre

[17] Avec des sièges et un distributeur de boissons.

[18] Avec trois tables rondes et des sièges.

Le jardin arboré est accessible jour et nuit car la porte de la salle d'attente n'est jamais verrouillée. Entouré d'une clôture, l'endroit est équipé de bancs et de bornes lumineuses. Des cendriers y sont installés.

Aucune caméra de vidéosurveillance n'est installée dans ces locaux.

Le jardin

3.1.1.2 Les effectifs

a. Les effectifs médicaux

Deux praticiens hospitaliers à temps plein et deux autres à mi-temps, renforcés par des praticiens attachés pour l'activité de jour et d'autres pour l'activité de nuit travaillent au CPOA. A la date de la visite, trois internes complétaient l'équipe médicale.

Trois à quatre médecins, dont au moins un sénior, sont ainsi présents de jour (entre 8h30 et 18h30) et deux autres (un senior et un interne) le sont de nuit (entre 18h30 et 8h30).

b. Les effectifs paramédicaux

Un cadre supérieur de santé, deux cadres de santé, vingt-quatre infirmiers pour le jour et treize pour la nuit ainsi que trois agents des services hospitaliers se relaient dans le centre.

L'effectif en service est de cinq infirmiers le matin, six l'après-midi et cinq la nuit.

Chaque matin, à 8h45, une réunion des médecins, cadres et infirmiers permet de faire le point de l'activité de la journée écoulée, d'évoquer la situation des patients maintenus en observation durant la nuit et les consultations programmées du jour.

3.1.1.3 L'activité

L'activité est essentiellement non programmée, les personnes se présentant sans rendez-vous. En effet, les patients peuvent être reçus par des psychiatres et des infirmiers à tout moment du jour et de la nuit, tout au long de l'année. Il s'agit là d'une caractéristique essentielle du fonctionnement de cette unité.

Selon le rapport d'activité de 2014, le CPOA a reçu 9 405 personnes en consultation (soit entre 25 et 26 par jour, en moyenne)[19]. Des patients peuvent y être maintenus moins de 24 heures pour une évaluation. Au-delà, des hospitalisations brèves peuvent être menées sur place ; 126 l'ont été en 2014.

Il a été indiqué que des personnes y venaient parfois pour obtenir un deuxième avis, la consultation d'un premier psychiatre ne leur ayant pas donné satisfaction.

La moitié les patients reçus est ensuite hospitalisée. Les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat sont très rares compte tenu de l'existence de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police.

Il a été précisé que le certificat médical établi par un des médecins du CPOA ne pouvait pas servir de premier certificat confirmé par un autre rédigé par un confrère d'une unité de soins du centre hospitalier Sainte-Anne. La pratique contraire, qui avait cours dans le passé, a désormais cessé.

Le centre assure aussi un accueil téléphonique pour écouter, conseiller et orienter des usagers et des professionnels.

3.1.1.4 Le fonctionnement

Les chambres sont toujours ouvertes mais les salles de bain ne le sont que sur demande, pour éviter notamment que les patient souffrant de potomanie ne s'abreuvent inconsidérément. Durant leurs différents passages au CPOA, les contrôleurs ont constaté que les patients placés en box ou en chambre en sortaient librement et allaient au WC ou dans le jardin.

Les mises en pyjama des patients, rares, sont liées à un risque avéré de fugue ou à un impératif vestimentaire.

Durant le passage au CPOA, un examen somatique n'est pas systématiquement effectué par un médecin généraliste (mais les constantes sont toujours relevées en cas d'administration d'un traitement) ; cet acte est effectué au sein des unités, en cas d'hospitalisation. Il a cependant été précisé qu'un médecin généraliste pouvait être appelé, si nécessaire.

L'alimentation des patients maintenus dans les locaux du centre, le temps de leur évaluation, est organisée. Chaque jour, la cuisine centrale fournit des repas (avec entrée, plat et dessert) au CPOA. Les contrôleurs ont constaté que des barquettes étaient conservées dans un réfrigérateur de l'office. Un four permet de remettre les barquettes en température pour fournir un repas chaud. D'autres provisions servent pour ceux qui restent moins longtemps mais peuvent avoir faim.

Les téléphones portables sont laissés aux patients, sauf cas particulier.

Les contrôleurs ont observé le fonctionnement de cette unité le mardi 8 septembre 2015 après-midi et le jeudi 10 septembre après-midi.

[19] Dont 400 à 500 sont des membres de la famille, hors présence du patient.

Les personnes se présentant au CPOA se sont succédé à un rythme soutenu, parfois seules, parfois accompagnées d'un proche. Elles ont été aussitôt accueillies par un soignant qui a relevé les premières informations, concernant notamment les éléments d'identité et leurs éventuels précédents passages à l'hôpital Sainte-Anne. Il a été indiqué que l'infirmier procédant à cet accueil devenait le référent du patient durant son séjour au centre (avec, si nécessaire, une relève lors du changement d'équipe). Le patient et son accompagnateur ont ensuite été dirigés vers la salle d'attente.

Les éléments ainsi recueillis servent à rechercher le dossier si le patient a déjà été hospitalisé à Sainte-Anne, à contacter le médecin traitant ou la famille si l'évaluation de l'état et la prise de décision (pour une éventuelle admission à la demande d'un tiers) le nécessitent.

Moins de 15 minutes après l'arrivée, le premier cité a été reçu en entretien par l'infirmier, et l'accompagnateur les a rejoints ensuite. Les contrôleurs ont constaté que les discussions restaient confidentielles malgré la configuration des lieux (cf. *supra*) car les échanges se passaient à voix basse. Toutefois, dans un cas, un accompagnateur a parlé à haute voix et les autres personnes présentes pouvaient distinctement suivre l'entretien. Cette salle d'attente, qui a l'avantage d'être spacieuse et d'autoriser une libre circulation - en offrant même au patient la possibilité de mettre fin à l'entretien s'il le souhaite - présente aussi cet inconvénient : la discrétion n'est acquise que si les personnes chuchotent. De plus, en l'absence d'une véritable zone de confidentialité, ces discussions se déroulent sous le regard de toutes les autres personnes présentes dans la pièce.

A l'issue de ce premier entretien, les personnes attendent de nouveau dans la salle ; elles peuvent également sortir dans le jardin. Les contrôleurs ont constaté que cette période était généralement courte et que l'entretien avec un psychiatre intervenait dans un bref délai, souvent moins d'une heure après l'arrivée au centre : dans un cas, le patient a été reçu 35 minutes après son arrivée mais dans un autre cas, le délai a été de 1 heure 40 minutes.

Durant les visites des contrôleurs, les mouvements ont été très fluides. Une personne relevant d'un secteur de Seine-et-Marne a été accueillie, reçue en entretien par un infirmier puis par le médecin avant d'être prise en charge par des ambulanciers venant de Melun et a quitté le CPOA une heure après son arrivée. D'autres sont restées plus longtemps, sans toutefois que la durée de présence dépasse 4 heures.

Les contrôleurs ont assisté à deux évènements particuliers.

Dans le premier cas, la patiente est arrivée sur un brancard, conduite par des ambulanciers. Elle a été immédiatement prise en charge et aussitôt installée dans une chambre. Des infirmiers l'ont assistée et l'un d'eux lui a apporté une boisson chaude.

Dans le second cas, la jeune femme s'est présentée seule et a été reçue à la banque du bureau des infirmiers pour un premier contact. Sans attendre, elle s'est dirigée vers la salle d'attente et paraissait faire un malaise. Aussitôt, un médecin et plusieurs infirmiers se sont portés à son secours ; après une première évaluation, le médecin et un infirmier sont restés auprès d'elle et se sont retirés peu après pour, selon les informations recueillies ultérieurement, « *ne pas lui faire ressentir une pression trop forte* ». Brusquement, la patiente s'est levée, est passée devant le bureau des infirmiers en disant un mot et a quitté les locaux pour aller sur le perron. Là encore,

deux médecins, les deux cadres de santé et des infirmiers se sont précipités pour lui bloquer le passage et entamer un dialogue avec elle. Durant cette période, un médecin a téléphoné à son psychiatre traitant et la nécessité d'un entretien avec un médecin a été confirmée. Après une longue discussion, sans aucun contact physique mais en la canalisant vers l'intérieur des locaux, les soignants l'ont installée dans la chambre de soins intensifs. Ils ont alors procédé à un examen somatique avant qu'elle ne soit reçue directement, sans attendre, par un psychiatre. Cette situation a permis de constater que la présence de personnels, en nombre, a été un facteur essentiel pour régler cet incident en souplesse, sans jamais recourir à la force, en jouant un rôle contenant.

Le recours à la contention est parfois nécessaire durant le séjour des patients au CPOA[20] (selon les informations recueillies, entre 7 % et 8 % des patients) mais il est tracé sur un registre, situation unique au sein de ce centre hospitalier. Cette bonne pratique mérite d'être donc relevée.

Une page est ouverte pour chaque journée, même si aucune contention n'est pratiquée. Sont ainsi inscrits :

- l'identité du patient ;
- le sexe (homme ou femme) ;
- la contention ou le port des menottes à l'arrivée du patient ;
- l'heure de début de la contention ;
- le numéro de la chambre dans laquelle le patient est placé ;
- le nom de l'infirmier référent au moment de la contention ;
- le nom du médecin prescripteur de la contention ;
- le maintien ou non de la contention au départ du patient ;
- l'heure de la levée de la contention ou l'heure du départ ;
- le nom de l'infirmier référent au moment de la levée ;
- Le nom du médecin prescripteur de la levée.

Les contrôleurs ont examiné les mesures prises entre le 1er janvier et le 31 août 2015 : 208 contentions étaient enregistrées.

Par souci de confidentialité, l'identité du patient se limite à son prénom et aux trois premières lettres de son nom. Les infirmiers et médecins sont désignés par leurs prénoms ou leurs initiales.

Quelques oublis ou incohérences ont été notées[21]. Ainsi, dans huit cas, l'heure de la levée n'a pas pu être établie.

[20] Le CPOA dispose de quatre jeux de sangles de contention.

[21] A titre d'exemples : le 14 avril : même heure de début et de fin – le 29 avril : aucune information sur le maintien ou non de la contention au départ, sur l'heure de la levée et sur l'identité du médecin qui en a décidé – le 5 juin : heure de début illisible – le 1er juin : aucune information sur le maintien ou non de la contention au départ et sur l'heure de la levée - ...

Sur cet échantillon de 200 mesures, les durées de placement sous contention ont été les suivantes :

	Moins d'une heure	Entre une et deux heures	Entre deux et trois heures	Plus de trois heures
Nombre	39	45	45	71
Pourcentage	19,5 %	22,5 %	22,5 %	35,5 %

Ainsi, une contention sur cinq dure moins d'une heure. Les contrôleurs ont observé que certaines étaient de très courte durée (moins de 30 minutes).

Trois contentions ont été maintenues au-delà de 10 heures : 12 heures ; 12 heures 15 minutes ; 13 heures 45 minutes.

Parmi les 200 patients concernés : 65 sont arrivés en étant sous contention ou menottés et 82 sont partis en étant sous contention.

3.1.2 Les modalités d'admission

3.1.2.1 Les modalités pratiques

Les modalités d'admission sont quasiment identiques dans toutes les unités.

Les patients, qui proviennent du CPOA, d'un CMP, d'un SAU ou de l'I3P, sont accueillis par les infirmiers et aides-soignants, préalablement informés de l'arrivée, et installés dans une chambre.

Un premier entretien mené par un infirmier permet d'évaluer l'urgence d'un entretien avec le psychiatre.

Un inventaire des effets et objets est réalisé avec l'arrivant pour écarter les matériels jugés dangereux et préserver les valeurs. Une boîte nominative, placée dans le bureau des infirmiers, sert à conserver les rasoirs, ciseaux, pinces à ongles… Les valeurs sont transmises à la caisse centrale ou, de façon transitoire, placées dans le coffre du service de sécurité, en dehors des heures ouvrables. Des coffres, installés dans les armoires des chambres (sauf dans les unités J et K du secteur 16[22]), permettent aussi aux patients de conserver avec eux des objets attractifs.

Un examen somatique est effectué le jour même ou le lendemain (selon les heures d'arrivée).

Le livret d'accueil n'est pas nécessairement remis dès l'arrivée mais au moment où le patient est en mesure de comprendre, après une période de crise. Ce document de vingt-huit pages présente le centre hospitalier et ses personnels puis traite des règles d'hospitalisation en abordant les formalités administrative d'admission et de sortie, la vie quotidienne (repas, visites, téléphone, courrier…), la maison des usagers mais aussi l'hospitalisation en psychiatrie. Ce dernier sujet donne lieu à des développements sur les soins psychiatriques sans consentement, notamment sur

[22] A l'unité J, aucun coffre n'existe. A l'unité K, les coffres sont en place mais les codes ont été perdus.

l'information du patient, sur ses droits et ses voies de recours. Même si le contenu est plus développé que ce qui figure au verso des différentes décisions (cf. § *infra*), les informations sur le parcours d'un patient admis sous contrainte reste encore succinct et ne permettent pas de comprendre l'ensemble du processus. Les adresses utiles sont inscrites en fin de livret mais le Médiateur de la République n'y est pas encore remplacé par le Défenseur des droits. L'adresse du tribunal de grande instance de Paris est précisée mais rien ne mentionne que c'est aussi l'adresse du juge des libertés et de la détention. Ce document renvoie aussi à la brochure de Psycom[23] sur les « droits des patients en psychiatrie ». Ce dédale de documents mériterait d'être unifié dans un seul, complet.

Ce livret est disponible dans les unités. Il est ainsi parfois placé dans la salle télévision ou dans une salle d'activités, comme les contrôleurs l'ont constaté dans les unités visitées des secteurs 14 et 15.

Le règlement intérieur du centre hospitalier, document de vingt-huit pages, est d'utilisation plus complexe. Il « *est consultable sur demande et sur le site internet de l'hôpital* ».

Il traite des dispositions générales, notamment d'organisation (chapitre 1), des admissions (chapitre 2), du séjour (chapitre 3), de l'hygiène et de la sécurité (chapitre 4) et des personnels (chapitre 5). Des interdictions (de fumer dans les locaux, d'introduire et de consommer de l'alcool, d'introduire des substances illicites ou des matières dangereuses, de prendre des photographies ou de filmer) y sont énoncées.

Des règles de vie sont définies dans chaque unité. Elles sont remises aux patients et sont affichées dans les locaux communs ou dans les chambres ; ainsi, dans le secteur hospitalo-universitaire, elles sont affichées dans le hall d'entrée de l'unité fermée et le sont dans chaque chambre des unités ouvertes.

3.1.2.2 La notification des décisions d'admission

Pour les admissions en soins psychiatriques sans consentement, les secrétariats des unités transmettent, selon les cas, l'arrêté, le ou les certificats médicaux et la demande du tiers au bureau de la loi. Ce bureau, chargé de veiller au respect des règles fixées par le code de la santé publique et de préparer les différentes décisions ainsi que les audiences devant le juge des libertés et de la détention, s'assure alors de la régularité des documents. Le travail y est mené avec une grande rigueur.

Un important travail de mise en place des procédures a été effectué au sein du centre hospitalier. A chaque étape de la procédure, à la suite d'une d'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers, des accusés de réception de couleurs différentes ont été mis en place pour en faciliter l'exploitation et le cadre législatif y est rappelé par référence aux articles L.3212-1 (sur demande d'un tiers), L.3212-1 2 (péril imminent) ou L.3212-3 (demande d'un tiers en urgence) du code de la santé publique ; ainsi, l'accusé de réception de la décision d'admission est sur papier

[23] Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Il aide à mieux comprendre les troubles psychiques, leurs traitements et l'organisation des soins psychiatriques (cf. www.psycom.org).

violet alors que celui relatif à la décision de maintien est sur papier jaune. Pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, tous les accusés de réception sont sur papier bleu et, là aussi, le cadre législatif y est rappelé par mention de l'article L.3213-1 (sur décision du représentant de l'Etat), L.3213-7 (personne ayant bénéficié d'un classement sans suite et d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale qui nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public) du code de la santé publique ou D.398 du code de procédure pénale (admission dans un établissement de santé des personnes détenues).

Un modèle de demande de tiers a été défini et est accessible sur l'intranet du centre hospitalier.

Ce travail de qualité et la forte implication des différents acteurs ayant permis de le mener à bien méritent d'être soulignés.

Les décisions prises au nom du directeur sont signées, par délégation, par la directrice des affaires juridiques et des usagers ou par la responsable du bureau de la loi.

Des décisions d'admission sont ainsi signées le lendemain de l'admission dans l'unité et transmises en retour (par télécopie puis par courrier) au secrétariat de l'unité le surlendemain. Toutefois, lorsque l'entrée du patient intervient durant le week-end, le délai est plus long, la décision n'étant formellement signée que le lundi (ou le premier jour ouvrable suivant si le lundi est un jour férié). Ainsi, la décision d'admission d'une personne arrivée le vendredi soir n'est-elle transmise à l'unité, au mieux, que le lundi (voire le mardi).

Au dos de chaque décision, figure un texte traitant des droits (par reprise de l'article L.3211-3 du code de la santé publique), des voies de recours (devant le président du tribunal de grande instance et devant la commission départementale des soins psychiatriques) et des garanties (le contrôle du juge des libertés et de la détention). Les différentes adresses (commission départementale des soins psychiatriques, tribunal de grande instance, Contrôleur général des lieux de privation de libertés) et les coordonnées téléphoniques de la CRUCQPC y sont précisées. Pour les autres coordonnées, un renvoi au livret d'accueil est effectué.

Les décisions d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ne citent pas le nom de ce tiers mais mentionnent uniquement : « vu la conformité de la demande de tiers ». Il a été indiqué que cette rédaction permettait de préserver l'identité du tiers. Les contrôleurs ont observé toutefois que l'ordonnance rendue par le juge des libertés et de la détention citait nominativement le tiers.

La notification est effectuée dans l'unité. Selon les unités et selon les situations, elle est réalisée par un infirmier, par le cadre de santé ou par un médecin, dans de bonnes conditions.

Les soignants ont indiqué devoir parfois différer la notification pour permettre à la personne, souvent en crise à son arrivée, d'être stabilisée et de comprendre les termes de la décision.

Tous les accusés de réception comportent un premier bandeau dans lequel le patient reconnait avoir reçu la décision du directeur ou l'ampliation de l'arrêté et une information sur sa situation juridique ainsi que sur ses droits, voies de recours et garanties précisées au verso de la décision. Un deuxième bandeau est utilisé lorsque la décision n'a pas pu être notifiée en raison

soit du refus de signer du patient, soit de l'impossibilité de le faire compte tenu de son état de santé, soit de sa sortie de l'hôpital. Dans les deux premiers cas, deux personnes nommément désignées en attestent et signent le document, ce qui constitue une bonne pratique.

Les contrôleurs ont examiné les accusés de réception de la décision d'admission dans quarante-quatre dossiers choisis de façon aléatoire. Pour huit d'entre eux, l'accusé de réception n'était pas revenu au bureau de la loi mais les admissions étaient récentes (moins d'une semaine). Pour les trente-six autres :

- dans dix-neuf cas, le patient avait signé ;
- dans quatorze cas, l'impossibilité de notifier est consignée ;
- dans un cas, le patient a refusé de signer ;
- dans un cas, une « sortie sans autorisation » explique l'absence de notification ;
- dans un cas, la suite donnée n'a pas pu être établie faute de renseignement.

Les demandes des tiers, datées et signées, étaient conformes au modèle défini.

Il a été indiqué que, en cas d'impossibilité de notifier, la décision d'admission était conservée dans un dossier administratif, à l'unité, et était remise ultérieurement au patient concerné. Les contrôleurs ont examiné dix dossiers dans le secteur 14 et ont constaté que la décision avait été remise dans sept cas ; les trois autres cas concernaient des personnes admises entre le 1er et le 18 août 2015, dont l'état (selon les informations recueillies) ne permettait toujours pas cette remise. Un système d'alerte sur ces situations devrait être mis en place pour que la décision leur soit effectivement fournie dès que leur état se sera amélioré.

3.2 Le maintien et la levée des mesures de contrainte

3.2.1 Le recueil des observations des patients avant les décisions de maintien

Il a été indiqué que les observations des patients étaient recueillies verbalement par les médecins, avant chaque décision, dans les unités. Toutes les décisions portent la mention : « après le recueil des observations du patient » (sans autre précision quant à la nature des observations) ou « vu l'avis médical faisant état de l'impossibilité de recueillir les observations de ce patient ».

Il a été indiqué que les patients formulaient plus fréquemment des observations au verso de l'accusé de réception.

3.2.2 La levée des mesures sur avis du psychiatre participant à la prise en charge

De nombreuses levées d'hospitalisation sont prononcées avant l'audience du juge des libertés et de la détention : selon les données fournies par le centre hospitalier, cette situation a concerné 17,2 % des patients admis sous contrainte :

	2012	2013	2014[24]	Total sur trois ans
Levées avant 72 heures	40	105	168	313
Autres levées avant l'audience	197	143	23	363
Total des levées avant l'audience	237	248	191	676
Taux par rapport au nombre des admissions	18,5 %	19,4 %	14 %	17,2 %

Les contrôleurs ont examiné la situation des trente-cinq patients admis sans leur consentement entre le 1er et le 9 juillet 2015 : trente en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en péril imminent et cinq en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (cf. § 3.5).

Vingt-deux des trente personnes admises à la demande d'un tiers ou en péril imminent (soit deux sur trois) avaient quitté l'hôpital avant le 2 septembre 2015, dont certains très peu de temps après leur admission :

- dans vingt et un cas, la mesure avait été levée, dont douze avant l'audience devant le juge des libertés et de la détention (pour huit d'entre eux, le JLD avait été saisi d'une demande de maintien en hospitalisation complète et le magistrat a rendu une ordonnance constatant la levée de la mesure) ; seules, deux personnes étaient restées plus d'un mois (trente-deux et trente-sept jours) ;
- dans un cas, la mesure avait été transformée passant d'une hospitalisation complète à un programme de soins.

Un patient avait quitté l'établissement à la suite d'une décision de mainlevée du juge des libertés et de la détention.

Trois avaient été transférés vers une unité de leur secteur de rattachement, en région parisienne ou en province, moins d'une semaine après leur admission au centre hospitalier Sainte-Anne.

Quatre patients étaient toujours hospitalisés.

Parmi les cinq patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, trois se trouvaient toujours en hospitalisation complète à Sainte-Anne, un avait été transféré dans un hôpital de province, huit jours après son arrivée, et un bénéficiait d'un programme de soins à domicile.

[24] Etant toutefois observé que les audiences devaient se tenir avant le 15ème jour jusqu'au 31 août 2014 et que ce délai a été raccourci depuis cette date, avec une audience avant le 12ème jour.

Sur cet échantillon, les patients qui ont bénéficié d'une levée de leur mesure d'admission sont sortis en moyenne quinze jours après leur entrée.

3.2.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

L'audience du juge des libertés et de la détention étant prévue au plus tard douze jours après l'admission, la saisine adressée par le directeur du centre hospitalier est réalisée avant le délai de huit jours après cette admission, prévu par la loi. Les échanges entre le bureau de la loi et le greffe sont alors dématérialisés et cryptés.

Cette anticipation peut expliquer que des levées soient prononcées peu avant la décision du JLD (cf. § 3.2.2) car plusieurs jours peuvent s'écouler entre la transmission du dossier et l'audience.

Selon les informations recueillies, les certificats médicaux sont désormais mieux motivés et permettent au juge des libertés et de la détention de statuer dans de meilleures conditions. Un contrôle est effectué au sein de l'hôpital pour s'assurer qu'ils sont établis conformément aux prescriptions de loi. Lors de la consultation du registre de la loi, les contrôleurs n'ont pas observé de « copier – coller » ; il a été indiqué que cette pratique, qui a existé dans le passé, a été corrigée. Là encore, un important travail d'harmonisation a été mené au sein du centre hospitalier.

Lors de l'examen du registre de la loi (cf. § 3.5), les contrôleurs ont noté que, sur les vingt-sept ordonnances rendues par le juge, huit étaient devenues sans objet car la levée de la mesure avait été prononcée entre la date de la saisine du juge et celle de l'audience. Dans un cas, le magistrat avait prononcé une mainlevée car le certificat médical « *n'établissait pas de façon suffisamment circonstanciée une hospitalisation complète ni une surveillance ambulatoire au domicile* ».

Le greffe des juges des libertés et de la détention saisit le barreau lorsqu'un avocat commis d'office est demandé. Les demandes d'assistance par un avocat nommément désigné sont très rares, a-t-il été précisé. Les contrôleurs ont toutefois observé qu'aucune affiche présentant la liste des avocats du barreau de Paris n'est apposée dans les locaux des unités de psychiatrie, privant les patients de cette information.

Les dates d'audience sont communiquées au bureau de la loi qui en informe les secrétariats des unités pour que les informations soient retransmises aux patients. L'organisation du déplacement est alors centralisée.

3.2.4 Les audiences

95 % des audiences concernent des patients admis depuis douze jours au plus, les autres étant des examens semestriels ou des demandes de mainlevée des patients. En moyenne, au cours des trois dernières années, 29,7 % des patients n'ont pas été présents à l'audience, sans que les remontées d'informations permettent de distinguer ceux qui ont refusé et ceux pour lesquelles le médecin a délivré un certificat médical d'exemption pour des raisons de santé.

Les patients qui refusent de se rendre à l'audience adressent généralement une lettre au magistrat pour l'indiquer. Les contrôleurs en ont constaté la présence dans plusieurs dossiers administratifs ; il en est ainsi cette patiente qui « *déclare ne pas se rendre ce jour au tribunal, estimant [qu'elle] nécessite les soins auxquels [elle est] soumise* ».

En 2014, vingt-trois audiences ont été organisées pour un examen semestriel des mesures concernées.

Dès que la loi de 2011 a organisé le contrôle du juge, il a été décidé que les audiences se dérouleraient au palais de justice de Paris. Les dispositions introduites par la loi du 27 septembre 2013 pose cependant le principe selon lequel « *le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé* » (article L.3211-12-2-1 du code de la santé publique) mais la dérogation de statuer au sein du tribunal de grande instance est ainsi utilisée pour chaque audience.

Depuis, le président du tribunal de grande instance a décidé de modifier cette situation afin que les audiences se déroulent dans une salle aménagée au sein du centre hospitalier Sainte-Anne. Les premières audiences se sont tenues le 21 septembre 2015, après quelques tests menés la semaine précédente et, dans un courrier adressé à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, suite à la saisine de cette dernière en date du x, le président a indiqué avec satisfaction : « *l'ouverture du service [du juge des libertés et de la détention pour les mesures sous contrainte] à l'hôpital Sainte-Anne met définitivement un terme aux transferts quotidiens des patients au palais de justice alors que leur place est évidemment en milieu hospitalier* ».

Le vendredi 4 septembre 2015, les contrôleurs ont accompagné deux patients jusqu'au palais de justice et ont assisté aux audiences du juge des libertés et de la détention. La situation de sept patients admis en soins psychiatriques sous contrainte depuis moins de douze jours devait y être examinée : l'un d'eux avait quitté l'établissement, sa mesure ayant été levée ; trois autres n'étaient pas présents, les médecins ayant délivré des certificats médicaux attestant qu'ils n'étaient pas « auditionnables ».

Comme chaque matin de la semaine, à 9 heures, chacun des patients convoqués a été conduit à bord d'un véhicule sanitaire léger (VSL) du centre hospitalier et un soignant de l'unité (sans blouse blanche ou autre signe distinctif de l'hôpital) l'a accompagné. Le patient a pris place à l'arrière, où la porte était verrouillée par le dispositif de sécurité. Ce jour-là, un patient a été accompagné par un soignant d'une équipe intervenant au profit de l'ensemble des unités pour pallier des difficultés ponctuelles.

A l'arrivée au palais de justice, le véhicule est entré par le portail donnant dans la cour principale, après avoir été contrôlé par les gendarmes. Le soignant et le patient ont ensuite circulé à pied dans les couloirs du palais, sans que rien ne les désigne au regard des autres personnes. Aucun panneau directionnel n'indiquait l'endroit où se tenait l'audience mais les soignants connaissaient parfaitement l'itinéraire. Tel n'est pas le cas d'autres personnes voulant assister à des audiences, celles-ci étant pourtant réputées être publiques.

Avant d'entrer dans le bâtiment, le soignant a demandé au patient s'il souhaitait fumer une cigarette, en lui précisant que cela ne sera plus possible dans les locaux. A l'entrée de la galerie des JLD, le soignant a pris contact avec les gendarmes assurant le filtrage et le patient a présenté

sa convocation ainsi qu'un document d'identité avant d'être soumis à un contrôle à l'aide d'un magnétomètre ; le sac à main d'une patiente a fait l'objet d'un contrôle visuel.

Les patients convoqués et leurs accompagnateurs ont alors attendu alors dans le couloir longeant les bureaux des juges. Des sièges y sont à leur disposition et des toilettes, avec des WC et des lavabos, sont accessibles. Ce couloir, sans aucune fenêtre donnant vers l'extérieur, n'est éclairé que par des tubes au néon. L'endroit, de taille réduite, est d'autant moins confortable que l'attente peut y être longue et anxiogène : le jour de la visite, trois heures se sont écoulées entre l'arrivée et le départ des patients.

Selon les informations recueillies, depuis une date récente, pour éviter des sources de tensions supplémentaires, les personnes déférées, menottées, ne sont plus installées au même endroit et les gendarmes ne déambulent plus dans le couloir.

Les avocats reçoivent les patients, avant l'audience, dans une salle d'audience attenante, de façon confidentielle.

Les audiences du juge des libertés et de la détention se déroulent dans un bureau classique : la magistrate (revêtue de sa robe de magistrate) s'est installée à un bureau et le patient et son avocate (en robe d'avocate) ont pris place sur des sièges, face à elle ; les greffières disposaient d'un bureau, sur le côté de la pièce. La responsable du bureau de la loi du centre hospitalier, présente quasiment à chaque audience, était également assise au fond de la pièce. Le soignant accompagnateur attendait le patient dans le couloir.

Le jour de la visite, les différents patients étaient assistés de la même avocate commise d'office.

Après s'être présentée comme « juge des libertés », sans mentionner le reste de son titre, et expliqué son rôle, elle a dialogué avec chaque patient, cherchant à comprendre sa situation, l'interrogeant pour savoir s'il avait conscience de sa pathologie et s'il avait la volonté de suivre les traitements, l'avisant de la proposition de maintien en hospitalisation complète transmise par le médecin. Un véritable échange s'est ainsi établi. L'avocate a présenté ses arguments, demandant, pour l'un, une expertise complémentaire ou évoquant, pour un autre, un certificat médical insuffisamment argumenté. Le patient a toujours pu s'exprimer en dernier.

Dans chaque cas, la juge a fait connaître sa décision immédiatement en l'expliquant, de façon pédagogique, tout en rassurant le patient, lui rappelant ses possibilités de faire appel ou de la saisir pour demander une mainlevée quand la situation se sera améliorée. La notification formelle devait être effectuée l'après-midi, dans les unités de soins, après transmission des ordonnances (cf. *infra*).

Chaque audience a duré entre vingt et trente minutes. Il faut relever que, malgré l'exiguïté du bureau du juge des libertés et de la détention, ce dernier parvenait à tenir ces audiences dans des conditions favorables.

Trois audiences se sont tenues hors la présence des patients, toutefois représentés par la même avocate. Menées de façon plus rapide, l'examen des trois situations a duré environ dix minutes, d'autant que l'avocate ne demandait pas de mainlevée.

Le vendredi 25 septembre 2015, les contrôleurs sont venus assister à une audience dans la nouvelle salle installée au sein du centre hospitalier.

Cette salle est bien signalée au sein de l'hôpital par des panneaux directionnels et par une pancarte sur la porte d'entrée. Une présentation a été faite aux magistrats et aux avocats la semaine précédente, pour faciliter leur arrivée.

Entrée de la salle d'audience

Le couloir a été équipé de sièges et sert de salle d'attente. Plusieurs pièces ont été aménagées :

- une salle d'audience, avec une table centrale et des chaises et, près de l'entrée, des chaises pour le public ;
- un bureau d'entretien avec les avocats ;
- un bureau pour les greffiers ;
- des sanitaires avec deux WC, dont un pour les personnes à mobilité réduite.

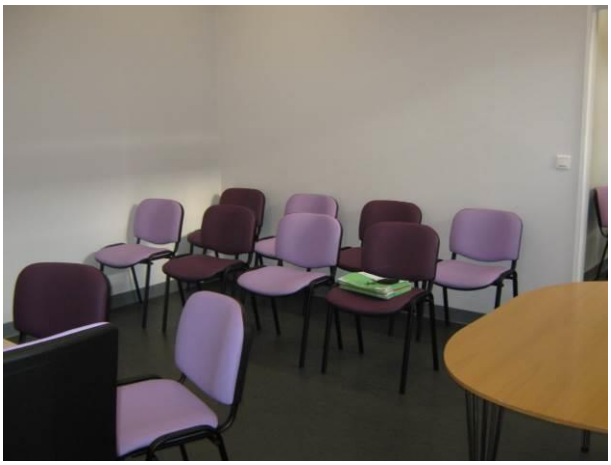
Après des premiers travaux permettant une installation de la salle conforme aux prescriptions définies par le ministère de la justice[25], une organisation moins solennelle mais répondant mieux aux besoins pour des personnes en soins psychiatriques, a été retenue, ce qui a retardé la réception des travaux. La salle d'audience ressemble donc à une salle de réunion, sans estrade ni barre de justice ; les contrôleurs ont noté que le juge des libertés et de la détention

[25] Cf. circulaire du ministère chargé de la santé n°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

prenait place d'un côté de la table, que le patient et son avocat s'installaient en face de lui, que la greffière se trouvai sur un côté et que la représentante de l'hôpital occupait le quatrième côté[26].

Les locaux, spacieux, sont bien éclairés et les couleurs des meubles sont douces et apaisantes.

Le bureau de l'avocat, très spacieux, est clos par une cloison vitrée donnant dans le couloir mais des bandes occultantes permettent de limiter les vues vers l'intérieur.



La salle d'audience

Les patients des trois établissements de la communauté hospitalière de territoire y sont désormais reçus. Le 25 septembre, dix-huit patients étaient inscrits au rôle et étaient convoqués, certains le matin (à 9h, 10h et 11h) et d'autres l'après-midi. Ceux de l'hôpital Sainte-Anne l'étaient dès 9h.

Un juge des libertés et de la détention et un greffier sont présents durant toute la journée.

Les contrôleurs ont assisté aux audiences consacrées aux huit patients de l'hôpital Sainte-Anne : six sont arrivés à 9h, un a refusé de se déplacer (et a adressé une lettre au juge) et un a été exempté par le médecin pour des raisons de santé.

Les deux avocates commises d'office sont arrivées peu après 9h. Un seul bureau étant prévu, l'une d'elles s'y est installée pour s'entretenir avec chacun de ses clients et l'autre a occupé la salle d'audience.

Les audiences ont été menées de façon plus rapide que celles du 4 septembre, en 50 minutes ; la plus longue a duré 15 minutes. Le juge n'a pas expliqué son rôle, s'est concentré sur l'essentiel, n'a pas fait connaître sa décision dans quatre cas mais a indiqué qu'elle serait communiquée dans l'après-midi.

[26] Elle n'est toutefois présente à la table que pour les patients du centre hospitalier Sainte-Anne en ASPDT ou ASPPI (le maintien en hospitalisation complète étant demandé par le centre hospitalier) jamais pour ceux en ASPDRE (le maintien en hospitalisation complète étant demandé par le préfet de police).

Dans deux cas, les patients souhaitaient être maintenus en hospitalisation complète estimant avoir encore besoin de soins et le juge a indiqué qu'il les maintiendrait dans cette position, ce qui les a rassurés. Les contrôleurs s'interrogent sur la nécessité de poursuivre une hospitalisation sous un régime de contrainte pour des personnes qui adhérent manifestement aux soins.

Ayant ainsi assisté à deux audiences, l'une au palais de justice et l'autre au centre hospitalier, ils ont pu constater l'intérêt de la seconde solution :

- les patients viennent à pied de leurs unités et y retournent dès la fin de l'audience, sans attendre ; ils ne sont plus confinés durant plusieurs heures dans un couloir sinistre ;
- ceux qui ne seraient pas venus au palais de justice, car trop agités, se rendent désormais aux audiences et peuvent ainsi rencontrer un avocat et un juge[27] ;
- les patients peuvent sortir durant l'attente, dans un cadre verdoyant, et aller fumer une cigarette dehors ;
- les infirmiers sont moins mobilisés.

De l'avis unanime des personnes rencontrées (magistrat, avocats, soignants…), cette situation est bénéfique aux patients.

3.2.5 Les décisions du juge des libertés et de la détention

Les décisions prises par le juge des libertés et de la détention sont essentiellement des maintiens en hospitalisation complète. Le magistrat a décidé de quarante-trois mainlevées en 2012, de trente et une en 2013 et dix-neuf en 2014. Ainsi, en 2014, en moyenne, une mainlevée a été prononcée dans 3 % des cas examinées.

Les ordonnances signées par le juge des libertés et de la détention sont transmises au bureau de la loi dans l'après-midi suivant l'audience. Les notifications sont effectuées dans les unités. Les contrôleurs ont examiné les délais dans lesquelles cette notification était réalisée et ont pris, à cet effet, vingt-quatre dossiers administratifs, choisis de façon aléatoire. Vingt-six ordonnances avaient été rendues : tous ces patients avaient été présentés devant le juge dans le douze jours suivants leur admission mais l'un d'eux, qui avait ensuite formulé une demande de mainlevée, s'était présenté une deuxième fois à l'audience, à l'issue de laquelle le magistrat avait demandé une expertise, entraînant une troisième audience et donc autant d'ordonnances à notifier.

Sur ces vingt-six ordonnances, dix-huit ont été notifiées dans un délai généralement bref : cinq le jour même ; trois le lendemain ; cinq en moins de quatre jours ; deux en moins de sept jours ; trois en moins de deux semaines. Les huit autres n'ont pas été notifiées mais :

- dans un cas, le patient a refusé de signer, situation attestée par deux infirmiers nommément désignés ;
- dans un autre cas, la mesure a été levée avant la notification.

[27] Tel a été le cas le 25 septembre.

Pour les six autres situations, le dossier ne contient pas la trace de la notification. Il en est ainsi pour une personne admise le 30 avril 2015, passant en audience le 11 mai 2015, dont la mesure a été levée le 16 juillet 2015. Il en est de même pour un autre patient admis le 19 juin 2015 :

- à l'issue de la première audience du 29 juin, rien ne montre la notification de l'ordonnance ;
- ayant formulé une demande de mainlevée, le 16 juillet 2015, une nouvelle audience se s'est tenue le 23 juillet 2015 mais aucun accusé de réception n'atteste de la notification de l'ordonnance du juge qui décidait d'une expertise ;
- à l'issue de cette expertise, une nouvelle audience s'est tenue le 3 août 2015 et l'ordonnance du juge a été notifiée le 17 août 2015.

Les appels sont majoritairement formulés par les patients : en 2014, soixante-dix par des patients, cinq par le centre hospitalier et deux par la préfecture de police (bureau des actions de santé mentale). La cour d'appel a décidé de deux mainlevées.

S'agissant de mainlevée décidée par le juge et pour laquelle les médecins estiment qu'il existe un risque de sécurité à lever la mesure, des praticiens ont déclaré réfléchir à la possibilité de solliciter le tiers pour une nouvelle mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement pour contourner la décision judiciaire, craignant que leur responsabilité soit engagée en cas d'incident (suicide du patient, agressions sur d'autres personnes…) : *« je préfère être mis en examen pour détention arbitraire que pour mise en danger de la vie d'autrui* » a ajouté l'un d'entre eux. Même si une telle situation ne s'est jamais présentée, elle ne peut qu'interroger.

3.2.6 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé s'est réuni pour se prononcer pour 111 hospitalisations continues se prolongeant au-delà d'un an pour les patients admis à la demande d'un tiers ou en péril imminent en 2013, 115 en 2014 et 64 au premier semestre 2015. Il s'est prononcé pour 40 hospitalisations à la demande du représentant de l'Etat en 2013, 23 en 2014 et 3 au premier semestre 2015.

3.2.7 Les passages en programmes de soins

Il a été indiqué que, depuis l'arrêt de la cour de cassation du 17 mars 2015, la transformation des hospitalisations complètes en programmes de soins avec une hospitalisation partielle, décidées à la suite d'une hospitalisation complète, correspondent à de véritables programmes avec des périodes groupées de sortie de plusieurs jours hors de l'hôpital.

Lors de l'examen des dossiers administratifs, les contrôleurs ont ainsi constaté l'existence de programmes avec des hospitalisations en semaine et des séjours à domicile du vendredi au lundi.

3.2.8 Les sorties

Les sorties accompagnées de moins de douze heures sont décidées dans les unités et le bureau de la loi en est informé.

Les sorties non accompagnées de moins de quarante-huit heures sont soumises au bureau de la loi et la responsable en décide, par délégation du directeur. Il a été indiqué que le délai de

décision pouvait être très court et que les sorties étaient plus nombreuses que les années précédentes.

Selon les informations recueillies, les sorties des personnes admises en SPDRE n'ont jamais été refusées par la préfecture de police, les seuls refus étant dus à des demandes formulées trop tardivement en méconnaissance de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique[28].

3.3 Les visites des autorités

Ces visites sont consignées sur un registre distinct du registre de la loi.

Les magistrats et la commission départementale des soins psychiatriques se rendent régulièrement à l'hôpital Sainte-Anne.

En 2014, un vice-procureur est venu le 12 mars et la CDSP, le 10 décembre.

En 2015, une vice-présidente du TGI de Paris s'est déplacée le 22 mai. Il a été indiqué que la CDSP programmait toujours sa visite en fin d'année, comme le montre le registre.

Les contrôleurs ont constaté que le magistrat du parquet venait plus fréquemment à l'hôpital au cours des années précédentes : cinq fois en 2012 et deux fois en 2013.

3.4 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques a son siège dans l'enceinte de l'hôpital Sainte-Anne.

Ses trois derniers rapports d'activité indiquent que, chaque année, elle s'est réunie 11 ou 12 fois, a effectué 5 à 6 visites dans les établissements et a examiné entre 1 175 et 1 390 dossiers. En 2014, elle a reçu 76 plaintes, procédé à 22 auditions et demandé 2 transmissions de dossiers.

Aucune demande de levée de mesures de soins psychiatriques n'a été formulée par la CDSP.

Si les bilans chiffrés sont fournis sous forme de tableau, aucun commentaire n'est joint et aucune « synthèse des conclusions de la commission sur les réclamations qu'elle a reçues ou sur les constatations qu'elle a opérées » n'est dressée, contrairement aux dispositions de l'article R.3232-11 du code de la santé publique.

3.5 Le registre de la loi

Les registres de la loi se trouvent dans les locaux du bureau de la loi.

Ces mesures sont enregistrées dans deux livres renseignant de manière chronologique l'ensemble des documents relatifs, pour l'un, aux admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) et ou péril imminent (ASPPI) et, pour l'autre, aux admissions en soins

[28] L'article L.3211-11-1 du code de la santé publique prévoit que le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie.

psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), sans distinguer entre les femmes et les hommes.

Les contrôleurs ont plus particulièrement consulté un registre de chaque catégorie pour examiner les mesures prises entre le 1er et le 9 juillet 2015 (soit trente-cinq mesures : trente pour la première catégorie et cinq pour la seconde).

Ces registres sont tenus avec rigueur par trois personnes, chacune assurant le suivi de patients différents. Des post-it placés en haut de page facilitent le repérage.

Les contrôleurs ont constaté que les renseignements concernant les patients étaient complets et des photocopies (en taille réduite) des différents certificats, arrêtés et ordonnances du juge des libertés et de la détention y étaient collés, par catégorie. Les certificats de 24 heures, de 72 heures et mensuels l'étaient ainsi dans l'ordre chronologique et se chevauchaient. Aucune pièce ne manquait.

Lorsque les feuillets disponibles pour une mesure sont complets, une nouvelle page est ouverte dans le registre alors en service pour y poursuivre le collage des pièces. Une mention indique la référence du registre et du folio d'origine.

Les contrôleurs ont observé cependant que les décisions du directeur prises à l'égard des personnes admises à la demande d'un tiers ou en péril imminent n'y étaient pas collées. Il a été indiqué que seuls les certificats médicaux et les arrêtés du représentant de l'Etat devaient l'être. L'article L.3212-11 du code de la santé publique, qui traite des ASPDT, ne cite effectivement pas ces décisions, n'évoquant que celles prises par le juge des libertés et de la détention.

3.6 Les droits des patients hospitalisés

3.6.1 La désignation de la personne de confiance

La désignation de la personne de confiance se fait généralement lors de l'admission. Le centre hospitalier Sainte-Anne a élaboré une fiche qui doit être remplie, signée par le patient puis classée dans son dossier médical. Elle concerne tout patient majeur qui n'est pas sous tutelle.

Si le patient n'est pas en capacité de renseigner la fiche, il est demandé aux personnels de différer l'information et de la lui proposer plus tard. Le personnel soignant indique alors sur la fiche l'incapacité du patient de faire cette désignation au moment de l'entrée.

Depuis 2007, la traçabilité de la désignation de la personne de confiance dans les dossiers fait l'objet d'une évaluation annuelle.

Le centre hospitalier a également élaboré deux plaquettes : une pour les personnels (intitulée « *La personne de confiance, qui est-elle ? Quel est son rôle ?* ») et une autre pour les patients.

De même, des actions de formation du personnel ont été engagées au sein de chaque pôle en 2009. Les médecins ont été sensibilisés en 2012.

La fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) a organisé un colloque en 2014 sur le thème de la personne de confiance « décider pour soi-même » « mythe ou réalité ».

Le taux de dossiers mentionnant la recherche de la personne de confiance est en progression depuis 2008 :

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
8 %	7 %	9 %	19 %	31 %	43 %	52 %

Pour l'année 2014, la part des dossiers comportant la mention de la recherche de la personne de confiance est de 30 % au secteur 3, de 30 % au secteur 15, de 60 % au secteur 13 et de 89 % au secteur 16.

3.6.2 La protection juridique des majeurs

Le service de protection juridique des majeurs est situé à l'extérieur du centre hospitalier de Sainte-Anne, dans les locaux de la Trésorerie principale des hôpitaux de Paris. Il est ouvert du lundi au vendredi, de 9h30 à 12h et de 14h à 16h. Ce service est composé de sept personnes : un mandataire judiciaire, un mandataire judiciaire adjoint, trois gestionnaires, une personne chargée du patrimoine et une secrétaire chargée de l'accueil.

Lorsqu'un patient est hospitalisé, l'assistante sociale et le médecin envoient un formulaire de demande de protection au service des tutelles, qui l'adresse au procureur de la République. Ce magistrat saisit le juge des tutelles qui désigne un mandataire judiciaire. Les membres du service de tutelle disposent d'une autorisation permanente pour se déplacer dans les unités et voir les patients. Les dossiers sont attribués par secteur à chaque gestionnaire.

Les tuteurs ou les curateurs se déplacent au centre hospitalier pour rencontrer les patients ; ils participent aux réunions de synthèse et assistent aux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD). Il a été indiqué aux contrôleurs que les avis d'audience du JLD parvenaient souvent le jour de la tenue de l'audience ou après celle-ci.

3.6.3 La confidentialité des hospitalisations

L'article 30 du règlement intérieur du centre hospitalier, intitulé « *Discrétion demandée par le malade* »*,* indique : « *Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé. Le personnel doit en informer le patient. […] Les patients peuvent demander à l'hôpital de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent* ». En revanche, cette règle n'est pas reprise dans le livret d'accueil. Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté que cette information n'était pas transmise systématiquement au patient lors de son admission, ce qui est regrettable.

Lorsqu'un patient souhaite conserver l'anonymat, il doit en faire la demande auprès du personnel soignant qui lui remet un formulaire à remplir intitulé « *information du patient sur l'anonymisation de son identité* » Ce formulaire explicite la procédure et doit être émargé par le patient. Le personnel soignant adresse alors la demande par voie électronique au service des admissions et au département d'information médicale ; une boîte de réception est dédiée à cet usage. L'agent du bureau des admissions procède à l'anonymisation de l'identité du patient en remplaçant son nom par un numéro d'identification permanent du patient (NIPP). Le personnel soignant de l'unité est prévenu du changement et en informe le patient. Une carte comprenant le

NIPP est systématiquement remise au patient. Il a été indiqué que la levée d'anonymisation se produisait très rarement à l'issue de l'hospitalisation. Cependant, il existe un tableau des correspondances comprenant tous les noms de patients ayant demandé l'anonymat. Ce tableau est accessible aux agents ayant besoin de lever l'anonymat : ceux exerçant au bureau des admissions, au laboratoire, aux archives médicales et à la direction des systèmes d'information.

Le standard transfère systématiquement les appels en provenance de l'extérieur au bureau des admissions ; les agents recueillent les coordonnées de ces interlocuteurs et les transmettent aux unités d'hospitalisation.

3.6.4 L'accès au dossier médical

Les informations explicitant les règles d'accessibilité au dossier médical sont disponibles sur le site internet de l'hôpital et dans le livret d'accueil.

La demande d'accès peut s'effectuer par une lettre manuscrite ou par le biais d'un imprimé à remplir, également disponible sur le site internet de l'établissement. Le courrier doit être adressé au directeur du centre hospitalier ; il est traité par la chargée des relations avec les usagers. Le demandeur reçoit alors un accusé de réception, y compris s'il est hospitalisé, ainsi qu'une plaquette d'information sur la procédure, les modalités particulières et la composition du dossier ; cette brochure comporte aussi une rubrique « questions/réponses ». Selon les propos recueillis, cette plaquette nécessite d'être améliorée notamment sur les informations communiquées aux ayant-droits et sur la possibilité pour l'hôpital de leur opposer un refus dès lors que la personne décédée n'a pas souhaité, de son vivant, que les informations médicales leur soient transmises.

Pour un envoi postal, la demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité et de domicile ou d'une adresse d'expédition. Si le demandeur n'est pas le patient, il doit fournir les documents attestant sa qualité ; le patient doit alors confirmer son accord par écrit.

Les délais légaux de communication sont de :

- huit jours maximum si les informations médicales datent de moins de cinq ans ;
- deux mois maximum si les informations médicales datent de plus de cinq ans.

Lorsque la consultation du dossier a lieu sur place, le médecin référent accompagne systématiquement le patient dans l'examen de son dossier. Lorsque le demandeur n'est plus hospitalisé, il a la possibilité de le consulter seul. Dans le cadre d'un envoi de dossier à domicile, l'hôpital facture au demandeur les frais d'expédition en courrier recommandé avec accusé de réception (7 euros) ainsi que 0,10 euro par copie.

En cas de refus ou de retard de communication, le demandeur peut saisir la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP).

Pour l'année 2014, 377 demandes ont été formulées dont 243 par les patients hospitalisés en psychiatrie. Le délai moyen d'accès au dossier de plus de cinq ans a été inférieur à un mois. S'agissant des dossiers de moins de cinq ans, le délai de huit jours n'a pas pu être respecté ; selon les propos recueillis, ce retard est dû aux recherches de dossiers dans les archives et au nombre de photocopies à réaliser.

Pour le premier semestre de l'année 2015, 228 demandes ont été formulées dont 182 par les patients, 30 par les ayants-droits pour les personnes décédées, 7 par les parents de mineurs ; les 9 autres émanaient d'avocats, de familles de majeurs et d'experts.

Il n'a pas été possible de recueillir le nombre de refus. Cependant, la CDSP, saisie une fois en 2015 par un ayant-droit, a statué en faveur du centre hospitalier.

3.6.5 L'accès à l'exercice d'un culte

Il existe une aumônerie catholique et une aumônerie protestante, qui partagent les mêmes locaux en alternance et leurs aumôniers, rémunérés par l'hôpital, ont reçu une formation conséquente.

Les autres cultes ne sont pas représentés. Les coordonnées des cultes israélite, musulman et orthodoxe sont fournies à ceux qui en font la demande, et figurent dans la notice d'information destinée aux familles lors d'un décès. Dans sa brochure, l'aumônerie catholique propose aux patients qui le souhaitent de les mettre en contact avec les représentants d'autres cultes.

Des dépliants des deux aumôneries sont à la disposition des patients dans les services, mais de façon inégale et parfois peu visible : ainsi, les informations sur les cultes sont affichées dans l'une des unités du secteur 16 alors qu'elles ne sont fournies que sur demande dans l'autre.

Les patients qui en font la demande auprès du cadre de santé peuvent recevoir les représentants des cultes dans le service où ils séjournent - y compris les unités fermées - et se rendre aux permanences, à la messe célébrée le dimanche et les jours fériés, aux célébrations œcuméniques et à des rencontres autour d'un café. Ils peuvent aussi laisser directement des messages sur le répondeur téléphonique de l'aumônerie ou adresser des courriers.

Les locaux réservés aux aumôneries se trouvent au rez-de-chaussée du bâtiment L (cf. § 2.2). Une salle de prière a été aménagée, l'ancienne chapelle n'étant plus affectée au culte depuis la laïcisation complète de l'hôpital en 1881.

Un vestiaire permet à ceux qui en font la demande de trouver vêtements et chaussures. Les patients sous contrainte peuvent s'y rendre, accompagnés d'un infirmier.

Le rapport d'activité établi par l'aumônerie catholique pour l'année 2014 précise que :

- le bureau et la salle de prière ont été ouverts pendant 1 200 heures ;
- 60 appels téléphoniques sont passés chaque mois par des patients ;
- 250 visites sont réalisées chaque mois dans les services de soins ;
- 400 patients environ ont eu recours au vestiaire dans l'année.

Selon les informations recueillies, des tensions existent parfois entre les aumôniers et des personnels de santé dont la conception de la laïcité serait mise en avant pour restreindre l'accès aux patients. La question se pose notamment lorsque des patients « *font des délires ou des crises mystiques* » : les uns considèrent qu'il est dans leur rôle de dialoguer avec les personnes concernées, alors que les autres préfèrent éviter que des tiers interviennent sur le sujet.

3.6.6 L'accès au droit et santé mentale

Les contrôleurs ont pu assister à une réunion de ce dispositif qui existe depuis 2009 et qui a vocation à répondre aux besoins en matière d'accès au droit.

Au cours de ces réunions, sont abordés des cas concrets. Y participaient : une cadre supérieure socio-éducative, un médecin et une assistante sociale ainsi que deux représentants d'une association avec laquelle le centre hospitalier Sainte-Anne a passé convention.

Cette association : « Droits d'urgence », gère des points d'accès au droit dans différents lieux avec une cinquantaine de salariés, juristes pour la plupart. Au centre hospitalier Sainte-Anne, selon la convention signée, Droits d'urgence assure des permanences juridiques à la maison des usagers les deuxième et quatrième mardis de chaque mois de 9h30 à 12h30, et, sur rendez-vous, le suivi pour les patients qui sont accompagnés par les assistants sociaux. Une plateforme téléphonique est également en service pour les travailleurs sociaux.

Droits d'urgence réalise également des sessions de formation pour le personnel. Ainsi, en décembre 2015, le thème du séjour et des droits sociaux des étrangers de la communauté européenne a été traité au profit des travailleurs sociaux, médecins, infirmiers et cadres de santé des quatre établissements de la communauté hospitalière de territoire (CHT),

Les travailleurs sociaux sont les référents de cette action au sein des équipes de soin et les intervenants de l'association répondent aux besoins en matière de droit généraliste (logement, étrangers…), à l'exclusion du droit des usagers dans leurs relations avec l'établissement. C'est un service complémentaire que les assistantes sociales peuvent utiliser.

3.6.7 La communication avec l'extérieur

3.6.7.1 Les visites

L'article 20 du règlement intérieur du centre hospitalier prévoit que « *le droit aux visites peut être restreint :*

- *pour des motifs liés à l'état de santé des patients. Ces restrictions, pour lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales ;*
- *pour les patients placés sous la surveillance de la police au centre Raymond Garcin* ».

Quelques règles générales relatives au comportement des visiteurs y sont fixées (ne pas troubler le repos des patients, ne pas gêner le fonctionnement des unités…). Les horaires n'y sont pas définis.

Le livret d'accueil n'évoque que des limitations des visites possibles, « dans l'intérêt de votre santé et de vos soins ».

Les modalités de déroulement des visites, qui varient selon les unités, sont donc abordées au paragraphe 5.

3.6.7.2 Le téléphone

L'accès au téléphone n'est pas abordé dans le règlement intérieur. Le livret d'accueil indique les modalités et signale l'existence de cabines téléphoniques au sein du centre hospitalier. Rien ne fait état d'interdiction ni de limitation.

L'accès au téléphone portable varie donc selon les unités ; il est abordé au paragraphe 5.

3.6.7.3 Le courrier

Ce sujet n'est abordé que par le livret d'accueil qui explique les modalités d'envoi et de réception du courrier.

Le bureau du vaguemestre est situé dans le pavillon A (cf. § 2.2). Cinq agents sont affectés au service, qui ressemble à une petite poste, et gère le courrier de tout l'hôpital.

A 7h30, un agent récupère le courrier et les lettres recommandées à la poste du boulevard Brune, qui sont ensuite répartis dans 100 boîtes aux lettres, qui correspondent aux services et aux personnels logés sur place. Le courrier non repéré est placé dans un bac particulier ; le repérage se fait ensuite grâce à deux logiciels, l'un pour les personnels, l'autre pour les patients. Si les patients concernés ont quitté l'hôpital, le courrier est réexpédié. Faute d'adresse connue, il est ouvert devant un agent et transmis au médecin qui avait pris en charge le patient concerné.

Après ce tri, le courrier, réparti dans des sacoches correspondant aux services, est distribué (il y a quatre tournées, deux fois par jour).

Les colis sont enregistrés au service du vaguemestre et distribués par un seul agent dans l'ensemble de l'établissement. Selon les unités, ces colis sont ou non ouverts avant d'être remis aux patients.

Les agents reprennent les courriers en partance. Il n'y a pas de boîtes aux lettres dans l'enceinte de l'hôpital. Les patients remettent leur courrier aux soignants de leur unité. Ceux qui n'ont pas les moyens d'acheter des timbres bénéficient d'une tolérance : leur courrier est affranchi avec celui de l'hôpital.

Les courriers recommandés ne sont jamais remis en mains propres aux patients, sauf, exceptionnellement, après autorisation spéciale du service. Depuis 2 ans, ce n'est plus le vaguemestre qui fait signer la notification des admissions sous contrainte mais le personnel soignant.

3.6.7.4 L'informatique et l'accès à internet

L'accès à internet varie selon les unités ; dans certaines unités, les patients peuvent y accéder grâce à la mise en place du wifi (cf. § 5).

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

La CRUQPC est composée de :

- la directrice adjointe, en charge de la direction des usagers, de la communication, des affaires juridiques et de la qualité ;
- deux médiateurs médicaux, praticiens hospitaliers ;

- deux médiateurs non médicaux : un cadre supérieur de santé et un ingénieur ;
- des représentants des usagers : deux déléguées de l'Union nationale des amis et familles des malades mentaux (UNAFAM) et une déléguée de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) ;
- le président de la commission médicale d'établissement (CME) est représenté ;
- deux personnes de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- un représentant du CTE.

Sont également conviées à participer :

- la responsable des relations avec les usagers ;
- la responsable de la qualité ;
- la responsable des affaires juridiques ;
- la responsable de la Maison des usagers ;
- la directrice des soins.

En 2014, la commission s'est réunie quatre fois : le 6 février, le 3 juillet, le 25 septembre et le 18 décembre.

Les axes de travail portent sur :

- la gestion des réclamations et des éloges ;
- la qualité de la prise en charge (évènements indésirables, questionnaires de sortie, enquêtes de satisfaction);
- l'analyse des dossiers suivis par les affaires juridiques ;
- les documents d'information à destination des usagers ;
- le respect des droits des usagers (accès au dossier médical, comptes rendus d'hospitalisation ;
- l'analyse du dispositif des soins sans consentement ;
- la politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes ;
- les recommandations, les axes de travail et les projets.

Il apparait, à la lecture du rapport 2014 de la CRUQPC, que la satisfaction des usagers mesurée avec les questionnaires de sortie (1 140 questionnaires analysés), s'établit positivement à 96 % à la fin de leur séjour.

Les recommandations 2014 concernaient :

- la demande des représentants des usagers de voir les médiations confiées à des associations extérieures mais la réglementation en dispose autrement ;
- la CRUQPC souhaitait être destinataire des réclamations et des réponses apportées, ce qui a été mis en place ;
- la participation des usagers et des proches aux actions du centre hospitalier ;
- le regard des professionnels sur leurs pratiques (poursuite du travail sur les hospitalisations sans consentement, amélioration des pratiques sur les mises en isolement et les contentions) ;
- la personne de confiance ;
- la procédure sur la perte d'effets personnels des patients ;

- l'information du patient en cas de dommage lié aux soins.

Pour 2015, ont été ajoutés : le renforcement des démarches participatives entre professionnels et usagers, l'affichage de la charte de la laïcité, la désignation d'un représentant des usagers à la commission « qualité-sécurité des soins ».

3.8 La maison des usagers

Depuis douze ans cette maison des usagers existe dans le même bâtiment que la cafétéria *Relais H*. Treize associations y tiennent des permanences : les lundis, les mardis ainsi que le troisième et le quatrième jeudi de chaque mois, de 12h30 à 17h ; les mercredis ainsi que le premier et le deuxième jeudi de chaque mois, de 11h à 17h ; le deuxième vendredi de chaque mois, de 11h à 14h.

Une cadre de santé en a la responsabilité.

Il s'agit d'un lieu d'écoute, d'entraide et d'information ouvert à tous : patients, proches et professionnels.

Par ailleurs, des tentatives répétées de certaines sectes qui ont cherché à s'implanter à Sainte Anne ont été signalées lors de la visite mais la vigilance de la direction a permis de les écarter.

Dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire, le projet de ce lieu est à refonder. Des concertations sont prévues à cet effet.

3.9 Les associations de patients et de leurs familles

Deux associations participent aux diverses instances de l'établissement : l'UNAFAM et la FNAPSY.

Toutefois la FNAPSY a cessé de collaborer à la maison des usagers en raison d'un litige qui l'oppose à la responsable ; la FNAPSY a indiqué qu'il avait été demandé à ses représentants de remettre une fiche mentionnant le nom de chaque personne rencontrée et le motif de l'entretien.

Les représentantes de ces associations qui siègent au conseil de surveillance ont déploré de ne pas disposer d'un local avec un téléphone au sein du CHSA.

Elles ont émis des réserves quant aux plaintes et réclamations insuffisamment nombreuses par rapport aux informations que les patients et les familles émettent auprès d'elles.

La FNAPSY estime ne pas être en mesure de participer suffisamment à la vie de l'établissement.

4 LES CONDITIONS COMMUNES D'HOSPITALISATION

4.1 La restauration

Les contrôleurs ont enregistré durant la visite quelques plaintes émises dans certaines unités concernant la quantité et la qualité des repas mais les questionnaires de satisfaction concernant l'appréciation globale du séjour indiquent des réponses positives à 95,9 %.

Le directeur des achats et de la logistique pilote ce service qui est conduit par un responsable ingénieur, un responsable de restauration (en cours de recrutement), une responsable de production – diététicienne- et une diététicienne encadrant également la production.

L'unité centrale de production fournit les repas de l'ensemble des unités du centre hospitalier Sainte-Anne, du restaurant du personnel et de dix-sept structures extérieures (centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, centres médico-psychologique, foyers, hôpitaux de jour). 840 000 repas sont préparés chaque année, dont 110 000 pour les structures extérieures.

La cuisine date de trente ans et un programme de grands travaux devrait être exécuté en 2016. Il s'accompagnera d'une réorganisation : la cuisine de l'hôpital de Perray-Vaucluse sera fermée et l'unité centrale fournira les repas au centre hospitalier spécialisé de Perray-Vaucluse ; il pourrait à terme en être de même pour le centre hospitalier spécialisé de Maison-Blanche, dont la restauration est actuellement confiée à la société *Sodexo*. Il a été précisé aux contrôleurs qu'un audit avait montré que les prestations étaient qualitativement équivalentes.

Cette réorganisation et la modernisation des équipements devraient conduire à employer quatre-vingt personnes à l'unité centrale, soit une économie de vingt postes d'agents, y compris les chauffeurs pour les transports. A la date de la visite, le personnel est au nombre de soixante au centre hospitalier Sainte-Anne et quarante à la cuisine de Perray-Vaucluse. Un accompagnement social a d'ores et déjà été mis en place pour préparer et gérer au mieux cette mutation.

Le principe de la liaison froide est en vigueur et les plats sont réchauffés dans les services, ce qui génère parfois quelques dysfonctionnements.

S'il n'existe pas de choix de menus, les aversions des patients sont relevées par les soignants à l'arrivée dans les services ou le plus tôt possible selon leur état. Ces aversions sont enregistrées par les soignants dans le logiciel « winrest » et la gestion de production est préparée avec l'aide du logiciel « datameal ».

Pour le 7 septembre 2015, étaient servis : environ 600 déjeuners normaux (mais en cas d'aversion un second plat était disponible), 20 repas normaux sans sel, 70 repas pour diabétiques, 28 repas hypocaloriques, 130 repas sans porc, 6 régimes épargne digestive, 18 repas hypo-cholestérol, 25 repas tendre, 3 sans résidus et 55 végétariens.

Le prix de revient du repas s'établit à 2,20 euros en denrées et 5,35 euros tout compris.

L'Unité centrale est prête pour postuler à la certification ISO 22 000, mais, après les travaux, toutes les certifications et les agréments obtenus seront à reprendre.

4.2 L'hygiène

Le centre hospitalier dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène, rattachée au coordonnateur des risques associés aux soins. Elle est composée d'un praticien assistant en hygiène, d'un cadre de santé hygiéniste, d'un infirmier et d'une secrétaire.

L'équipe opérationnelle d'hygiène établit un rapport annuel et s'appuie sur un réseau de correspondants avec un médecin et un cadre de santé (ou un infirmier) désignés au sein de chaque secteur[29].

Elle assure notamment la gestion *a priori* du risque infectieux, la gestion *a posteriori* de ce risque lors de l'arrivée d'un patient présentant une suspicion infectieuse ainsi que l'information et la formation des professionnels en la matière.

4.2.1 L'entretien du linge

Le linge hôtelier est traité par un prestataire (*La Blésoise* depuis 2013).

Au centre hospitalier, une lingerie composée de quatre agents, fonctionne de 8h à 15h36. Elle dispose d'un stock de sécurité pour le linge hôtelier.

Le linge propre est livré à 5h30 chaque jour par la société prestataire. Lors de leur prise de service, les agents procèdent à son dépôt dans les lingeries de chaque unité. Le réapprovisionnement consiste à compléter les stocks de linge déjà entamés.

Pour les pyjamas, selon les informations recueillies, seules tailles 3 et 6 sont disponibles, tant pour les femmes que pour les hommes hospitalisés ; les contrôleurs ont constaté que les patients portaient des vestes démesurément grandes et des pantalons qui leur tombent sur les chevilles.

Le linge sale de chaque unité est déposé sur les aires de ramassage extérieures propres à la disposition d'un ou plusieurs secteurs. Il est ensuite collecté par le prestataire qui a déposé au préalable le linge propre. Le délai de traitement est de 48 heures.

Selon les propos tenus aux contrôleurs, le changement des draps est, en fonction de l'état du patient (alité ou non), d'une à deux fois par semaine pour les patients relevant de la psychiatrie.

Le linge des patients est lavé par les familles ou les proches. Pour les personnes isolées, il peut l'être à la laverie de chaque unité.

4.2.2 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Il n'existe pas de comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), ce qui est regrettable.

Une commission qualité-sécurité des soins a été mise en place. Cette instance unique, présidée par un médecin psychiatre, chef de pôle et vice-présidente du CME, se réunit quatre fois par an. La dernière réunion a eu lieu le 23 juin 2015 ; la prochaine est prévue le 17 novembre 2015.

[29] A la pharmacie, ce n'est pas un médecin mais un pharmacien et au service d'imagerie, ce n'est pas un soignant mais un manipulateur.

La séance du 23 juin 2015 a permis de faire un point sur les vigilances (pharmacovigilance, réactovigilance, infectiovigilance, identitovigilance et électroconulsivothérapie-vigilance). De même, un point d'étape des travaux du groupe opérationnel « Maîtrise du risque infectieux » a été fait, portant notamment sur les bactéries multirécidivistes et la légionnelle.

Selon les informations recueillies, le réseau d'eau chaude est surveillé de manière pluriannuelle.

4.3 La sexualité

Le règlement intérieur du centre hospitalier, qui interdit notamment de fumer à l'intérieur des locaux (article 41), d'introduire et de consommer de l'alcool (article 42), d'introduire des substances illicites ou des matières dangereuses (article 43) et de prendre des photographies ou de filmer sans autorisation préalable (article 44) n'aborde pas la sexualité des patients pour poser des restrictions ou des limitations. Il en est de même pour le livret d'accueil et les règles de vie des unités.

Cette situation est conforme à la décision de la cour administrative d'appel de Bordeaux qui, le 6 novembre 2012, a jugé que *« l'interdiction [imposée] à l'ensemble des patients [d'une unité de soins du centre hospitalier spécialisé de Cadillac] [constituait] une sujétion excessive au regard des stipulations de l'article 8 de la convention européenne des sauvegardes des droits de l'homme et des libertés fondamentales et des dispositions […] de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique* ».

En revanche, l'application est apparue différente de la règle affichée. Le sujet est abordé au cas par cas, service par service, dans la diversité des sensibilités. La vigilance des équipes porte en priorité sur des relations qui peuvent être empreintes de violence, et imposées aux plus vulnérables. Des faits de prostitution, dans l'enceinte ou aux abords de l'hôpital, ont été signalés aux contrôleurs, sans qu'ils aient pu être vérifiés.

Ainsi, dans les unités du secteur 3 et du secteur 13, lorsque l'équipe constate un rapprochement entre deux personnes, un entretien est organisé avec le personnel soignant pour rappeler l'interdiction des relations sexuelles au sein de l'unité. Dans les unités du secteur 14, s'agissant « *de lieux de soins et non de lieux de vie* », selon l'expression utilisée par un psychiatre, et compte tenu de la vulnérabilité des patients, les relations sexuelles ne sont pas autorisées, pas plus qu'elles ne le sont dans les unités des secteurs 17 et 18 et à l'unité des troubles du comportement alimentaire.

Des positions moins tranchées sont cependant apparues dans deux secteurs :

- dans le secteur 15, les soignants rencontrés par les contrôleurs estiment qu'il ne faut pas aborder la question de la sexualité des patients de façon dogmatique. « Il ne s'agit pas d'encourager. Mais de quel droit interdire ? », se demandent-ils. Certains disent avoir vu « des couples se former » et la question qui se pose alors est celle du consentement ;
- dans le secteur 16, aucune règle n'est édictée ; des patients ont exceptionnellement des relations sexuelles avec leur visiteur (compagne ou compagnon) dans l'intimité de leur chambre.

Quand les soignants ont connaissance de l'existence d'un rapport sexuel non protégé - comme il est procédé lors d'une exposition involontaire au sang – un test de dépistage du SIDA et un bilan sanguin dans le cadre des infections sexuellement transmissibles est systématiquement effectué avec l'accord du patient.

La question de la sexualité des patients n'est jamais posée ouvertement mais elle affleure régulièrement au cours des entretiens avec les soignants.

Longtemps, le centre hospitalier Sainte-Anne a été précurseur : la contraception ayant longtemps été proposée aux patientes notamment sous la forme d'implants (considérés comme plus faciles à gérer que des contraceptifs oraux), et il était possible de pratiquer une interruption volontaire de grossesse pour les patientes qui le réclamaient. Elle est aujourd'hui pratiquée dans des établissements plus adaptés, avec un accompagnement psychologique et psychiatrique.

Le SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles ont conduit à des campagnes d'information sur la réduction des risques et à la mise à disposition de préservatifs, d'autant que - comme en milieu carcéral - « *la population psychiatrique continue à se contaminer à un taux très élevé* », précise un médecin.

Les préservatifs ne sont pas accessibles dans les mêmes conditions, selon les unités ; ainsi, dans le secteur 14, ils ne sont remis aux patients qu'au moment de leur départ pour une autorisation de sortie alors que dans d'autres secteurs (par exemple, le secteur 13), les règles sont moins strictes. Des préservatifs sont disponibles à la maison des usagers. Aucun distributeur n'est installé dans l'enceinte de l'établissement.

Les soignants se posent un certain nombre de questions sans toujours savoir comment y répondre : de quelle sexualité peut-il s'agir ? rapports sexuels lors de permissions de sortie, avec des visiteurs, entre patients ? rapports consentis et consentis dans quelle mesure, lorsque la maladie mentale est présente? « *On est dans une espèce de zone grise, a confié un médecin. Il ne faut pas être dogmatique. On ne va pas encourager, mais de quel droit interdire ? Lorsque nous sommes confrontés au sujet, nous expliquons au patient que l'hôpital est un lieu de soin. Il y a un temps pour se soigner et un temps pour être amoureux et, dans ce cas, il faut aller bien*. »

4.4 L'argent des patients

La régie du centre hospitalier est ouverte aux patients du lundi au vendredi, de 9h à 16h. Le service comprend un agent d'accueil, un régisseur titulaire et deux suppléants.

Le service des majeurs protégés ne relève plus de la régie ; il est installé dans les locaux de la Trésorerie principale des centres hospitaliers spécialisés.

Le dépôt des biens et des valeurs à la régie n'est pas obligatoire, même s'il est recommandé. Seule l'information sur la possibilité d'effectuer un dépôt est obligatoire. Ainsi, lors de l'admission, le personnel de l'unité de soins, après avoir dressé par écrit un inventaire contradictoire des biens et valeurs, en présence d'au moins deux personnes, invite le patient concerné à les déposer et l'informe des modalités de dépôt et de retrait. Le soignant peut, dans le cas où l'état clinique le permet, l'inviter à remettre ses biens à sa famille. Une copie de la fiche d'inventaire est remise au patient et l'information sur les modalités de dépôt et de retrait est rappelée dans le livret d'accueil.

Si le patient hospitalisé en psychiatrie ne consent pas au dépôt, le soignant lui fait signer le refus de dépôt, conservé dans son dossier. Ce dernier a alors, en l'absence d'avis contraire du médecin, la possibilité de déposer ses biens dans un coffre individuel, placé à l'intérieur d'une armoire sécurisée, dans sa chambre.

Si le patient consent au dépôt, le personnel de l'unité lui fait signer le reçu d'information, conservé dans son dossier.

Il a été indiqué que les dépôts étaient souvent effectués par le personnel soignant qui se rend dans les plus brefs délais à la régie avec les biens et les valeurs[30] placés dans une pochette plastique transparente et scellée ainsi qu'avec un volet souche de couleur jaune sur lequel est inscrit l'identité du patient et le service[31]. Le régisseur ouvre la pochette en présence du soignant, afin de vérifier la conformité du contenu avec l'inventaire. Il dresse un inventaire contradictoire sur le registre de dépôt de la régie qu'il signe et fait signer par le déposant. Un reçu de dépôt lui est remis à l'attention du patient.

En-dehors des jours et des heures d'ouverture de la régie, un membre de l'équipe soignante se rend, sans délai, au poste de sécurité du centre hospitalier pour y déposer au coffre les biens et valeurs placés dans une pochette, selon la même procédure. Le dépôt y est consigné sur un registre. Les dépôts sont ensuite récupérés, chaque jour, par un personnel de la régie qui contacte le service de soins afin qu'un soignant se déplace à la régie dans la journée pour la régularisation. Tant que ces formalités n'ont pas été régularisées auprès de la régie, le patient ne peut pas effectuer de retrait d'argent.

Si son état clinique le permet, le patient peut ensuite se déplacer à la régie pour retirer de l'argent. Sinon, il est fréquemment accompagné par un soignant de l'unité. Le règlement intérieur du centre hospitalier stipule que le retrait ne peut excéder 920 euros. S'il est égal ou supérieur à cette somme, le patient ou un tiers mandaté, avec des documents d'identité, devra se rendre à la Trésorerie principale des centres hospitaliers spécialisés de Paris.

Le régisseur (ou un de ses suppléants) est informé par l'équipe soignante de la sortie du patient, 48 heures à l'avance, afin de préparer le retrait de tous ses biens et valeurs, notamment le solde de l'argent déposé. Le patient se déplace et la fiche d'inventaire est signée contradictoirement ; ses biens et valeurs sont vérifiés en sa présence. S'il n'est pas en état de signer, la fiche est signée par un deuxième soignant. Il a été indiqué que si des patients ne récupèrent pas leurs biens à la sortie, les dépôts sont transférés à la Trésorerie.

Pour la semaine du 31 août au 4 septembre 2015, les fonds retirés ou déposés ont été les suivants : quinze retraits représentant la somme de 940 euros et sept dépôts représentant la somme de 5 131 euros.

Pour la même période, les fonds gérés par le gérant de tutelle préposé ont été : quatre retraits représentant la somme de 650 euros.

[30] Les cartes bancaires sont placées dans une enveloppe à l'intérieur de la pochette dans un souci de confidentialité.

[31] Il a été indiqué que la fiche jaune n'était pas toujours lisible pour faire apparaître le nom et l'unité du patient.

4.5 Les activités communes aux différents secteurs

4.5.1 Le sport

Le centre hospitalier dispose d'un terrain de tennis qui est peu fréquenté par les patients. Ce terrain est géré par l'association sportive de Sainte-Anne (ASSA). Il est également accessible aux salariés du centre hospitalier mais, selon les propos du président de l'association, les patients sont prioritaires. Les personnels soignants des unités réservent par téléphone un créneau horaire. Le terrain de tennis est ouvert tous les jours de 9h à 17h. Il n'a pas été possible de connaître le taux de fréquentation. Selon les témoignages, la majorité des demandes des patients de psychiatrie provient des secteurs 3, 13 et 17.

4.5.2 La cafétéria

Les patients et leur famille peuvent se rendre au *Relais H* situé à proximité du pavillon Piera Aulagnier (cf. § 2.2). Cet espace, agréablement aménagé, est propre et lumineux ; il dispose de vingt-quatre tables et de cinquante sièges. Une terrasse comprend une dizaine de tables. La cafétéria dispose de sanitaires. Les patients effectuent leur commande au comptoir. Ils ont la possibilité de prendre une boisson chaude au tarif de 1,10 à 1,70 euros et des pâtisseries dont le montant est de 4 euros environ.

Le personnel est employé par une société extérieure et n'a bénéficié d'aucune formation spécifique ; il n'est pas autorisé à intervenir en cas d'incident mais doit alors faire appel au service de sécurité. Selon les propos recueillis, cela se produit très rarement (trois fois par an environ), le personnel connaît bien les patients et est en mesure de désamorcer les conflits.

Les contrôleurs se sont rendus à plusieurs reprises au *Relai H* ; l'ambiance était détendue. Le lieu est très fréquenté aussi bien par les patients que leur famille.

4.5.3 Les bibliothèques

La bibliothèque médicale Henri Ey est installée dans le pavillon appelé « pavillon de l'horloge ».

Le fonds est important : 40 000 livres, 450 revues, qui couvrent principalement les champs de la psychiatrie, de la psychologie, de la psychanalyse et des neurosciences. Dans les deux salles de lecture, d'une capacité totale de 26 places, six postes informatiques sont à la disposition des visiteurs. Les usagers (les personnels, les étudiants, les stagiaires du centre hospitalier Sainte-Anne) peuvent emprunter des ouvrages et effectuer des recherches en explorant notamment les abondantes ressources en ligne.

La bibliothèque est ouverte à tous, y compris aux patients (ils l'utilisent peu : pas plus de cinq par an) et à leurs proches, soucieux de comprendre un diagnostic, de se familiariser avec des termes savants désignant des pathologies qui leur sont souvent inconnues.

C'est « *la bibliothèque pour tous* » qui est véritablement celle des patients. Longtemps installée dans un préfabriqué, cette bibliothèque dispose d'un bel espace ouvert sur un jardin, à côté de la cafeteria, de la maison des usagers et du coiffeur. Elle est donc d'un accès très facile. Présente à Sainte Anne depuis mars 1991, elle est ouverte au personnel depuis 2002.

3 000 ouvrages (romans, documents, biographies, livres d'histoire, de géographie, poésie et théâtre), des livres imprimés en gros caractères et des revues sont disponibles. Une étagère contient des livres de vulgarisation médicale et un Vidal qui ne peuvent être consultés que sur place. Des permanences sont assurées trois après-midis par semaine.

Deux fois par semaine, des bibliothécaires (douze bénévoles) se rendent dans les services avec des chariots de livres, revues et bandes dessinées (une centaine par chariot) et proposent aux patients de les emprunter. Si un ouvrage est perdu ou s'il est abîmé, les membres de l'association « *la bibliothèque pour tous* » le font remarquer, mais cela n'entraine ni sanction ni réprimande. Lorsque les patients sont alités ou se reposent, les bibliothécaires se rendent dans les chambres et proposent leurs services, sans jamais insister. L'offre de lecture est l'occasion de discussions, visiblement très appréciées par les patients.

En 2014, les bibliothécaires ont rencontré 2 405 lecteurs (2 358 en 2013). Plus de 4 000 ouvrages ont été empruntés.

Une cinquantaine de membres du personnel ont emprunté un plus de 500 livres.

4.5.4 L'ergothérapie

Les activités d'ergothérapie ne sont pas répertoriées, ce que regrettent la direction des soins, les cadres de santé et les ergothérapeutes. Il manque, estiment les personnes interrogées, « un outil informatisé», qui permettrait de réaliser un bilan précis de toutes les activités paramédicales, qui sont nombreuses et riches.

En psychiatrie, l'ergothérapie mobilise 9 ETP[32] (au moment de la visite, un poste était vacant mais devait être rapidement pourvu), dont 4 à l'intérieur de l'hôpital, et 5 en extra-hospitalier (hôpital de jour, centre médico-psychologiques…).

Toutes les prises en charge sont prescrites par un médecin et transmises dans le dossier médical.

Les patients sont d'abord vus individuellement, puis en groupe.

Différents types d'activités sont organisés :

- des activités d'expression (peinture, dessin), « *pour que les patients expriment librement leurs souffrances psychiques* » ;
- des activités « artisanales » : mosaïque, tissage, macramé, peinture sur soie, travail sur bois ;
- un atelier d'écriture (voir ci-dessous) ;
- un groupe de musique urbaine, issu des travaux de l'atelier d'écriture, a été mis sur pied avec une association de quartier et devrait réaliser un CD. Un festival inter-hôpitaux psychiatriques est envisagé ;
- un atelier de danse ;
- des séances de balnéothérapie ;

[32] ETP : équivalent temps plein.

- un atelier de cuisine, en binôme avec une diététicienne.

L'accès aux ateliers d'ergothérapie est inégal et varie selon les services (cf. paragraphe 5).

Des sorties thérapeutiques ont lieu régulièrement, auxquelles peuvent participer les patients placés sous contrainte qui en font la demande.

L'idée est de « *rendre leur citoyenneté* » aux patients et d'observer leur réaction lorsqu'ils sont face au monde extérieur. Des sorties ont ainsi lieu régulièrement au Louvre (deux fois par mois, une visite et un atelier de mosaïque), au musée d'archéologie de Saint-Germain-en-Laye et à la Cité de l'architecture et du patrimoine. Les patients s'y rendent par les transports en commun ou avec le minibus de l'hôpital. Une quinzaine de patients de l'extra-hospitalier et quatre ou cinq de l'intra-hospitalier avaient, par exemple, demandé à suivre ces conférences, au moment de la visite des contrôleurs.

Les personnes chargées de ces activités notent que, si les moyens en équipement ne manquent pas vraiment, c'est une envie et une ambition collectives qui font défaut. Elles relèvent ainsi que certains médecins - qui invoquent leur souhait de ne pas « chroniciser » les séjours en les rendant trop attractifs ou confortables - sont peu enclins à recourir à l'ergothérapie. Une responsable d'atelier a ainsi dit avoir été très choquée qu'un médecin lui dise, alors qu'elle souhaitait pouvoir accueillir davantage de patients : « *On n'est pas au Club Med, ici !* ». Elle y a vu une négation du rôle de soignants des ergothérapeutes.

Un exemple significatif de cette difficulté est l'usage peu développé de la balnéothérapie, où 10% seulement des participants viennent des services de psychiatrie. Cette activité, qui doit faire l'objet d'une prescription médicale, s'adresse aussi bien aux patients stabilisés qu'à ceux en phase aiguë. Outre son objectif de détente, de relaxation physique et psychique, cette activité est pensée comme une façon pour les patients de se réapproprier leur corps.

Créé en 1986 dans le bâtiment des neurosciences, et rénové de fond en comble en 2012, l'équipement est en parfait état : les patients y disposent d'un bassin de 12 m sur 4 m, avec une possibilité de mise à l'eau automatisée, d'un bassin individuel, d'un jacuzzi et d'un dispositif de massage au jet. Des maillots de bain sont fournis aux patients hospitalisés. Les séances durent une heure, dont 40 à 45 minutes dans l'eau. Au maximum, cinq patients (l'activité est mixte) participent en même temps aux séances. La sous-utilisation de la balnéothérapie s'explique par la pénurie de kinésithérapeutes, mais aussi par la difficulté de retirer des infirmiers de leur service habituel pour accompagner les patients. « *Les prescriptions sont insuffisantes, il faut vraiment "aller chercher" le patient pour qu'il puisse participer aux activités* », a-t-il été regretté. « *Il y a dix ans, nous pouvions nous occuper d'un nombre plus élevé de patients* ».

L'atelier d'écriture publie de petits livres, édités grâce au service de reprographie de l'hôpital, qui reproduisent certains des textes rédigés par les patients au cours de l'année.

Ces ateliers se tiennent chaque semaine dans la salle d'ergothérapie au dernier étage du pavillon F. Lors de la visite des contrôleurs, six patients s'étaient déplacés. Certains étaient des « habitués », d'autres venaient pour la première fois. Le thé une fois servi, l'ergothérapeute a distribué feuilles de papier et stylos et proposé des « jeux » d'écriture : acrostiches, cadavres exquis, rédaction de courts textes partant d'une phrase (« *si j'étais un chat…* »). Si deux patients

n'ont pas touché à leur feuille, disant qu'ils « *n'y arrivaient pas* », d'autres ont joué le jeu, avec sérieux, angoisse ou plaisir. Lus à haute voix par l'ergothérapeute, les textes ont provoqué des commentaires, des discussions, parfois des larmes.

4.5.5 Les associations

Dans chaque secteur ou inter-secteur, à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, au CPOA, une association en santé mentale (association de la loi de 1901) a été créée pour gérer des activités. Les adhérents sont principalement le personnel du secteur mais aussi des familles de patients et des patients.

Les ressources proviennent des subventions accordées chaque année par l'établissement et de dons. Le comptable du centre hospitalier en assure la surveillance et un expert-comptable a été désigné pour veiller à la régularité des comptes. Ces subventions varient d'une unité à l'autre. En 2013, les treize associations ont ainsi obtenu 166 055 euros. La majorité ont reçu entre 9 000 euros et 18 000 euros à l'exception du CPOA (3 264 euros) et du service hospitalo-universitaire (23 755 euros).

Ces fonds servent aux activités culturelles, artistiques, culinaires, sportives, aux sorties thérapeutiques…

Ainsi, l'Eveil, association du secteur 16 reçoit une subvention annuelle d'environ 16 000 euros par an de la part de l'hôpital, à laquelle s'ajoute environ 6 000 euros par an de dons ainsi que les cotisations (200 euros par an et par adhérent). L'Eveil permet aux unités hospitalières du secteur de mener des activités comme les cafétérias (cf. § 5.3.4.5.e) et les ateliers cuisine, d'organiser des sorties ou d'acheter du mobilier non proposé dans le catalogue de l'hôpital Sainte-Anne (comme, par exemple, les fauteuils des salons de détente). Par ailleurs, l'association aide certains patients par des avances financières (remboursées ensuite par les patients) pour des cautions de loyer ou encore de billets de train. Pour les patients non hospitalisés, elle finance des activités et paie la caution de deux studios sociaux occupés par des patients du secteur et loue un autre studio, occupé par des patients du secteur (qui reversent à l'association le montant du loyer).

En 2014, l'association SHU, du secteur 14, a financé dix-neuf sorties thérapeutiques (cinéma, musée, expositions,…) et quatre-vingts activités (jeux de société, soins de bien être, piscine, goûters, fête de Noël…).

4.6 Le service de sécurité

Le service de sécurité du centre hospitalier a pour vocation première la sécurité incendie. Ensuite, il gère l'accueil aux portes d'entrée du centre et assure les contrôles. Il prend en charge également le standard téléphonique. Enfin il effectue des rondes pour lutter contre les malveillances.

En cas de difficultés dans les services, il peut être fait appel au service de sécurité, mais il a bien été précisé aux contrôleurs que ces interventions n'impliquaient aucune intervention physique ; il s'agit seulement d'une présence dissuasive. Aucun rôle n'est donc joué par les agents du service de sécurité dans les relations et les soins aux patients, seuls les soignants y pourvoient.

Ce service comprend au total vingt-trois personnes, dont un ingénieur à temps plein et un à temps partiel. Trois personnes sont présentes en permanence : un chef d'équipe et deux agents. Tout le personnel est salarié du centre hospitalier. Ces agents sont formés, diplômé SIAP (service de sécurité incendie et assistance aux personnes) et suivent des sessions de recyclage. Un véhicule est affecté à ce service.

Exceptionnellement, en cas de besoin, il peut être fait appel à une entreprise spécialisée pour des vacations.

La vidéosurveillance a été refusée par les instances du centre hospitalier, à titre de « protection éthique », afin de préserver l'anonymat des patients. Il n'existe donc que deux caméras : une à l'entrée rue Cabanis et l'autre au bâtiment des urgences neuropsychologiques (Raymond Garcin). Des centrales d'alarme fonctionnent dans les services.

Une main courante, tenue au poste de sécurité situé à l'entrée de la rue Broussais, permet d'enregistrer les évènements et les actions menées.

4.7 Les soins somatiques

4.7.1 L'organisation de la prise en charge des soins somatiques

Pour les hospitalisations à temps complet en psychiatrie, l'examen somatique des patients est effectué par les médecins de chaque unité, en général par les internes[33].

Lors de l'arrivée, les constantes somatiques (pouls, tension artérielle, température, poids) sont relevées par les infirmiers des unités et normalement consignées dans le dossier médical du patient[34]. Par ailleurs, il a été indiqué que chaque patient admis en hospitalisation bénéficiait d'un bilan biologique et d'un électrocardiogramme.

Le service de consultations somatiques de liaison assure les avis et soins somatiques pour les patients hospitalisés et pour les patients pris en charge en suivi ambulatoire. Cette équipe constituée :

- d'un médecin coordonnateur, praticien hospitalier de médecine générale à temps plein ;
- d'un médecin généraliste praticien hospitalier contractuel à 0,6 ETP[35], effectuant par ailleurs une consultation de gynécologie d'une demi-journée par semaine ;
- d'un médecin généraliste attaché à 0,5 ETP ;
- d'un pédicure à 0,5 ETP ;
- d'une infirmière à temps plein ;

[33] Selon les résultats de l'évaluation IPAQSS (recueils des indicateurs de qualité et de sécurité des soins) 2014-2015 pour la haute autorité de santé (HAS), 97 % des dossiers médicaux étudiés faisaient mention de l'examen somatique d'entrée.

[34] Selon les résultats de l'évaluation IPAQSS (recueils des indicateurs de qualité et de sécurité des soins) 2014-2015 pour l'HAS, 52 % des dossiers sélectionnés faisaient mention du relevé de l'indice de masse corporelle (IMC).

[35] ETP : Equivalent temps plein

- d'un aide-soignant à temps plein ;
- d'un cadre supérieur de santé du pôle référent pour le service ;
- d'une secrétaire médicale à 0,5 ETP.

Le service de consultation somatique de liaison est ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 18h. En dehors de ces horaires, la permanence des soins somatiques est effectuée par les médecins psychiatres d'astreinte dans les services d'hospitalisation.

Pour les patients hospitalisés, cette unité délivre, sur demande des services, des consultations de médecine générale, de gynécologie, de pédicurie et des soins infirmiers et aides-soignants somatiques. Les consultations de médecine générale et soins infirmiers sont effectuées au chevet des patients dans les services d'hospitalisation pour 80 % des cas ou au sein du service dans le pavillon Pinel (cf. § 2.2).

L'un des médecins du service de consultation somatique est qualifié en endocrinologie et dans la prise en charge des troubles métaboliques (effets secondaires classiquement connus des traitements neuroleptiques utilisés en psychiatrie). Un protocole de prise en charge de la constipation (effet secondaire très fréquent des traitements neuroleptiques) a été établi en lien avec le service et diffusé dans tous les services d'hospitalisation. Il a été indiqué que les complications graves liées aux problèmes de constipation étaient actuellement exceptionnelles.

La disponibilité et la réactivité du service de consultation somatique de liaison sont appréciées des différentes unités d'hospitalisation en psychiatrie visitées.

Les consultations spécialisées et les examens complémentaires de soins somatiques sont orientés soit dans les services de consultations de l'hôpital Sainte-Anne lorsqu'ils y sont disponibles (pavillon Raymond Garcin), soit sur d'autres hôpitaux de proximité. Ainsi, les consultations de neurologie, neurochirurgie, stomatologie, ORL, ophtalmologie, dermatologie, anti-douleur, médecine physique et de réadaptation et les examens d'imagerie tels que les scanner et les IRM sont effectuées à l'hôpital Sainte-Anne. Les patients hospitalisés en psychiatrie peuvent aussi bénéficier de soins de rééducation fonctionnelle, soit au sein du pavillon Raymond Garcin (dont la balnéothérapie), soit par l'intervention au sein des unités d'un kinésithérapeute de liaison, sur prescription médicale. Les soins de kinésithérapie au sein des services de psychiatrie sont cependant insuffisants par manque de kinésithérapeute employés dans l'hôpital (cf. § 2.5.2).

Les patients peuvent bénéficier d'un avis médical spécialisé en addictologie, notamment pour les sevrages tabagiques ou encore les traitements de substitution aux opiacés, auprès du service d'addictologie de liaison de l'hôpital (unité appartenant au pôle « 15ème arrondissement »).

La prise en charge des urgences somatiques est en général effectuée au sein des divers services d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux de proximité où les médecins psychiatres de chaque secteur assurent les consultations de liaison.

En cas d'urgence vitale, le service d'anesthésie et de réanimation du pôle neuro-sciences intervient selon une modalité d'appel inscrite dans un protocole commun à tout l'hôpital. Des chariots d'urgence standardisés et des sacs à dos d'urgence ainsi que des défibrillateurs sont installés dans chaque unité d'hospitalisation.

Les actions de prévention et de promotion de santé sont organisées par un comité de promotion de la santé, sous l'égide de la commission médicale d'établissement (CME). Ce comité se réunit quatre à cinq fois par an et organise des actions de prévention ponctuelles telles qu'une journée sur la prévention des risques de transmissions des infections sexuellement transmissibles (IST) chaque 1er décembre (journée mondiale de lutte contre le SIDA). En 2015, une journée a été dédiée à la question des addictions avec la projection d'un film et la tenue d'une conférence et, en 2014, deux conférences ont été organisées sur le thème du sommeil.

Pour la prévention des risques de transmissions des IST, les unités d'hospitalisations peuvent mettre à disposition des patients des préservatifs commandés auprès de la pharmacie. Les préservatifs disponibles sont uniquement masculins. Selon le relevé de la pharmacie, les commandes de préservatifs sont majoritairement destinées aux services de consultations alors que les unités d'hospitalisation de psychiatrie en demandent peu. Dans certaines unités, il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'y avait pas de préservatifs disponibles et que la prévention des risques était effectuée individuellement lors d'entretiens.

4.7.2 La prise en charge de la douleur et le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

L'évaluation de la douleur doit faire l'objet d'une attention spécifique lors des admissions des patients et est effectué par les infirmier(e)s lors de leur accueil. Selon les résultats de l'évaluation IPAQSS (recueils des indicateurs de qualité et de sécurité des soins) de 2014-2015 pour l'Haute autorité de santé (HAS), 37 % des dossiers sélectionnés faisaient mention de la mesure de la douleur. Par ailleurs, les résultats de l'analyse des questionnaires de sortie remis aux patients en 2014[36] révèlent que 81,7 % des patients ayant répondu estimaient que leur douleurs physiques ressenties avaient été suffisamment prises en comptes lors de leur hospitalisation alors que 18,3 % estimaient le contraire.

Une unité de la douleur du pôle de neurosciences intervient dans l'évaluation et la prise en charge spécialisé de la douleur. Composée d'une infirmière de liaison à temps plein, d'un psychologue, de quatre médecins et d'une secrétaire, elle permet aux patients hospitalisés d'avoir un accès direct à une prise en charge spécialisée.

Une formation de quatre jours (quinze places) sur la prise en charge de la douleur est proposée chaque année au personnel soignant de l'hôpital. Il a été indiqué que cette formation n'aurait pas lieu en 2015, en raison d'un changement de médecin référent à l'unité de la douleur, mais qu'elle reprendrait en 2016.

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'hôpital est composé d'un médecin et d'une infirmière de l'unité de la douleur, d'un psychiatre, d'un médecin du service de soins somatiques de liaison, d'un pharmacien et d'un cadre de pharmacie. Il se réunit quatre fois par an, procède à l'évaluation des pratiques et émet des recommandations. Ainsi, de nombreux protocoles ont été établis dont certains sont spécifiques aux activités de chirurgie et de réanimation et d'autres utiles pour tous les services de l'hôpital tels qu'un « *guide de prescription des antalgiques pour un patient*

[36] 816 questionnaires retournés par les patients entre le 1er janvier 2014 et le 31 octobre 2014

porteur d'escarres », des fiches d'information thérapeutique sur la définition et sur l'évaluation de la douleur ainsi qu'un guide du « *bon usage des antalgiques pour les soins douloureux* » indiquant le délai et la durée d'efficacité des traitements antalgiques.

4.7.3 La pharmacie

La prescription médicamenteuse est informatisée depuis de nombreuses années[37] au sein de l'hôpital. Toutes les prescriptions sont relues et validées par un pharmacien.

Pour l'hospitalisation en psychiatrie, la dispensation des traitements est nominative. Les traitements sont préparés au sein de la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital et sont livrés aux unités pour la semaine. Lorsqu'un changement est prescrit le matin et jusqu'en début d'après-midi, la pharmacie livre dans l'après-midi. Chaque unité de soins est dotée d'une armoire à pharmacie d'appoint permettant de compléter les traitements manquants ou prescrits en urgence mais, si nécessaire, les soignants du service se déplacent à la pharmacie centrale.

L'administration des traitements est effectuée dans les services par les infirmiers. A chaque distribution, ils préparent le traitement de chaque patient dans un boitier nominatif à partir des boîtes de traitement nominatives hebdomadaires préparées par la PUI. A cet effet, les unités sont dotés de chariots dans lesquels se trouvent les boîtes de traitements (celle préparées pour une semaine par la PUI et celle préparées avant chaque distribution par les infirmiers). Chaque administration ou non-administration sont renseignées sur le logiciel informatique par les infirmiers.

Un groupe de travail est dédié au circuit du médicament au centre hospitaliser Sainte-Anne. Il se compose d'un pharmacien, d'une cadre de pharmacie, d'un préparateur en pharmacie, d'infirmiers, de cadre de santé des unités de soins et d'un ingénieur de qualité. Ce groupe travaille à l'uniformisation des pratiques et des équipements et formule des recommandations de bonnes pratiques relatives au circuit du médicament, notamment quant à la confidentialité de l'administration des traitements aux patients et à l'identitovigilence.

Des pharmaciens participent à des évaluations cliniques au sein des secteurs 17, 18, de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale(CMME) et du service hospitalo-universitaire (SHU) lors des réunions de synthèse hebdomadaires des services.

4.7.4 L'éducation thérapeutique

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient visent à « *aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* »[38].

Lors de la visite, dix-sept programmes d'éducation thérapeutique du patient étaient créés au centre hospitalier de Saint Anne dont douze étaient validés par l'agence régionale de santé

[37] L'utilisation du logiciel pharmaceutique a débuté en 1997.

[38] Définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS)

(ARS). Parmi ces programmes, seulement cinq étaient développés pour les patients hospitalisés en psychiatrie dont un était validé par l'ARS.

5 L'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN

5.1 Le pôle « 5ème - 6ème arrondissements » – secteur 3

5.1.1 Présentation générale

Le secteur 3 couvre une population d'environ 100 000 habitants résidant dans les 5ème et 6ème arrondissements. Le pôle a une politique de soins tournés essentiellement vers l'extérieur, les deux-tiers des infrastructures étant extra hospitalières. Ainsi, il possède une seule unité d'hospitalisation à temps complet de vingt-six lits et la seconde unité (de quatorze places) propose uniquement une hospitalisation à temps partiel dans la journée avec pour objectif de « responsabiliser les patients ».

Les autres structures extra hospitalières sont les suivantes :

- un centre médico-psychologique (CMP) qui regroupe un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), une équipe de gérontopsychiatrie et une équipe intervenant sur les appartements associatifs (neuf appartements pour seize places) et en accueil familial thérapeutique (AFT - six places). Le CMP est ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 19h30, et le samedi, en matinée. Les délais pour accueillir des personnes sont inférieurs à une semaine et les nouveaux patients, à l'exception des cas urgents, sont reçus dans le mois ;
- un centre d'accueil et de crise (CAC) offrant un accueil 24 heures sur 24 et disposant de six lits. L'équipe comprend un médecin psychiatre, trois assistants, un interne, dix-neuf infirmiers, deux psychologues et une assistante sociale. Il convient de préciser qu'il s'agit d'un centre entièrement ouvert. Les patients peuvent être adressés par les services d'accueil d'urgence (SAU), le CMP ou venir spontanément. Le centre prend en charge uniquement les patients admis en soins libres ou en SDT ; les SDRE sont adressés directement au centre hospitalier Sainte-Anne. Le CAC travaille également en lien étroit avec les lycées et les foyers des jeunes travailleurs. Les patients peuvent être hospitalisés sur une durée d'une semaine, reconductible une fois. L'hospitalisation est réévaluée au jour le jour par un médecin en fonction de leur état clinique. Outre le travail d'accueil et d'évaluation réalisé par les équipes en place, le centre oriente les patients vers une hospitalisation à Sainte-Anne à temps complet. Lorsqu'ils sont admis au CAC, les patients sont libres de sortir seul ou accompagnés pour un temps thérapeutique. Pour les patients ne nécessitant pas une hospitalisation, une prise en charge ambulatoire ou à temps partiel, adaptée à l'état clinique du patient, est proposée.

Une permanence médicale et infirmière est également assurée au SAU de l'hôpital Cochin.

5.1.2 L'unité ouverte d'hospitalisation complète

5.1.2.1 Présentation générale

Cette unité, disposant de vingt-six lits, prend en charge essentiellement des personnes hospitalisées sans leur consentement en phase aiguë de leur pathologie. Elles peuvent être adressées par le CAC, les SAU, le CPOA ou par les structures extra hospitalières du secteur. L'unité

accueille également des patients sous contrainte dont l'état clinique nécessite une sismothérapie ou présentant une comorbidité. D'autres personnes sont également prises en charge à la journée et repartent chez eux le soir.

5.1.2.2 Les locaux

Les locaux, d'une superficie de 1 958 m², sont répartis de part et d'autre du poste infirmier avec la zone administrative et d'activité, d'un côté, et la zone d'hébergement, de l'autre ; cette dernière est scindée entre la grande aile et la petite aile.

Le poste infirmier est un espace vitré de 59,67 m². Il n'existe pas de tableau affichage ; le jour du contrôle, des affiches apposées sur la vitre concernaient : les horaires des visites (autorisées de 13h30 à 18h30), les horaires pour téléphoner (autorisés de 13h30 à 20h), la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, la charte de la personne hospitalisée, la maison des usagers et la visite des contrôleurs du CGLPL. Le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Paris n'est pas affiché.

L'hébergement est constitué de vingt chambres individuelles et de trois chambres doubles. Selon les informations recueillies, les patients en crise ou récemment admis sont hébergés dans les chambres les plus proches du poste infirmier.

L'aile d'hébergement (photo de gauche) et une chambre individuelle (photo de droite)

Les chambres individuelles

Les chambres individuelles sont de conception identique ; leur superficie varie entre 14,06 m² et 17,56 m². Elles sont équipées d'un lit simple, d'une table de chevet roulante, d'une table et d'une chaise. Le lit est surmonté d'une rampe dotée de trois prises électriques, de deux boutons pour activer la lumière et d'un bouton d'appel. Selon les informations recueillies, les boutons d'appel, dont les sonneries sont centralisées au bureau des soins, ne sont pas activés car les patients sont en mesure de se déplacer. A l'entrée de la chambre, est aménagé un placard intégré comprenant une partie penderie et des étagères. Le patient et l'aide-soignant en

possèdent une clé. Il a été indiqué aux contrôleurs que des patients ont perdu leur clé et que, suite à cela, des placards restent ouverts. Deux patères souples en caoutchouc permettent au patient de suspendre ses vêtements. La lumière naturelle pénètre par une fenêtre, équipée d'un store électrique, actionnable par le patient. Un bouton d'alarme agression est installé à l'entrée de la chambre ; l'alarme retentit dans le bâtiment et dans les unités d'hospitalisation du secteur 13, de la CMME et du CPOA.

Les chambres doubles :

La superficie des chambres varie entre 19 m² et 21,93 m². Elles sont meublées de deux lits simples, de deux tables de chevet, d'une table et de deux chaises. La rampe au-dessus du lit est de conception identique. A l'entrée de la chambre, un placard intégré comporte deux portes fermées à clé, sous réserve que les patients n'aient pas égaré leur clé. Ces placards sont équipés d'étagères. Le chauffage dans chaque chambre est un chauffage au sol.

5.1.2.3 Les personnels

L'unité compte 0,8 ETP de praticien hospitalier et 1,6 ETP d'assistant. Un interne intervient également à 80 %. Une présence médicale est assurée tous les jours, du lundi au vendredi.

L'équipe non médicale est composée de la façon suivante :

- 1 ETP de cadre de santé ;
- 13 ETP d'infirmiers[39] ;
- 6 ETP d'aides-soignants ;
- 5 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH) ;
- 1,8 ETP de secrétaires médicales;
- 0,2 ETP d'art thérapeute ;
- 0,7 ETP de psychologue ;
- 0,6 ETP de psychomotricien ;
- 1 ETP d'assistante sociale.

Les équipes du matin comprennent au minimum deux infirmiers et un aide-soignant, un quatrième soignant intervient en horaire décalé (8h-15h30). La composition des équipes est identique l'après-midi et un quatrième soignant intervient également en horaire décalé (12h30 - 20h).

Une équipe fixe de nuit (quatre soignants), composée de deux soignants présents chaque nuit, est remplacée par le personnel de jour lors des congés annuels (environ 160 nuits à effectuer) et durant les éventuels congés de maladie. Par ailleurs, il existe une mobilité interne entre les soignants des deux unités.

Cette équipe paramédicale est complétée par 2,8 ETP d'infirmiers et 1 ETP d'aide-soignant qui animent des ateliers thérapeutiques pour les patients hospitalisés dans les deux unités.

[39] Un infirmier est détaché au CMP du lundi au vendredi.

Selon les propos recueillis, l'équipe est stable et le taux d'absentéisme est très bas. L'équipe d'infirmiers comprend essentiellement du personnel infirmier diplômé en soins généraux, à l'exception d'un infirmier diplômé en soins psychiatriques. Selon les témoignages recueillis, si les infirmiers titulaires du nouveau diplôme offrent une meilleure prise en charge somatique aux patients, en revanche, ils pâtissent d'une vraie carence clinique. Pour pallier ce manque, il a été mis en place une formation en soins psychiatriques. Cette formation, d'une durée de 20 heures, dispensée par les médecins psychiatres et les infirmiers expérimentés, est accessible aux aides-soignants. Les personnels soignants ont indiqué « *se sentir bien et exercer dans de bonnes conditions* ». Il existe également une certaine souplesse dans la gestion des horaires leur permettant ainsi de pouvoir s'organiser pour la prise de rendez-vous à l'extérieur.

Par ailleurs, « *la parole infirmière est entendue par les médecins sur la prise en charge et le fonctionnement* ». A titre d'exemple, chaque jeudi après-midi, se tient une réunion de secteur co-animée par le chef de pôle et le cadre supérieur de pôle qui « *donne lieu à beaucoup de discussions* », selon les propos recueillis. La réunion de synthèse se déroule une fois par semaine ; des entretiens psychanalytiques, filmés avec l'accord du patient, sont projetés à l'ensemble des soignants. Chaque lundi, une réunion médicale regroupe tous les médecins tandis que le cadre supérieur de pôle réunit l'ensemble des cadres de santé environ tous les deux mois. Enfin, des conférences sur un thème spécifique à la psychiatrie sont organisées régulièrement.

5.1.2.4 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, l'unité comptait seize patients dont huit hommes et huit femmes. Deux hommes étaient en ASPDRE, sept femmes et cinq hommes étaient en ASPDT. Une femme et un homme étaient en ASPL. Aucun patient n'était en programme de soins.

La durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte pour un patient en ASPDRE était de 1 mois et 27 jours.

La durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte pour un patient en ASPDT était de 4 mois et 10 jours.

Le patient le plus âgé avait soixante-quatorze ans.

5.1.2.5 Le fonctionnement

A. L'admission dans le bâtiment

Dès lors que le patient est adressé par le CAC, le CMP ou le CPOA, il est accompagné par un infirmier. Il est accueilli par un binôme aide-soignant et infirmier et le médecin psychiatre le reçoit dans l'heure qui suit son arrivée.

Il n'existe pas de protocole d'admission, l'accueil et le mode de prise en charge s'effectuent en fonction de l'état clinique du patient. Si ce dernier est très agité, un inventaire rapide de ses effets personnels est réalisé afin de s'assurer qu'il ne dissimule pas d'objets dangereux. Si le patient ne souhaite pas vider ses poches, il lui est demandé de retirer ses vêtements (pantalons, veste, pullover). En cas de refus, le médecin intervient dans la négociation et, bien souvent, le patient accepte. Sa valise est conservée dans le vestiaire de l'unité et un inventaire détaillé est réalisé ultérieurement lorsque son état psychique le permet. Seuls les objets tranchants et les

médicaments sont retirés systématiquement, « *le reste dépend de l'état clinique du patient* ». Le port du pyjama concerne les patients souffrant d'incurie ou dont l'état (patient très sédaté par exemple) nécessite une meilleure surveillance clinique. En tout état de cause, il n'est pas systématique, y compris pour les patients en SDRE.

L'entretien médical d'entrée s'effectue en présence du personnel infirmier. La notification des droits est systématiquement réalisée par le médecin : « *cela permet d'évaluer cliniquement quelle alliance thérapeutique le patient développe autour de cette notification des droits. Pour nous en tant que médecin, le principal enjeu concernant les patients en soins sans consentement est d'arriver à créer cette alliance afin de les faire adhérer aux soins. La politique du service n'est pas de les enfermer mais de les ramener à leur domicile le plus rapidement possible* ». A cet égard, un personnel infirmier a souligné l'avantage d'exercer dans un service ouvert permettant ainsi d'obtenir une meilleure compliance aux soins.

Bien que cette notification soit réalisée par les médecins, il a été indiqué que le personnel infirmier consacrait beaucoup de temps par la suite pour rassurer le patient et expliquer à nouveau que l'audience devant le JLD a pour objectif de protéger ses droits.

B. La vie quotidienne

Il n'existe pas de règlement intérieur propre au secteur 3 afin de permettre à l'équipe soignante d'évaluer chaque situation au cas par cas.

- ✓ L'ouverture et la fermeture des chambres

Les chambres restent ouvertes en journée et la nuit, sauf prescription médicale ; dans ce cas, la fermeture peut être permanente ou partielle en fonction de l'état clinique du patient. Lors de la visite des contrôleurs, le 7 septembre 2015, deux patients de l'unité étaient soumis à une fermeture partielle de deux heures par jour (de 15h à 17h).

Une chambre

- ✓ L'hygiène corporelle

Chaque chambre (individuelle et double) dispose d'une salle d'eau d'une superficie de 2,14 m², fermée par une porte pleine qui peut être verrouillée de l'intérieur. Une patère en caoutchouc est fixée sur la porte intérieure. Chaque cabinet de toilettes dispose d'un WC en

faïence blanche avec un abattant, d'une douche à l'italienne et d'un lavabo avec un mitigeur surmonté d'un miroir. Près de la cuvette, se trouvent un bouton d'appel, un distributeur de papier hygiénique et une brosse. La salle d'eau est équipée d'un détecteur de mouvements.

Les patients bénéficient des produits d'hygiène corporelle, fournis par le centre hospitalier (savon, shampoing, rasoirs, mousse à raser, serviettes hygiéniques…). Les personnes souffrant de problèmes d'incurie ne sont pas contraintes à se laver. Selon les propos du personnel soignant, il s'agit de « convaincre » le patient à se laver ; l'éducation à l'hygiène est un soin et l'incurie fait partie de la symptomatologie de la pathologie psychiatrique.

L'unité dispose d'une salle de bain commune, d'une superficie de 8,87 m². Elle est accessible à la demande des patients. La pièce est équipée d'un bouton d'appel et d'une alarme agression.

La salle de bain commune

Les murs sont tapissés de carreaux en faïence blanche. La pièce est équipée d'une baignoire au centre de la pièce et d'une douche à l'italienne à jets. Lors de la visite des contrôleurs, un chariot roulant avec des serviettes de toilette, une chaise et un montauban (chaise percée) meublaient la salle de bain.

- ✓ L'entretien du linge

L'unité fonctionne sur la base de l'autonomisation des patients. Un chariot avec trois sacs est placé dans le couloir, à l'entrée de la zone de l'hébergement. Les patients autonomes peuvent y déposer eux-mêmes leur linge sale (draps, serviettes, taies, couvre lit). Ils prennent en échange le linge propre, posé sur un autre chariot.

Les aides-soignants passent le matin dans les chambres pour contrôler l'état de propreté des draps ; pour les patients qui ne sont pas en capacité, les draps peuvent être changés tous les jours.

Le lavage du linge personnel est assuré par la famille ou les proches. En revanche, les personnes sans domicile fixe et celles isolées utilisent la laverie de l'unité, comportant une

machine à laver et un sèche-linge. Son accès n'est pas libre ; les aides-soignants les accompagnent et les invite à placer eux-mêmes leur linge dans la machine à laver.

✓ La restauration

Les repas sont pris dans la salle à manger. Cette pièce, d'une superficie de 52,10 m², est contigüe à l'office. Lors du contrôle, les menus du 31 août au 15 septembre 2015 étaient affichés dans le couloir. La salle est meublée de sept tables rondes ; quatre personnes maximum peuvent s'y asseoir. Dans l'office, se trouve un lavabo avec du savon liquide et un essuie main. Les contrôleurs ont constaté que le système de ventilation était bruyant.

Le petit déjeuner est servi à 8h15, le déjeuner à 12h et le dîner à 19h. Un café ou un thé peut être servi dans l'après-midi, voire des boissons rafraîchissantes en été. Selon les informations recueillies, les personnes peuvent petit déjeuner en pyjama.

Les aides-soignantes passent dans les chambres et le jardin pour demander aux patients de se présenter à la salle à manger. Il a été indiqué aux contrôleurs que le placement à table est libre. Les repas sont servis sous forme de self-service ; ils prennent eux-mêmes un plateau avec une assiette, les couverts, la serviette et le pain puis se présente devant le meuble réchauffant les barquettes. Après le repas, les patients débarrassent eux-mêmes leurs assiettes avant de déposer le plateau sur un passe plat.

✓ L'accès au tabac

Les personnes fument en journée sur la terrasse suspendue, jusqu'à sa fermeture. Les personnes en chambre d'isolement qui sont des « gros fumeurs » peuvent bénéficier d'un temps pour fumer, accompagnées par une aide-soignante. Pour les fumeurs n'étant pas en capacité de gérer leur consommation ou pour ceux susceptibles d'être rackettés, la distribution des cigarettes est gérée par l'équipe.

C. Les communications avec l'extérieur :

✓ Les visites

Les visites ont lieu l'après-midi de 13h30 à 18h30. Il a été indiqué aux contrôleurs que des visites peuvent être accordées au cas par cas, le matin ou après le repas du soir.

Elles se déroulent sur la terrasse ou dans l'espace d'attente et de rencontre de l'unité. Celles en chambre sont acceptées en fonction de l'état du patient. Si une mère ou un père de famille hospitalisé reçoit ses enfants, la visite a lieu en dehors de l'unité, dans un bureau au rez-de-chaussée du bâtiment.

Le nombre de personnes autorisées à recevoir des visites était de 14 sur 16 le jour de la visite des contrôleurs.

✓ Le téléphone et l'accès à internet

L'accès au téléphone est autorisé sur prescription médicale. Des patients peuvent conserver leur téléphone portable une partie de la journée. D'autres n'ont pas accès à leur téléphone portable. Un poste de téléphone mural est installé dans un espace situé dans la zone d'hébergement, à l'écart de la circulation.

Selon les informations recueillies, l'accès internet est possible le week-end dans le cadre d'une activité, en présence d'un soignant.

Le nombre de personnes autorisées à téléphoner est de 15 sur 16.

✓ Le courrier

Le courrier arrive deux fois par jour, le matin et l'après-midi, au secrétariat du pôle. Les soignants en assurent la distribution. Le courrier départ est remis fermé aux soignants ou au secrétariat par les patients. Il est arrivé qu'une patiente écrive des lettres « délirantes » à son employeur ; l'équipe, sans connaître le contenu du courrier, a alors pris la décision de les conserver et de les remettre à la patiente lorsque son état a été stabilisé.

Les colis sont remis aux patients ; ils sont ouverts exceptionnellement lorsque le colis est encombrant, en présence de la personne hospitalisée.

D. Les activités

✓ Les ateliers thérapeutiques

Comme indiqué *supra*, 2,8 ETP d'infirmiers et 1 ETP d'aide-soignant sont dédiés aux ateliers thérapeutiques. L'unité dispose de trois salles spacieuses et agréablement aménagées dont une est décorée à l'aide d'objets et de peintures réalisées par les patients. L'accès aux activités est libre, « *vient qui veut* ». Cependant, le personnel soignant va à la rencontre des patients pour les solliciter et les stimuler. La durée moyenne de séjour (DMS) étant très courte (18 jours environ), il semble difficile de former des groupes fixes.

Selon les propos recueillis, ces temps en atelier permettent à certains patients « *de ne rien faire dire, de ne rien dire et de se poser* ». Une des pièces dispose d'un fauteuil légèrement dissimulé permettant ainsi à un patient, qui le souhaite, de se mettre momentanément en retrait et de faire une pause. Parfois, des discussions s'amorcent spontanément ; elles portent bien souvent sur la notion de soins sous contrainte et sur les traitements.

Les ateliers se déroulent de 9h30 à 12h et de 13h30 à 16h, du lundi au vendredi. Cependant, les infirmiers présents les week-ends utilisent également une des salles et proposent des ateliers de dessins ou des jeux de société. En semaine, plusieurs ateliers sont animés durant la même plage horaire offrant ainsi du choix au patient et permettant d'organiser des prises en charge individuelles notamment pour des patients dont l'état clinique nécessite un cadre plus structuré.

Lors de la visite des contrôleurs, les ateliers proposés étaient les suivants :

- atelier pâtisserie ;
- « conscience du corps et détente » ;
- atelier couture créative ;
- « corps et voix » ;
- art thérapie ;
- tennis ;
- piscine ;
- mime ;
- photos ;

- activités diverses.

Si l'équipe soignante fait l'effort nécessaire d'accompagner régulièrement les patients au parc, il semblerait que les patients des autres secteurs ne bénéficient pas des mêmes avantages du fait d'organisations différentes, de la réduction des effectifs soignants et des différences dans les politiques de service. A titre d'exemple, depuis deux ans, l'équipe dédiée aux ateliers thérapeutiques, en lien avec des associations, met à disposition un piano qui est installé dans le parc du centre hospitalier pour une durée de quinze jours. Vient jouer qui veut et des artistes sont également invités. Selon les propos recueillis, tous les services ne s'emparent pas de cette opportunité.

✓ Les sorties

Des sorties sont également organisées et certains patients en soins sous contrainte peuvent y participer. Il s'agit de pique-niques en forêt ou de sorties culturelles comme au centre Beaubourg, au palais de Tokyo, offrant la possibilité aux patients de découvrir des expositions. Un minibus est mis à la disposition de l'équipe ; en général, trois soignants accompagnent six patients.

Lors de la visite des contrôleurs, tous les patients étaient autorisés à participer aux ateliers, sept patients pouvaient bénéficier d'une sortie accompagnée de 12 heures et cinq autres, d'une sortie non accompagnée pour une durée de 48 heures.

Les infirmiers de l'unité organisent également des visites à domicile, seuls ou en binôme avec un collègue de l'extra hospitalier. Elles permettent au patient de reprendre ses marques et d'aménager son logement dans la perspective d'un prochain retour à domicile.

Concernant les patients très anxieux, il leur est proposé en premier lieu des sorties à proximité de l'hôpital.

E. Les soins

✓ L'accès au psychiatre

Les patients ont accès aux psychiatres dès qu'ils le souhaitent. Un personnel infirmier a tenu les propos suivants, « *les médecins sont disponibles et notre avis est pris en compte* ». Les entretiens médicaux sont effectués systématiquement en présence d'un infirmier.

Aucun infirmier n'est référent d'un patient. Cela permet d'assurer une cohésion d'équipe. En revanche, les soignants tiennent compte de l'alliance thérapeutique qui peut s'instaurer entre un patient et un soignant.

✓ La dispensation des médicaments

A l'exception des injectables, les traitements oraux sont systématiquement dispensés dans le poste infirmier afin d'assurer la confidentialité des soins. Les hypnotiques sont distribués par l'équipe de nuit à partir de 21h30. Les patients viennent chercher leur traitement au poste de soins infirmiers. L'horaire de dispensation n'est pas imposé ; les patients ont le choix de prendre leur traitement à la fin du programme télévisé. En outre, les infirmiers recherchent systématiquement l'adhésion du patient pour dispenser les hypnotiques.

S'agissant de la prise en charge médicale et plus précisément de la prescription médicamenteuse, un des médecins rencontrés a indiqué qu'il essayait, dans la mesure du possible, de lever la sédation dès que le patient n'est plus en phase aiguë.

- ✓ L'isolement et la contention

Le chef de pôle a souhaité continuer à appliquer le même principe qu'une ancienne cheffe de service du 6ème arrondissement, à savoir, l'absence de recours à l'isolement ni à la contention. Il s'agit là d'une bonne pratique qui mérite d'être soulignée. Il convient malheureusement d'observer que cette unité constitue une exception alors que ce mode de fonctionnement devrait constituer la règle commune.

Cependant, il existe quelques exceptions mais elles demeurent rares, selon les propos recueillis. Comme il n'existe pas de chambre de soins intensifs (CSI), dès lors qu'un patient est placé à l'isolement dans sa chambre, le mobilier est retiré afin d'éviter qu'il ne se blesse et d'avoir recours à la contention. Le jour de la visite des contrôleurs, deux patients étaient isolés dans leur chambre de façon séquentielle ; ils pouvaient néanmoins se rendre dans la cour pour fumer et prendre leur repas au réfectoire.

S'agissant de la contention, la décision est prise en équipe et, selon les témoignages, « *c'est longuement discuté car cela interpelle* ». Les indications thérapeutiques dans le cadre du recours à la contention sont la résistance aux traitements médicamenteux accompagnée d'une catatonie ou des comportements auto ou hétéro agressifs.

5.2 Le pôle « 14ème arrondissement » – secteur 13

5.2.1 Présentation générale

Le secteur 13 offre des soins psychiatriques à une population de 137 000 habitants et possède une file active de 3 800 patients. A la différence des 5ème et 6ème arrondissements, la périphérie du 14ème arrondissement regroupe, en partie, une population précarisée, constituée de migrants, exposée aux nombreux trafics de stupéfiants. De surcroît, il existe également de nombreuses familles monoparentales dont les niveaux de vie sont relativement bas.

L'activité du pôle est très importante et génère une sur-occupation dans les unités d'hospitalisation. Pour rappel, en 2014, le taux d'occupation des lits était de 108%. En effet, les unités d'hospitalisation du secteur 13 accueillent également, à la journée, des patients venant prendre leur repas et leur traitement. Certains participent également aux ateliers thérapeutiques.

Le pôle comprend :

- un service intra-hospitalier regroupant trois unités ouvertes d'hospitalisation complète pour adultes. Une de ces trois unités possède également quatre lits destinés aux adolescents. Une quatrième unité, dédiée aux hospitalisations de semaine, fonctionne du lundi au vendredi ;
- un centre médico-psychologique (CMP) ouvert sept jours sur sept, de 9h à 20h, du lundi au vendredi, et de 9h à 16h30, durant les week-ends. Outre les consultations psychiatriques et psychologiques qui sont proposées, il offre la possibilité aux patients de bénéficier d'entretiens

infirmiers et de recevoir leurs traitements. Par ailleurs, ce centre dispose d'une équipe mobile d'urgence qui intervient à domicile ;

- deux cliniques relais, dont une assure uniquement des hospitalisations de nuit tandis que la seconde est une unité de stabilisation ;
- un hôpital de jour (HDJ) ;
- deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Le pôle offre également des soins de suite aux adolescents et aux jeunes adultes et intervient également auprès des femmes en *pré et post partum* en partenariat avec le centre de périnatalité du secteur Brune.

Par ailleurs, le pôle participe à des projets d'hébergement par le biais du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), d'appartements associatifs comprenant treize places et d'une unité d'accueil familiale thérapeutique de cinq places. Enfin, une équipe est détachée au service d'accueil d'urgence (SAU) de l'hôpital Saint-Joseph avec lequel il existe un partenariat dans la prise en charge des soins somatiques pour les patients nécessitant une hospitalisation.

5.2.2 Les unités d'hospitalisation complète

5.2.2.1 Présentation générale

Comme indiqué *supra,* le pôle comprend une unité d'hospitalisation de semaine (UF 1916), et trois unités d'hospitalisation à temps complet :

- une unité d'admission de secteur (UF 2022) de quinze lits, accueillant des patients en phase aiguë ;
- une unité d'admission pour adolescents et jeunes adultes (UF 1913) qui comprend treize lits, dont quatre sont réservés aux adolescents. Cette unité accueille des adolescents et des jeunes adultes en crise, domiciliés dans le 14ème, mais également des adolescents hors secteur orientés par les partenaires et le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) pour évaluations et soins au cours d'un premier épisode ;
- une unité d'admission de secteur (UF 2021) comprenant seize lits et qui accueille des patients domiciliés dans le secteur ainsi que d'autres, dont le domicile est indéterminé. Cette unité prend également en charge des étrangers en « voyage pathologique » nécessitant une approche transculturelle.

Les contrôleurs se sont plus particulièrement intéressés au fonctionnement des trois unités d'hospitalisation à temps complet dont l'organisation et le mode de prise en charge des patients est similaire.

5.2.2.2 Les locaux

Le bâtiment Piera Aulagnier est un bâtiment vétuste qui comprend trois niveaux : le rez-de-chaussée (UF 2022 et UF 1916) avec un parc, le premier étage (UF 2021 et UF 1913) et le deuxième étage (où se trouvent notamment des salles d'activité). Les locaux du rez-de-chaussée et du premier étage sont dégradés et manquent d'espaces fonctionnels.

Le rez-de-chaussée d'une superficie de 744 m² est partagé entre l'unité UF2022 et l'unité UF 1916 pour les patients hospitalisés en semaine.

Les contrôleurs ont constaté que, dans le hall d'accueil, les deux portes d'entrée étaient fermées en journée. Sur la droite, un sas permet d'assurer le filtrage des entrées et des sorties des patients hospitalisés sans leur consentement. Une aide-soignante, présente de 8h30 à 18h, dispose de la liste journalière des autorisations d'entrées et de sorties des patients, établie par l'assistante hospitalière. A partir de 18h, les personnes doivent sonner à la porte extérieure du bâtiment ; les mouvements (entrées et sorties) sont alors assurés par le personnel soignant.

Face au hall d'entrée, un espace d'attente pour les patients, avec quelques sièges de chaque côté, donne accès au parc. Un tableau d'affichage comporte des documents divers : la charte de la personne hospitalisée, les règles de vie, l'aumônerie du centre hospitalier, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, une affiche sur les jours et les horaires de la cafétéria du *Relais H*, un planning hebdomadaire des activités du groupe « soins et animations » du deuxième étage. Le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Paris n'est pas affiché.

Après le sas d'accueil, on accède à un couloir desservant d'un côté, les locaux de l'unité UF 2022 et, de l'autre, ceux de l'unité UF 1916.

L'espace d'attente donnant sur le parc (à gauche) et le couloir (à droite)

Un ascenseur et un monte-charge desservent les différents niveaux. Les patients du rez-de-chaussée, premier et deuxième étages circulent librement, notamment pour accéder au parc.

Sur la gauche du hall, se trouvent, de part et d'autre du couloir, les locaux de l'unité de soins sans consentement comprenant : une salle de soins, le bureau des infirmiers, le bureau du cadre de santé, une salle de repos pour le personnel, un local de stockage, des sanitaires pour les patients et des sanitaires réservés au personnel.

L'hébergement est constitué de six chambres doubles et de trois chambres individuelles. Il n'existe pas de chambre d'isolement ni de chambre de soins intensifs. Les contrôleurs ont cependant constaté que deux chambres individuelles étaient situées à proximité immédiate de la salle de soins et qu'elles pouvaient être utilisées comme chambre d'isolement. Les bureaux des deux médecins et de l'assistante sociale sont situés à l'écart, au bout du couloir, sur la gauche.

Sur la droite du hall, se trouvent, de part et d'autre du couloir, outre l'ascenseur et le monte-charge précédemment cités, une salle de soins, une salle de détente, la salle à manger, l'office, une salle de bain, six chambres doubles et deux chambres individuelles. Les bureaux des deux

médecins et de l'assistante sociale sont également situés à l'extrémité du couloir, sur la droite. Un espace d'attente ouvert est aménagé au bout du couloir, à proximité des bureaux médicaux ; il comporte un tableau d'affichage.

La salle à manger et la salle de bain sont communément utilisées par les patients des deux unités du rez-de-chaussée.

Les chambres individuelles de l'unité 2022

Les trois chambres individuelles de l'unité sont toutes de conception identique ; leur superficie varie entre 11,43 m² (pour deux d'entre elles) et 13,36 m². La lumière naturelle pénètre par une fenêtre haute à petits carreaux dont la première partie est condamnée, la deuxième partie est barreaudée et peut être ouverte en journée par les agents des services hospitaliers (ASH) et les patients, au moyen d'une perche.

Des chambres

Une chambre type est équipée d'un lit à une place non fixé au sol, d'une étagère murale servant de chevet, d'une petite table, d'une armoire fermée par un cadenas ou une clé, contenant un coffre individuel dont l'accès est restreint aux soignants. Au-dessus du lit, est installée une rampe dotée de prises électriques, de boutons lumineux et d'un bouton d'appel. Il a été indiqué que les boutons d'appel, reliés au poste infirmier, n'étaient pas activés.

Certaines chambres disposent d'une table roulante, notamment celles utilisées comme chambre d'isolement.

Les murs sont peints en blanc. Les contrôleurs ont constaté que le revêtement du sol était usagé.

Les chambres doubles de l'unité 2022

Les six chambres sont de conception identique. Leur superficie varie entre 13,35 m² et 17,10 m². Elles sont équipées de deux lits simples, d'une étagère murale par personne et d'une

armoire double contenant un coffre individuel, verrouillée par un cadenas. Il n'y a qu'une seule table pour deux patients. Elles bénéficient de fenêtres hautes à petits carreaux, dont seule la partie haute barreaudée peut être ouverte.

Les contrôleurs ont constaté que le revêtement du linoleum de certaines chambres est dégradé et usagé.

Les contrôleurs ont constaté, souvent, la présence d'une seule chaise pour deux personnes. Selon les informations recueillies, les chaises sont déplacées par les patients.

Toutes les fenêtres sont équipées de stores électriques, actionnables par les patients.

Un radiateur assure le chauffage dans les chambres.

Des chambres à deux lits

Au premier étage, les locaux, d'une surface de 612 m², accessibles par un ascenseur, sont répartis entre l'UF 2021 et l'UF 1913 :

- une salle de détente des personnels ;
- deux bureaux des infirmiers pour les deux unités ;
- un poste de soins ;
- un local pour le ménage ;
- le bureau du cadre de santé ;
- des sanitaires pour les patients et des toilettes pour le personnel ;
- un salon ouvert pour les patients dans l'UF 1913 comporte un tableau avec des documents divers (la charte de la personne hospitalisée, les affiches du CGLPL, de la maison des usagers, de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, le planning des groupes de psychomotricité) ;
- un local de stockage pour le linge ;
- une salle de bain commune aménagée du côté de l'UF 1913.

Chaque unité comporte deux bureaux pour les médecins et un bureau pour l'assistante sociale.

La salle à manger, dont la superficie et la conception sont identiques à celle du rez-de-chaussée, est commune aux deux unités. Elle sert également de salle de détente et équipée d'un poste de télévision.

L'UF 2021 comprend onze chambres (six individuelles et cinq doubles) et l'UF 1913, huit chambres (trois individuelles et cinq doubles). Leur équipement est identique à celles du rez-de-chaussée, chacune comportant une salle d'eau. Seule la superficie des chambres varie : entre 14 m² et 16 m² pour celles à un lit ; entre 17 m² et 18 m² pour celles à deux lits.

Les contrôleurs ont constaté que la porte de la chambre 101 de l'UF 2021 n'avait plus de poignée. Selon les informations recueillies, cela avait été signalé par les ASH.

Une chambre individuelle (photo de gauche) et une chambre double (photo de droite)

Les contrôleurs ont constaté la propreté des locaux du secteur.

5.2.2.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, les unités comptaient :

Unité	Nombre de lits	Nombre de patients			Nombre de patients en ASPDRE		Nombre de patients en ASPDT		Nombre de patients en soins libres	
		H	F	Total	H	F	H	F	H	F
1913	13	6	7	13	1	/	3	3	2	4
2021	17	8	6	14	4	/	2	4	2	2
2022	xx	6	9	15	1	1	5	6	/	2
Total		20	22	42	6	1	10	13	4	8

Trois mineurs âgés de plus de seize ans étaient présents à l'unité 1913 ; tous avaient été admis avec l'accord parental.

Aucun patient n'était en programme de soins.

Les durées les plus longues d'hospitalisation sous contrainte étaient :

Unité	En ASPDRE	En ASPDT
1913	31 jours	3 mois et 24 jours
2021	1 mois et 22 jours	2 mois et 26 jours
2022	2 mois et 10 jours	4 mois et 11 jours

Les patients les plus âgés avaient :

- soixante-deux ans à l'unité 1013 ;
- soixante-dix-sept ans à l'unité 2021 ;
- soixante-dix-sept ans à l''unité 2022.

5.2.2.4 Les personnels

Au sein de chaque unité d'hospitalisation à temps plein, la présence médicale est constituée de 1,3 ETP (addition de temps de praticien hospitalier et de temps d'assistant). Les deux unités 1013 et 1916 bénéficient également de la présence d'un interne à raison de 0,6 ETP en dehors des gardes. Pour le secteur, la réduction du temps médical n'a concerné que le CMP. Chaque médecin assure dix demi-journées par semaine de présence en intra-hospitalier.

Deux psychomotriciennes, dont les ateliers sont décrits *infra,* et un kinésithérapeute interviennent également sur le pôle en intra et en extra-hospitalier. Le kinésithérapeute intervient uniquement sur prescription médicale soit dans la salle de kinésithérapie, située au 2ème étage, soit dans la chambre des patients.

Dans chaque unité, la présence d'assistantes sociales est de 0,7 ETP, excepté à l'unité adolescents jeunes adultes où elle est de 0,6 ETP. Le reste du temps est effectué au CMP et à l'unité 1913 pour les soins de suite des adolescents jeunes adultes pour favoriser la continuité du projet.

Deux psychologues interviennent dans les quatre unités.

Pour chaque unité, les équipes paramédicales de jour sont composées de la manière suivante :

	Cadre de santé (ETP)	Infirmier (ETP)	Aide-soignant (ETP)	Agent des services hospitaliers (ETP)
1913	1	8	2	2
2021		8	2	2
2022	1	8,6	2	5

A l'unité 2022, l'effectif minimum comprend deux infirmiers le matin et l'après-midi. Un aide-soignant intervient en horaires décalés (8h - 15h38) afin d'assurer une présence auprès des équipes de jour et d'après-midi. Parfois, un troisième infirmier est également présent en horaires décalés ; il a pour mission principale d'accompagner les patients à l'extérieur notamment dans le cadre des visites à domicile. Ainsi, au cours du mois de septembre, un troisième infirmier a assuré

une présence sur dix jours. Le service de nuit est assuré par deux soignants (deux infirmiers ou un infirmier et aide-soignant).

L'équipe paramédicale est composée, en majeure partie, de jeunes diplômés qui, selon les propos recueillis, « *sont compétents et motivés pour venir ; ils questionnent les pratiques et progressent rapidement en clinique ce qui leur permet d'argumenter vis à vis des médecins* ».

Dans les unités 1913 et 2021, durant les week-ends et les jours fériés, l'effectif minimum du matin et de l'après-midi est composé de trois infirmiers et d'un aide-soignant ; ils interviennent sur les deux unités.

Les équipes paramédicales sont constituées de jeunes diplômés qui souhaitent multiplier les expériences professionnelles. Ainsi, l'infirmier le plus ancien dans l'équipe est en poste depuis trois ans. Cependant et selon les propos recueillis, ils sont motivés et désireux d'apprendre et questionnent leur pratique en vue de chercher d'autres alternatives.

Les témoignages des patients étaient positifs concernant le personnel soignant pour l'ensemble des unités.

Une réunion de synthèse regroupant les médecins, l'ensemble du personnel paramédical, les psychologues, les psychomotriciens, les ergothérapeutes et l'assistante sociale, se tient une fois par semaine dans chaque unité. Chaque cas est passé en revue.

Des réunions organisées par les cadres de santé, destinées au personnel paramédical, ont lieu de façon ponctuelle ou régulière selon l'unité ; elles portent sur l'organisation et le fonctionnement du service mais également sur des incidents qui ont pu se produire au sein de l'unité.

Les transmissions entre les équipes paramédicales ont lieu trois fois par jour et le médecin participe systématiquement à l'une d'entre elles. Cela permet aux équipes infirmières d'évoquer les difficultés de prise en charge concernant certains patients et de questionner éventuellement la prescription de certains traitements.

Les contrôleurs ont eu l'occasion de s'entretenir avec le personnel infirmier des trois unités qui a tenu les mêmes propos concernant la charge de travail : « *on n'a plus le temps de réfléchir aux soins ni au projet du service. On gère principalement les entrées et les sorties des patients, c'est un secteur où il y a beaucoup de mouvements* ».

5.2.2.5 Le fonctionnement

A. L'admission dans le bâtiment

Un peu plus de la moitié des patients est issue du CPOA, de l'IPPP et des SAU ; les autres sont adressés par le CMP. Lorsqu'ils transitent par le SAU ou le CPOA, ils bénéficient d'une première évaluation psychiatrique. L'accueil dans l'unité est effectué au minimum par un infirmier et un aide-soignant. Le patient est installé dans sa chambre, le personnel soignant lui présente brièvement le service et lui remet le livret d'accueil. Certains soignants prennent le temps de passer en revue le contenu du livret avec le patient ; il a été indiqué que « *cela dépendait de la charge de travail de chacun* ». Puis, le personnel infirmier établit un recueil de données du patient

et procède à la prise des paramètres vitaux. Selon les propos recueillis, le patient est vu par le médecin psychiatre dans les heures qui suivaient son admission.

La procédure d'admission répond à un protocole précis. Ainsi, lors de leur arrivée dans l'unité, les patients en soins sous contrainte sont systématiquement soumis au port du pyjama et la majorité des patients en soins libres sont également soumis à cette mesure. Ainsi, une patiente en soins libres, qui bénéficiait d'une sortie pour se rendre à un entretien à *Pôle emploi*, a été dans l'obligation de remettre son pyjama dès son retour dans l'unité, ce qu'elle a qualifié de « procédé infantilisant ». D'autres patients ont indiqué que le pyjama de l'hôpital n'était pas suffisamment chaud pour se rendre dans le petit parc. Selon les propos recueillis auprès du personnel sanitaire, le port du pyjama relève d'une prescription médicale qui symbolise la maladie notamment pour ceux étant dans le déni de leur pathologie : « *c'est important au niveau de la symbolique, ça leur signifie qu'ils sont moins bien et ça les inscrit dans une dynamique de soins* ». Il est également utilisé pour prévenir toute tentative de suicide ou de fugue. D'autres ont indiqué qu'il s'agissait d'un temps d'observation. Bien que les propos du personnel soignant varient pour justifier cette mesure, d'aucuns ne la remettent en question. La durée de cette mesure (48 heures au minimum) varie selon l'état psychique des patients. Le jour du contrôle, un patient, en provenance d'une unité pour malades difficiles (UMD), était soumis au port du pyjama depuis deux mois.

Bien souvent, la notification des droits est différée en raison de l'état psychique du patient. Elle est réalisée par les cadres des unités ; l'un d'eux a indiqué que cela lui permettait de créer un lien avec le patient. En leur absence, le personnel infirmier prend le relais. Cependant l'équipe de soins infirmiers a émis des réserves à assumer, seule, ce rôle indiquant qu'il appartenait également au personnel médical d'endosser cette responsabilité.

Lors de la notification des droits, les cadres de santé explicitent au patient la notion de soins sans consentement et leur application dans la vie quotidienne tout en précisant que cette mesure n'est pas contre lui ou elle mais qu'elle permet de légitimer son hospitalisation. Outre l'information sur les droits et le recours à l'avocat, les cadres expliquent également en quoi consiste l'audience devant le juge des libertés et de la détention (JLD) et les modalités pratiques (vérification de la légalité de la procédure, lieu, moyen de transport). Un des cadres a tenu les propos suivants : « *l'explication fournie aux patients est importante, il faut rester simple et congruent à la fois. C'est un vrai travail de soins car c'est l'amorce d'une alliance thérapeutique ; il faut donc bien évaluer l'état clinique du patient afin de voir à qui on a à faire et ce qu'on peut lui dire* ».

Le personnel soignant réalise un inventaire des effets personnels en présence du patient. Si ce dernier n'est pas en capacité de procéder à cet inventaire, il est alors réalisé et émargé par deux soignants. Un soignant a indiqué aux contrôleurs que « *le port du pyjama permettait d'effectuer un inventaire correct notamment pour les patients suspectés de dissimuler des objets dangereux* ». Tous les objets tranchants, les produits d'hygiène contenant de l'alcool et les médicaments sont confisqués et déposés dans une armoire, contenant des casiers, située dans le poste de soins. Sont également retirés les portables et les cordons. Pour les patients présentant un risque de passage à l'acte suicidaire élevé, la ceinture est également retirée. Les cartes bancaires et les documents d'identité sont également confisqués. Cependant, les patients peuvent conserver leur carte bleue et une certaine somme d'argent (20 euros maximum) lorsqu'ils sont stabilisés. Un coffre avec un code d'accès est disponible dans chaque chambre mais seuls les soignants connaissent ce code qui

est unique pour tous les coffres. S'agissant des bijoux, un autre cadre de santé a indiqué que les patients étaient autorisés à les conserver « *afin d'éviter de dépersonnaliser* » ; cela est alors noté dans la fiche d'inventaire.

Concernant l'attribution des chambres, le personnel soignant prend en compte, dans la mesure du possible, les pathologies et l'âge des patients. Les hommes et les femmes ne partagent jamais la même chambre.

B. La vie quotidienne

✓ Les règles de vie

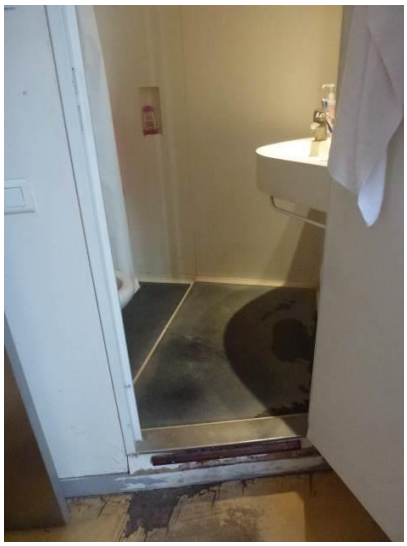
Les règles de vie communes au secteur 13 sont affichées dans les chambres.

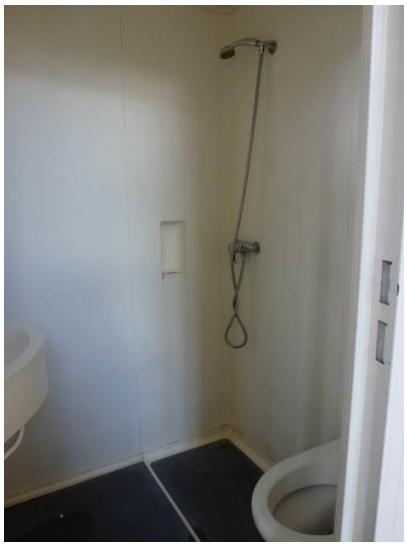
✓ L'ouverture et la fermeture des chambres

Les chambres des patients restent ouvertes le jour et la nuit, à l'exception des personnes placées sous contention ou à l'isolement. Selon les informations recueillies, cela ne pose pas de difficulté. S'il s'agit de patients « vulnérables », la surveillance par les personnels soignants est renforcée et en cas de nécessité, la personne est transférée dans une autre unité.

✓ L'hygiène corporelle

Les chambres individuelles et doubles des unités installées au rez-de-chaussée du bâtiment disposent d'un cabinet de toilette étroit d'une surface de 1,61 m² comprenant une douche avec un tuyau et un pommeau de douche non fixe, un rideau de douche, un WC sans abattant ; un rouleau de papier hygiénique est posé en face de la cuvette. Un lavabo avec un mitigeur, surmonté d'un miroir, est placé sur le côté opposé au WC. Une patère fixée sur la porte permet d'y suspendre une serviette ou des vêtements. Cet espace est rehaussé par rapport à la chambre, n'en rendant pas l'accès facile. La porte peut être fermée de l'intérieur ; le personnel dispose d'un carré pour l'ouvrir.





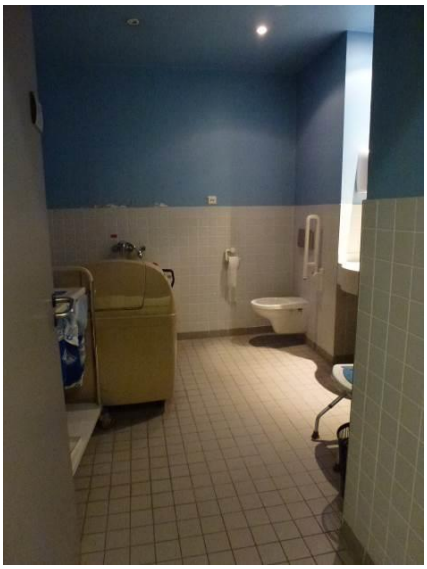
La salle d'eau

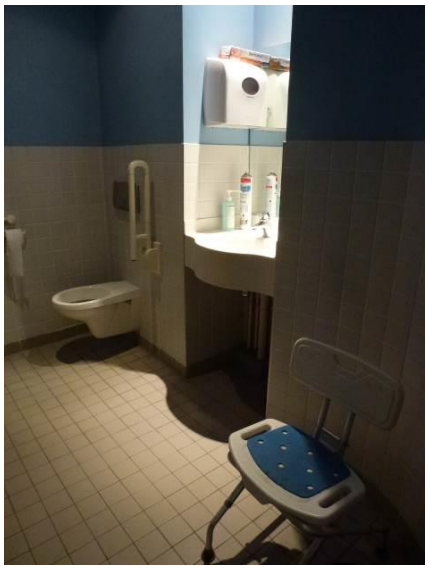
Des difficultés d'évacuation de l'eau de la douche, provoquant parfois des écoulements dans les chambres, ont été signalées.

Il a été indiqué que le personnel ne forçait pas les patients, souffrant d'incurie, à se laver mais négociaient avec eux pour démarrer par une toilette partielle; aucun créneau horaire n'est fixé pour se laver. Les rasoirs et les objets coupants sont conservés dans le poste de soins. Les patients doivent les demander aux soignants.

La salle de bain, d'une surface de 9,04 m², est commune aux deux unités du rez-de-chaussée. Son accès n'est pas libre ; elle est ouverte à la demande des patients. Selon les informations recueillies, elle est plutôt utilisée par les patients présents de jour, les personnes âgées et les personnes à mobilité réduite (PMR). Elle est équipée d'une baignoire/douche pour les PMR, d'une chaise pour poser les vêtements, d'un lavabo avec mitigeur et d'un WC sans abattant. Les patients peuvent apporter leurs produits ou utiliser ceux de l'unité. La salle de bain est désinfectée après chaque usage.

La pièce est aveugle. Les murs sont peints en bleu dans leur partie haute, laissant apparaître des traces d'humidité. La partie basse est recouverte par des carreaux de faïence blanche.





La salle de bains

A l'étage, chaque chambre comporte une salle d'eau. Il a été indiqué que des produits d'hygiène pouvaient être fournis aux personnes démunies de ressources suffisantes, aux personnes isolées et aux personnes étrangères.

Une salle de bain, d'une superficie de 10 m² est commune aux deux unités. Son accès n'est pas libre. Elle est équipée d'une baignoire, d'un WC et d'un lavabo avec mitigeur.

- ✓ L'entretien du linge

Selon les informations recueillies, les draps sont changés chaque jour, si cela s'avère nécessaire, et les serviettes de toilette, tous les deux jours. Le lavage du linge des patients est exceptionnel.

L'aumônerie du centre hospitalier fournit des vêtements à des personnes indigentes, pendant le séjour et pour la préparation à la sortie (cf. § 3.6.5).

La règle est celle de l'autonomisation des patients qui doivent faire laver leur linge par la famille. Pour les autres, les aides-soignants se chargent de le faire à la laverie, au sous-sol du bâtiment, où se trouvent une machine à laver et un sèche-linge. Ces matériels ne sont pas accessibles aux patients ; la gestion du linge est assurée par les aides-soignants.

La laverie

- ✓ La restauration

Au rez-de-chaussée, la salle à manger, d'une superficie de 53 m², est une pièce toute en longueur, comportant deux accès dont un accès de secours. Elle n'est pas accessible le temps du nettoyage de 9h30 à 10h30. Elle sert également de salle de détente, avec un poste de télévision, installé à l'entrée de la salle. Elle n'est équipée d'aucun fauteuil. Elle est notamment meublée d'un réfrigérateur, de chaises, d'un buffet bas, de cinq tables rondes, prévues chacune pour accueillir de cinq à six personnes. Ces tables sont disposées en enfilade. La lumière naturelle est diffusée par quatre fenêtres, donnant sur le parc intérieur. Les murs blancs sont décorés de quelques tableaux. Le planning des activités, celui du groupe de soins et animation ainsi que le planning des groupes de psychomotricité sont affichés.

Un office permet le réchauffage des repas qui sont livrés en barquettes. Une porte de l'office donne accès dans la salle à manger. Les repas sont pris en commun, sauf prescription médicale contraire, selon le règlement intérieur.

Les contrôleurs ont assisté au déjeuner, servi à 12h30. Les patients, pénètrent ensemble et se placent librement, parfois en fonction de leurs affinités. Des assiettes en faïence blanche, des verres, des couverts métalliques et des serviettes en papier étaient disposés sur chaque table. Les contrôleurs ont constaté que l'aide-soignante disposait de peu d'espace pour la distribution des repas au moyen d'une table roulante. Au début du repas, trente et un patients étaient présents, dont dix-sept en pyjama ; les tables étaient complètes, certains patients de l'unité de semaine y déjeunant également.

Des personnes soumises au port du pyjama se sont plaintes de souffrir du froid en période hivernale ; il a toutefois été indiqué que les patients en pyjama avaient le droit de porter des pulls ou des vestes en période hivernale pour accéder au jardin.

Le petit déjeuner est servi de 8h30 à 9h, le déjeuner à 12h30 et le dîner à 18h45. Les patients bénéficient, à l'initiative du cadre de santé, d'un goûter le dimanche, à 16h, grâce à l'association de la santé mentale du secteur 13.

Les patients ne se sont plaint ni de la qualité ni de la quantité de la nourriture.

La salle à manger

- ✓ L'accès au tabac

Selon le règlement intérieur, il est interdit de fumer dans les unités d'hospitalisation. Les patients peuvent fumer dans le jardin en journée, après le petit déjeuner et jusqu'à 20h. Un fumoir, d'une superficie de 20 m², avec des façades et un plafond vitrés, est aménagé dans le jardin ; il est meublé de chaises et accessible par la salle à manger. Cet espace est ouvert de 20h à 23h.

Le fumoir

Les patients, y compris les adolescents de l'UF 1913, peuvent conserver leur briquet et disposer librement de leurs paquets de cigarettes sauf en cas de surconsommation ; les cigarettes sont alors distribuées à la demande. Pour les personnes en situation de précarité, une somme d'argent, mise en place par l'association du secteur (cf. § 4.4.5) permet de subvenir à leurs besoins.

Selon les informations recueillies, il est proposé un patch aux personnes à l'isolement ou sous contention sinon elles sont accompagnées dans le jardin par un personnel soignant, trois fois par jour.

Les patients respectent dans l'ensemble ces règles.

C. Les communications avec l'extérieur

✓ Les visites

Les règles de vie de l'unité indiquent que les horaires de visite sont affichés au niveau de l'entrée et des unités de soins. Ainsi, au deuxième étage du bâtiment, une affiche sur la porte de l'ascenseur recommande les visites l'après-midi. Elle précise les heures d'ouverture de l'accueil en semaine, le weekend et les jours fériés. En dehors des horaires d'ouverture de l'accueil, les visiteurs sont raccompagnés à la sortie par un agent.

Le rythme des visites, la durée et les personnes autorisées sont précisés au préalable avec le médecin responsable. Les règles de visites sont souples, sous réserve d'une prescription médicale. Il a été indiqué aux contrôleurs que les visites pouvaient se dérouler du début de l'après-midi jusqu'au repas du soir, voire jusqu'à 21h.

L'unité ne dispose pas d'un espace dédié pour préserver la confidentialité ; les visites se déroulent rarement dans la chambre du patient. Elles ont lieu dans le jardin et dans la salle à manger. L'espace ouvert pour les patients au bout du couloir de l'UF 1913 peut également être utilisé.

Le nombre de patients autorisés à recevoir des visites était de 11 le jour de la visite des contrôleurs.

La salle d'attente et le tableau d'affichage

✓ Le téléphone et l'accès à internet

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leur téléphone portable car « les personnes peuvent passer des coups de fil inappropriés et peuvent également prendre des photos ». Cependant, lorsque les personnes bénéficient de sorties dans le parc du centre hospitalier, elles demandent le téléphone portable à l'équipe.

Les contrôleurs ont constaté qu'un simple poste de téléphone mural était installé dans le couloir de chaque unité, ne garantissant aucune confidentialité des conversations. Lorsque la personne est autorisée à téléphoner et à recevoir des appels téléphoniques, ces appels lui sont transférés sur ce poste.

Le téléphone mural

Le nombre de personnes autorisées à téléphoner lors de la visite était est de 13.

Il n'existe pas de connexion internet. Selon les informations recueillies, les patients peuvent, parfois, en présence du cadre de santé, consulter des sites internet au poste infirmier. Il a été indiqué que les adolescents disposent de temps pour consulter des sites internet en présence des soignants. C'est ainsi qu'ils peuvent bénéficier d'un accès temporaire à *Facebook,* surtout le week-end, selon la disponibilité des soignants.

- ✓ Le courrier

Les règles sont identiques pour les unités du rez-de-chaussée et du premier étage.

Le courrier départ est déposé au secrétariat du deuxième étage dans la case du vaguemestre ou à l'accueil. Il a été indiqué que, si le patient ne disposait pas de timbre, son courrier bénéficiait d'un affranchissement interne.

Le courrier arrivé est distribué aux patients, sous réserve de l'opportunité évaluée par le cadre de santé et l'assistante sociale à le faire. Selon les informations recueillies, il est toujours remis fermé pour respecter la confidentialité de la correspondance.

D. Les activités

Les activités des unités du rez-de-chaussée et du premier étage se déroulent au deuxième étage du bâtiment. La circulation des patients est libre entre ces trois niveaux. Les patients y disposent d'une vaste salle polyvalente dédiée aux activités « mosaïques » et « peinture ». La pièce réservée aux ateliers « soins et animations » est libre d'accès à tous les patients à partir de 13h.

- ✓ Les ateliers de psychomotricité

Comme indiqué *supra*, deux psychomotriciennes interviennent sur les quatre unités d'hospitalisation ; l'une répartit son temps de travail entre les adultes et les adolescents admis en unité d'hospitalisation, tandis que la seconde partage son temps entre l'intra et l'extra hospitalier. Les ateliers proposés aux patients s'organisent en groupes (quinze participants maximum) ou de manière individuelle, tout dépend de la pathologie et des indications thérapeutiques. Ils ont lieu tous les jours de la semaine, du lundi au vendredi, de 10h à 12h et de 14h à 15h ou 16h. Une patiente a tenu les propos suivants : « *le week-end, c'est dur car il n'y a rien* ». Les ateliers s'adressent en priorité aux patients hospitalisés cependant, des patients accueillis en hôpital de jour au sein des unités peuvent en bénéficier afin d'éviter « les sorties sèches ».

L'accès aux ateliers est libre ; l'information aux patients est transmise par voie d'affichage et elle est également relayée par les médecins. Les psychomotriciennes effectuent néanmoins un travail en amont en sollicitant les patients dans les unités.

Un bilan d'entrée est réalisé pour chaque nouveau patient afin de proposer des ateliers en fonction de l'état thymique et de la pathologie. Ainsi, pour un patient ayant été soumis à la contention, un travail sur le corps par le biais de la relaxation sera proposé. Les psychomotriciennes peuvent intervenir également, sur indication médicale, dans les chambres pour les patients placés à l'isolement. Une prise en charge ciblée, sur prescription médicale, tel qu'un travail « enveloppant » au moyen d'un drap peut être réalisée selon la pathologie et l'état psychique du patient. Ce travail se poursuit en salle une fois la mesure levée. Lors de la visite des contrôleurs, un atelier « musique et chant » était proposé, à titre individuel, pour une patiente à mobilité réduite.

La majorité des ateliers sont ouverts ; ils n'exigent pas une ponctualité, à l'exception des ateliers d'expression corporelle, et les patients peuvent en partir à tout moment. L'équipe dispose de deux salles spacieuses et agréablement décorées ainsi que d'un bureau. Selon les propos recueillis, « *les psychomotriciennes sont bien intégrées au sein de l'équipe soignante et sont très écoutées, leur avis complétant le regard cli*nique ».

Lors de la visite des contrôleurs, les ateliers proposés étaient les suivants :

- collage ;
- gymnastique ;
- terre ;
- écriture ;
- contes ;
- arts plastiques ;
- soins du visage ;

- relaxation.

Au cours de leur visite, les contrôleurs ont constaté, à de multiples reprises, que plusieurs patients (environ trois à six) se rendaient aux différents ateliers.

✓ Les ateliers « soins et animations »

Jusqu'en mars 2015, ces ateliers étaient réservés uniquement aux patients relevant d'une prise en charge en hôpital de jour et qui s'inscrivaient dans un processus de resocialisation. Depuis, ces ateliers ont été ouverts aux patients hospitalisés bénéficiant d'une prescription médicale, les indications thérapeutiques étant discutées au cours des réunions de synthèse. Ces ateliers sont à visée socio-thérapeutiques, l'objectif étant, d'une part, de favoriser l'expression des besoins et des désirs à travers la communication verbale et, d'autre part, de lutter contre l'apragmatisme et de valoriser l'estime de soi. Ces ateliers se déroulent du lundi au vendredi, de 9h à 16h30.

L'équipe est constituée de trois aides-soignantes et d'une animatrice sociale, toutes employées à temps plein. Elle est supervisée par la cadre de santé en charge de la gestion des lits d'hospitalisation au sein du pôle. Il est également prévu qu'une infirmière intervienne trois fois par semaine pour développer des activités de psychoéducation.

Lors de la visite des contrôleurs, les activités proposées aux patients hospitalisées étaient les suivantes :

- hygiène alimentaire ;
- « le bâton à la parole » permettant de travailler la confiance en soi et la prise de parole ;
- « Mandala » ;
- revue de presse ;
- jeux de société ;
- activités manuelles ;
- « dessinez si vous pouvez » ;
- jeux défis mémoire ;
- « sur un air de chanson » ;
- « Zic Mu », cet atelier musical est réservé aux adolescents et aux jeunes adultes.

Les groupes sont variables selon la nature de l'atelier mais le nombre de participants est limité à douze. Il existe également des prises en charges individuelles ; une aide-soignante reçoit alors le patient en vue d'une évaluation puis elle définit avec lui un projet adapté à sa pathologie et ses besoins.

La semaine du 31 août 2015, onze patients hospitalisés à temps partiel étaient inscrits ainsi que six patients hospitalisés à temps complet dont cinq adultes en SPDT et un adolescent.

Les adolescents ne sont pas scolarisés. Cependant, lorsque leur état est stabilisé, ils ont la possibilité de suivre, deux fois par semaine, des cours de français et de mathématiques qui ont lieu à l'hôpital de jour (HDJ) des Gobelins. Ils sortent accompagnés la première fois ils sont ensuite autorisés à s'y rendre seuls, ce qui permet aux soignants d'évaluer leur niveau d'autonomie.

✓ Les sorties

Le jour de la visite, le nombre de patients autorisés à sortir seuls dans le parc était le suivant :

- 4 patients sur 13 de l'unité UF1913 ;
- 5 patients sur 14 de l'unité UF 2021 ;
- 3 patients sur 15 de l'unité UF 2022.

Il a été indiqué que les patients nécessitant d'être accompagnés dans le parc ou au *Relais H* et qui ne recevaient pas de visite ne sortaient pas, par manque d'effectifs. En effet, les unités d'hospitalisation du secteur 13 ont un taux d'occupation très élevé en comparaison avec d'autres secteurs (97 % en 2014 - cf. § 2.6). En conséquence, le personnel soignant ne dispose pas de temps suffisant pour accompagner les patients dans le parc. A titre d'exemple, une patiente en fauteuil roulant ne sortait jamais de l'unité.

Une des aides-soignantes, affectée à l'accueil du pavillon, a indiqué prendre le temps d'accompagner au *Relais H*, les patients non autorisés à sortir seuls. Lorsqu'elle doit récupérer des bilans sanguins au laboratoire, un ou deux patients l'accompagnent.

E. Les soins.

✓ L'accès au psychiatre

Selon les propos recueillis, les médecins psychiatres sont très présents au sein des unités et se rendent disponibles pour recevoir les patients qui sont vus au minimum une fois par semaine voire plus, si leur état clinique l'exige. Lorsqu'un patient fait la demande d'être suivi par un autre médecin, il est reçu par le chef de pôle et son médecin référent. Il a été indiqué que, bien souvent, ces demandes étaient liées à un contexte délirant et que, par conséquent, la requête était refusée.

Le personnel infirmier est présent lors des entretiens médicaux. Il n'existe pas d'infirmier référent en raison de la durée moyenne d'hospitalisation relativement courte. Les psychologues interviennent dans les unités trois à quatre fois par semaine.

Les adolescents sont vus tous les jours par le médecin psychiatre. Des entretiens avec leurs familles et en leur présence sont également organisés de façon régulière. En principe, les adolescents sont pris en charge par des infirmiers ayant suivi une formation spécifique. A l'exception des entretiens quotidiens avec le médecin, il n'existe pas d'autre dispositif particulier pour les adolescents. Dans la mesure du possible, ils sont placés en chambre seule mais, selon leur état clinique, ils peuvent partager une chambre avec un adulte âgé d'une soixantaine d'années afin de créer « un climat apaisant » d'après les témoignages du personnel soignant. Dans sa réponse, le directeur précise que les adolescents ne partagent jamais la chambre des patients majeurs.

✓ La dispensation des médicaments

A l'exception des injectables, les traitements oraux sont systématiquement dispensés dans le poste infirmier afin d'assurer la confidentialité des soins. Les contrôleurs ont pu constater que le personnel infirmier prenait le temps de répondre aux questions des patients. Les hypnotiques sont en principe dispensés à 21h30. Cependant, les patients souhaitant veiller plus tard, peuvent les prendre ultérieurement.

✓ L'isolement et la contention

Les unités ne disposent pas de chambre de soins intensifs (CSI). Selon les propos recueillis par le personnel médical, « *une CSI isole davantage et c'est le recours à la facilité, donc on n'en veut pas* ». Pour autant, les unités pratiquent l'isolement en chambre individuelle et certains infirmiers s'interrogent sur cette pratique. Les soignants déplorent l'absence d'une véritable chambre d'apaisement. Les patients sont placés à l'isolement dans leur propre chambre, ce qui génère de la confusion dans l'esprit de certains qui vivent cette mesure comme une punition et non comme un soin. En principe, les infirmiers sont inclus dans le processus décisionnel. Concernant la contention, certains ont indiqué s'interroger sur la durée et, après accord du médecin, ils effectuent des tentatives de retraits séquentiels lorsque l'équipe soignante est en nombre suffisant.

Les contrôleurs se sont entretenus avec plusieurs soignants et ont recueilli les propos suivants : « *on isole plus qu'avant et certains médecins, moins expérimentés que d'autres, ne veulent pas prendre de risque. Il y a des patients pour qui l'isolement dans leur chambre ne convient pas car la pièce n'est pas adaptée. L'isolement en chambre ne peut pas être considéré comme un soin. Avant, l'isolement avait lieu quand la contention s'imposait ; on était alors dans le soin car la contention nécessite une surveillance infirmière, on a une proximité avec le patient et un contact avec lui peut s'établir* ».

Lors de la visite des contrôleurs, aucun patient n'était placé en isolement ni soumis à la contention. Selon les propos recueillis auprès des médecins, les indications thérapeutiques, dans le cadre d'un isolement en chambre, sont les suivantes :

- les patients souffrant d'hallucinations ou très perméables aux autres patients ;
- les tentatives de fugue pouvant mettre le patient en danger (risque suicidaire) ;
- les patients souffrant de potomanie et pour lesquels il est nécessaire de contrôler la consommation d'eau.

S'agissant des mises sous contention, les indications thérapeutiques sont les suivantes :

- le patient présente une résistance au traitement ;
- le patient a un comportement hétéro ou auto agressif.

Les adolescents peuvent également être soumis à l'isolement ou à la contention. Le personnel a évoqué l'exemple d'un adolescent catatonique, étant en pleine décompensation et ayant des gestes agressifs. Il fut soumis à la contention durant dix jours avant d'avoir une séance de sismothérapie.

En l'absence d'un registre assurant la traçabilité des mesures, il n'a pas été possible de connaître la pratique habituelle. Les contrôleurs le regrettent.

5.3 Le pôle « 15ème arrondissement – addictologie »

5.3.1 Présentation générale

Le 15ème arrondissement, avec 238 190 habitants[40], est le plus peuplé de Paris.

Le pôle « 15ème arrondissement » regroupe trois secteurs, chacun d'eux disposant d'unités d'hospitalisation à temps complet à l'hôpital Sainte-Anne : quatre unités pour le secteur 14 – deux unités hospitalo-universitaires et deux unités de secteur - (cf. § 4.2.3.2), deux unités pour le secteur 15 (cf. § 4.2.3.3) et deux unités pour le secteur 16 (cf. § 4.2.3.4). Sa file active était de 10 797 patients en 2014.

Des structures extra-hospitalières existent au sein de chaque secteur :

- pour le secteur 14 : un centre médico-psychologique (CMP) ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 19h ; un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 17h ; un foyer postcure partagé avec le secteur 16 ;
- pour le secteur 15 : un centre médico-psychologique (CMP) ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 20h ; une unité de soins séquentiels, ouvert du lundi au vendredi ; un hôpital de jour, ouvert du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h ; une clinique relais avec les appartements associatifs ;
- pour le secteur 16 : un centre médico-psychologique (CMP) ouvert du lundi au jeudi, de 9h à 21h, et le vendredi, de 9h à 17h ; un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 17h ; un hôpital de jour, ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 17h ; un foyer postcure partagé avec le secteur 14.

Le pôle comprend également un service d'addictologie et un institut hospitalier de psychanalyse.

5.3.2 Le secteur 14 et le service hospitalo-universitaire

5.3.2.1 Présentation générale des unités

Le secteur 14 et le service hospitalo-universitaire sont installés dans un bâtiment totalement rénové, occupé depuis début 2014. Ces locaux sont répartis sur six niveaux :

- au rez-de-chaussée : un amphithéâtre et des bureaux ;
- au rez-de-jardin : des bureaux mais aussi une salle d'activités, une salle d'ergothérapie et une salle de sport ainsi que l'accès à un jardin pour les patients des unités ouvertes et un accès à un autre jardin réservé à l'unité fermée ;
- au premier étage : l'unité protégée, fermée, pour des patients admis sous contrainte ;
- au deuxième étage : l'unité de secteur, ouverte, pour des patients en soins libres et des patients en soins sous contrainte, stabilisés (dont certains peuvent être en programme de soins avec une hospitalisation partielle) ;

[40] Au 1er février 2012 selon l'INSEE.

- au troisième étage : une unité universitaire, ouverte, accueillant des patients provenant de différentes régions de France, voire de l'étranger ;
- au quatrième étage : une unité d'hospitalisation de semaine, ouverte, fonctionnant du lundi au vendredi durant onze mois de l'année (fermée en août), pour des patients majoritairement en soins libres ;
- au cinquième étage : des bureaux.

Deux escaliers (dont un de secours) et quatre ascenseurs (dont un réservé à la desserte des réfectoires) desservent les différents niveaux.

Aucun dispositif de vidéosurveillance n'est installé dans les unités. Seul l'accès au bâtiment en est équipé mais aucune image n'est enregistrée.

Le service hospitalo-universitaire

5.3.2.2 Les locaux

Les locaux des quatre unités, placées l'une au-dessus de l'autre, sont comparables. Ceux des premier et deuxième étages bénéficient d'une aile supplémentaire avec réfectoire.

Il a été indiqué que les soignants avaient été étroitement associés à la conception des locaux pour leur offrir des conditions de travail adaptées à leurs besoins.

Les unités disposent, à l'entrée, d'un ensemble de locaux réservés aux soins et aux consultations. Au centre, le bureau des infirmiers et le poste de soins bénéficient de larges baies vitrées offrant des vue dans trois directions, facilitant la surveillance du hall d'entrée ainsi que du couloir desservant les chambres et des bureaux de consultations. La pharmacie et des toilettes sont incluses dans ce bloc central autour duquel sont répartis les bureaux des médecins, du cadre de santé, de la secrétaire médicale et de l'assistante sociale. Une salle de détente pour les professionnels et une salle pour les visites des familles y sont également placées.

Dans un deuxième ensemble, six chambres à deux lits (donnant sur la rue Cabanis) et huit chambres à un lit (donnant sur l'intérieur de l'hôpital) sont réparties le long d'un couloir central. Il a été indiqué que cette organisation avait été conçue pour éviter que des personnes connues, placées en chambres individuelles, soient vues de l'extérieur de l'hôpital et que des photographies puissent être réalisées à partir des immeubles voisins.

Chaque chambre individuelle, de 11 à 12 m², fermée par une porte pleine, est équipée d'un lit non fixé au sol, d'une armoire dont une partie basse fait office de table de chevet, d'une table et d'une chaise. La fenêtre est fermée à clé, si besoin, par les soignants mais peut aussi être légèrement ouverte, le débattement étant alors limité par des butées. Un rideau, commandé électriquement, assure l'occultation de la pièce mais les lamelles peuvent aussi être orientées pour limiter la luminosité. Une rampe, placée au-dessus du lit, assure l'éclairage électrique. La salle d'eau, séparée de la chambre par une porte pleine, est composée d'un WC à l'anglaise, d'une douche à l'italienne avec un pommeau fixe, d'un lavabo (surmonté d'un miroir incassable) et d'un placard de rangement ; des patères souples (pour éviter tout point d'accrochage) sont fixés à la porte.

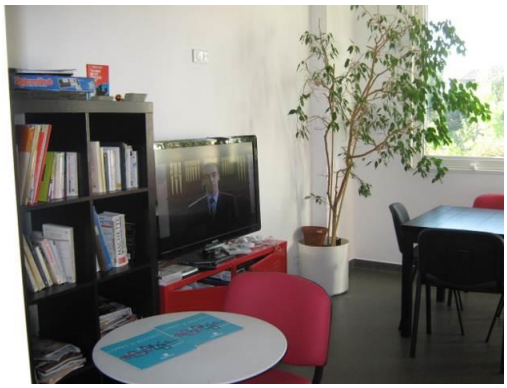
Une chambre individuelle avec son armoire

Les placards peuvent être fermés à clé à l'aide d'un cadenas (fourni à l'unité fermée mais pouvant être acheté à la cafétéria pour les patients des autres unités) et sont équipés d'un coffre (sauf à l'unité fermée).

Chaque chambre à deux lits, de 17 m², est équipée des mêmes matériels, en double. Les WC sont placés dans une pièce séparée de la salle d'eau.

Chaque chambre (hors l'unité fermée) est équipée d'un téléviseur.

Dans le couloir desservant les chambres, une pièce rafraîchie sert de salon de télévision.



La salle de télévision

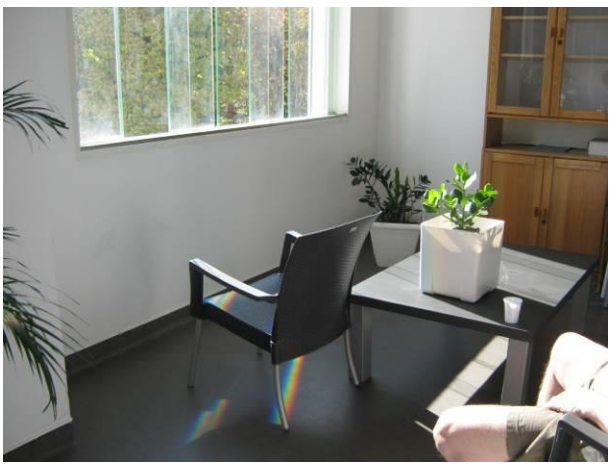
Au premier étage, l'unité fermée dispose de deux chambres d'isolement en substitution de deux chambres individuelles ordinaires (cf. *infra*).

Les unités des premier et deuxième étages bénéficient d'une aile supplémentaire.
Dans l'unité fermée, cette aile regroupe :

- une grande salle de 96 m² (climatisée), composée d'une partie servant de salle à manger pour les vingt patients, avec des tables et chaises, et d'une zone d'activité avec un baby-foot, une table de ping-pong, une Wii et un piano ;

La salle à manger de l'unité fermée

- un office, pour le réchauffage des plats ; un monte-charge, pour la livraison des plats provenant de la cuisine centrale, donne sur un palier directement accessible de l'office ;
- une pièce ordinaire de 20 m², dénommée localement « loggia », équipée d'une baie vitrée avec un dispositif d'aération, qui sert de lieu de détente pour les patients, dans lequel il est possible de « vapoter » mais pas de fumer. Des sièges et des tables basses meublent la loggia et des plantes vertes agrémentent l'endroit. Cette salle est ouverte de 8h à 12h et de 14h30 à 19h.



La loggia

Dans l'unité ouverte, la grande salle sert uniquement de salle à manger et accueille simultanément les soixante patients des unités des deuxième, troisième et quatrième étages. La « loggia » n'existe pas et l'office, nécessairement plus grand qu'à l'étage inférieur, occupe également cet espace. Une banque de distribution des repas, comme dans un self-service, est ouverte sur la salle à manger car, à la différence de l'unité fermée, les patients se présentent avec leur plateau pour se servir.

La salle à manger des unités ouvertes avec le self

Tous ces locaux sont ouverts grâce à de nombreuses baies vitrées ; cette conception donne l'impression d'un vaste espace. L'ensemble est propre et aucune dégradation n'est visible.

Les affichages en place dans chaque unité sont harmonisés et les cadres supérieurs de santé y veillent. Ainsi, les droits des personnes hospitalisées, des informations relatives à la maison des usagers et les modalités de saisine de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUCQPC) sont apposées à chaque étage et les règles de vie le sont dans les chambres (sauf à l'unité fermée, où elles le sont dans le couloir).

5.3.2.3 Les personnels

Le service hospitalo-universitaire est dirigé par un professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH) assisté de deux cadres supérieurs de santé (pour 1,5 ETP).

Le personnel médical

	Chef de clinique	Assistant	Internes	Externes
Unité protégée	1		3	3
Unité de secteur		1	3	2
Unité universitaire	1		3	1
Unité de semaine	1		2	2
Total	3	1	11	8

Un médecin généraliste se déplace dans les unités, à la demande.

Le personnel non médical

Les équipes de jour sont constituées ainsi :

	Cadre de santé	Infirmier	Aide-soignant	Agent des services hospitaliers	Secrétaires médicales	Assistantes sociales
Unité protégée	1	13	4	15	1	1
Unité de secteur	1	11	2		1	1
Unité universitaire	1	11	2		1	1
Unité de semaine[41]	1	7	1		1	
Total	4	42	9	15	4	3

Une équipe différente, à dix-neuf soignants, assure le service de nuit.

A l'unité protégée, l'effectif minimum est de six soignants pendant la journée dont au moins un homme (infirmier ou aide-soignant). Il est moindre dans les autres unités (par exemple, quatre à l'unité de semaine du 4ème étage).

Les réunions

Outre les transmissions organisées à chaque changement d'équipe, une réunion de synthèse se tient chaque semaine dans les trois unités ouvertes. Ainsi, le jeudi 10 septembre 2015, une telle réunion s'est déroulée dans l'unité universitaire : seize médecins, internes, cadre de santé, infirmiers, aides-soignants, élèves infirmiers et élèves aides-soignants, assistante sociale. La situation de chaque patient y était abordée et un véritable échange avait lieu entre les professionnels.

A l'unité fermée, une réunion quotidienne se tient chaque jour de 9h à 9h30, pour faire le point de l'évolution de chaque patient et les décisions sont prises par le médecin après concertation.

Des grandes visites ont lieu chaque mardi matin. Le chef de clinique accompagné des internes, de la cadre de santé, d'infirmiers et/ou aides-soignants et de l'assistante sociale s'entretient avec chaque patient soit dans un bureau soit dans sa chambre. Tous les sujets (pathologie, difficultés sociales, activités…) sont alors abordés.

En cas de difficultés, des « avis professoraux » sont demandés aux PU-PH.

Chaque lundi matin, des situations particulières peuvent aussi être abordées en amphithéâtre par le chef de clinique, devant les professionnels du service : le psychiatre conduit

[41] L'effectif y est moindre en raison du mode de fonctionnement du lundi au vendredi durant onze mois de l'année.

un entretien avec un patient (qui a donné son accord) et, ensuite, après le départ de ce dernier, une discussion s'engage autour de ce cas.

5.3.2.4 Les patients

A la date de la visite, la situation était la suivante :

	Nombre de places (hors chambres d'isolement)	Nombre de patients en soins libres	Nombre de patients en ASPDRE	Nombre de patients en ASPDT et ASPPI	Nombre de patients
Unité protégée	18	2	3	15	20
Unité de secteur	20	11	2	7	20
Unité universitaire	20	16		4	
Unité de semaine	20	19		1	20
Total	78				

Ainsi, à l'unité protégée, tous les lits, dont ceux de la chambre d'isolement, étaient occupés. Cette situation était pérenne, selon les informations recueillies. Il a cependant été précisé que ces « patients universitaires » constituaient des cas particuliers car ils venaient d'une unité de secteur où ils étaient déjà à l'isolement et retourneraient dans leur hôpital de rattachement dès leur sortie de l'isolement ; la solution classiquement adoptée, qui consiste à conserver un lit pour que le patient retrouve sa chambre à la fin de la période d'isolement, n'avait donc pas lieu d'être dans cette unité fermée du service hospitalo-universitaire.

Le plus ancien des patients admis en soins sans consentement est hospitalisé depuis juillet 2014 (soit treize mois).

Le patient le plus âgé avait 80 ans.

Une patiente en ASPDT affectée à l'unité de semaine rejoint celle du 3ème étage durant les week-ends.

Trois assistantes sociales sont affectées à ce secteur. Au moment de la visite, deux étaient en arrêt de travail. L'assistante sociale rencontrée a mis en avant son souci d'inciter les patients à recouvrer leur autonomie. Ainsi, ils remplissent eux-mêmes leurs dossiers administratifs, même si cela prend du temps. A moins d'une restriction médicale, ils ont accès à des ordinateurs sur lesquels ils peuvent rédiger des courriers.

Les patients admis dans les unités du premier et du deuxième étages sont orientés soit par le CPOA, soit par un service d'accueil d'urgence d'un autre hôpital parisien (cf. § 3.1), soit par le centre médico-psychologique du secteur ou de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police.

Les patients dits « universitaires » hospitalisés à l'unité fermée peuvent être adressés par d'autres hôpitaux de France ou de l'étranger en raison de leur pathologie résistante aux traitements. Ils sont « hors secteur » mais se différencient de ceux qui sont admis à Sainte-Anne

en raison de leur séjour à Paris au moment de leur maladie ; ces derniers, dont ceux en voyage pathologique, sont répartis dans les unités par le CPOA (cf. § 3.1.1).

Les patients des troisième et quatrième étages, proviennent d'un autre lieu de soins, d'où ils ont été transférés, ou ont été hospitalisés après avis médical de la consultation universitaire.

Dans chaque unité, les règles d'admission sont similaires.

A l'arrivée, après l'accueil par un soignant, le patient est installé dans sa chambre, un premier entretien infirmier est mené pour apprécier l'urgence de l'entretien avec le psychiatre et un inventaire contradictoire des objets est effectué. Cet inventaire permet de retirer les objets jugés dangereux comme certains ustensiles de toilette, conservés dans une boite nominative, dans le bureau des infirmiers, et redonnés au coup par coup, le temps strictement nécessaire (pour se raser ou se couper les ongles, par exemple).

Le numéraire est retiré lorsque les sommes sont supérieures à 50 euros et transporté, ainsi que les chéquiers et les cartes de paiement, pour être placés dans le coffre de la caisse centrale (ou dans celui du service de sécurité en dehors des heures d'ouverture de la caisse centrale).

Des objets sensibles (documents d'identité, bijoux, téléphones portables et chargeurs…) sont conservés dans un coffre dont seul le cadre de santé possède la clé. Si le patient veut conserver des objets de valeur, il a la possibilité de signer une décharge.

Les affaires conservées par le patient sont rangées dans son armoire et dans le coffre.

Le port du pyjama (à l'arrivée ou durant le séjour) est décidé au cas par cas, en fonction du patient : « *Certains ont parfois du mal à se considérer comme malades* », a dit un psychiatre et « *Le retour au vêtement civil marque une étape* » a ajouté un soignant. A la date de la visite, cinq patients de l'unité fermée étaient ainsi vêtus mais deux étaient dans une situation particulière : l'un voulait rester en pyjama pour manifester son désaccord avec la mesure d'admission, l'autre (qui venait d'arriver) ne disposait pas de vêtements propres.

Le livret d'accueil du centre hospitalier est remis à l'arrivant dès son arrivée, ou avec un délai, s'il n'est pas en état d'en prendre connaissance. Ce livret est également disponible au sein de l'unité, dans la salle de télévision et, pour l'unité fermée, dans la loggia.

Un examen somatique est réalisé le jour même ou le lendemain.

La partie administrative de l'admission est effectuée au sein de l'unité par la secrétaire médicale.

5.3.2.5 Le fonctionnement

Les contrôleurs ont plus particulièrement observé le fonctionnement des unités des premier et deuxième étages.

A. La vie quotidienne

Les chambres restent ouvertes durant la journée et les patients peuvent y retourner, à leur guise. La nuit, les chambres ne sont pas verrouillées, sauf cas particuliers pour protéger les plus vulnérables ; tel pourrait être le cas d'une jeune femme susceptible d'être importunée par un homme a-t-il été indiqué.

Dans les unités ouvertes, la porte d'entrée de l'unité n'est effectivement jamais fermée à clé durant la journée. Entre 20h et 8h, les portes du bâtiment sont fermées, par souci de sécurité.

Les règles de vie sont affichées dans les couloirs de l'unité fermée et dans les chambres dans les autres unités.

Le règles de vie des trois unités ouvertes sont assez proches et ne se différencient que sur quelques points :

- la conservation des médicaments est plus souple à l'unité de semaine : leur remise à l'équipe soignante y est seulement « vivement conseillée » alors que la consigne est plus stricte dans les deux autres unités ; dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique toutefois que les médicaments ne sont pas conservés par les patients ;
- la gestion du courrier n'est pas abordée dans le document de l'unité de semaine ;
- les horaires des visites varient selon les unités (de 13h30 à 18h30 pour l'unité de secteur et l'unité de semaine ; de 13h à 18h45 pour l'unité universitaire) ;
- l'existence d'un téléphone fixe au sein de l'unité n'est mentionnée que pour l'unité de secteur alors qu'un appareil identique existe également dans les autres.

A l'unité fermée, ces règles sont plus détaillées et plus strictes. Celles relatives aux visites, au téléphone, aux autorisations de sortie, à l'hygiène, au tabac y sont plus développées et, contrairement aux règles des autres unités, les modalités du dépôt des objets de valeur à l'admission y sont précisées. Les horaires des visites sont plus restreints que dans les unités ouvertes : de 15h à 18h30.

L'entretien du linge est, en règle générale, assuré par les familles. Dans le cas contraire, trois lave-linge sont installés au rez-de-chaussée et les soignants s'en chargent, gratuitement.

Les repas sont servis :

- pour le petit déjeuner : à 8h ;
- pour le déjeuner : à 12h à l'unité fermée et de 12h15 (12h30 le mardi, jour de la grande visite) à 13h15 pour les unités ouvertes ;
- pour le dîner : à 18h45 à l'unité fermée et de 18h45 à 19h45 pour les unités ouvertes.

Les menus sont affichés à l'entrée des salles de restauration.

A l'unité fermée, les patients s'installent tous à table dès l'ouverture de la salle à manger et sont servis.

Les contrôleurs ont constaté qu'en revanche, les patients des unités ouvertes se présentaient au self-service à partir de l'heure de début de service et que leur arrivée était progressive, évitant des files d'attente devant la salle de restauration. Chacun s'installe ensuite à la place de son choix. Ce mode de fonctionnement, avec une distribution au plateau comme dans un self-service classique, est destiné à les rendre plus autonomes.

L'accès au tabac n'est pas réglementé dans les unités ouvertes, les patients devant sortir du service pour fumer. A l'unité fermée, ce sujet pose problème en raison de l'impossibilité d'accéder au jardin (cf. *infra*). Seuls les patients bénéficiant de visites et autorisés à sortir dans le parc avec leur proche peuvent fumer.

B. Les communications avec l'extérieur

Les visites sont autorisées, sauf prescription médicale contraire. Les visiteurs peuvent se rendre dans la chambre du patient, dans la pièce affectée à cet effet ou (pour ceux des unités ouvertes et ceux de l'unité fermée qui en ont l'autorisation) à l'extérieur de l'unité[42].

Les patients peuvent conserver leur téléphone portable, sauf avis médical contraire. A l'unité fermée, les patients n'en disposent généralement pas. Un téléphone mural se trouve dans le couloir (sans possibilité d'appel sortant), près du bureau des infirmiers ; aucun dispositif ne garantit la confidentialité des conversations, comme les contrôleurs l'ont constaté.

Ainsi, lors de la visite :

- à l'unité fermée, dix-neuf des vingt patients pouvaient recevoir des visites et téléphoner ;
- à l'unité ouverte du 2ème étage, dix-huit des vingt patients pouvaient recevoir des visites et tous pouvaient téléphoner ;
- aux unités ouvertes des deux autres étages, aucune restriction n'a été signalée.

Les locaux sont équipés pour que chacun puisse se connecter à Internet en wifi. Ainsi, les patients disposant d'un micro-ordinateur portable peuvent y accéder, sauf décision contraire du psychiatre compte tenu de la pathologie de la personne concernée. Un code individuel, d'une durée de validité variable, est attribué pour chaque connexion.

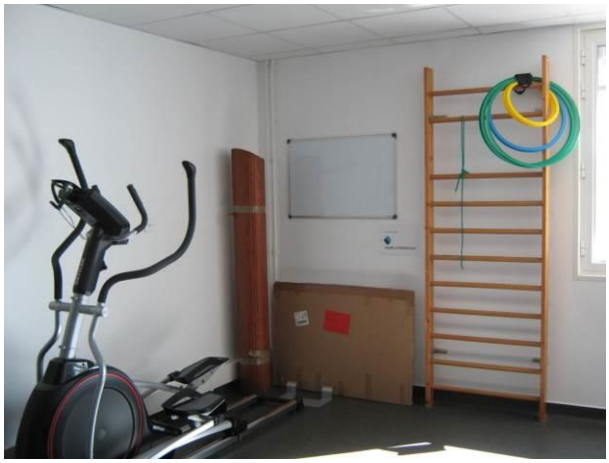
Aucun contrôle du courrier n'est exercé et les plis sont remis fermés.

C. Les activités

L'unité fermée dispose de la salle de télévision, de la salle à manger, dont une partie sert de salle d'activités, et de la loggia (cf. supra). Les autres unités, ouvertes, ne bénéficient que d'une salle de télévision. Les activités au sein des unités sont donc peu fréquentes et des patients ont indiqué qu'ils s'ennuyaient.

Le service hospitalo-universitaire est équipé d'une salle de sports et d'une salle d'ergothérapie, au rez-de-chaussée. En l'absence d'un kinésithérapeute et d'un ergothérapeute, ces installations n'étaient pas utilisées à la date de la visite. Il a toutefois été indiqué qu'une ergothérapeute avait été recrutée et devait rejoindre l'établissement le 1er octobre 2015.

[42] Dans le jardin ouvert, dans le parc de l'hôpital ou à la cafétéria.



La salle de sport et la salle d'ergothérapie

Si les patients des unités ouvertes peuvent sortir et accéder librement aux espaces extérieurs, dont un jardin aménagé, il n'en est pas de même de ceux de l'unité fermée. Un jardin fermé leur est pourtant affecté mais, à la date de la visite, la clôture n'était pas suffisante pour interdire des fugues et son accès était, en conséquence, interdit.

Ce jardin, entouré d'une clôture, est arboré, équipé de bancs, d'un abri et d'installations sportives. Selon les informations recueillies, un bardage a également été demandé pour occulter la clôture sur le côté donnant à l'intérieur de l'hôpital, près de la zone de chargement et de déchargement de camions de livraison, pour que les patients ne soient plus placés sous le regard des conducteurs.

Le jardin de l'unité fermée

Ainsi, aucun patient de l'unité fermée ne peut sortir et les fumeurs n'ont aucun espace réservé. Le seul endroit où ces personnes peuvent respirer l'air extérieur est la loggia mais il s'agit d'une salle où l'aération n'est assurée que par les interstices des baies vitrées (cf. *supra*). Il est possible d'y « vapoter » mais pas d'y fumer. Des patients, rencontrés par les contrôleurs, s'en sont plaints et les soignants souhaitent, eux aussi, que les travaux de sécurisation, demandés depuis plusieurs mois, soient enfin réalisés pour que le jardin soit de nouveau accessible. Cette situation est particulièrement anormale et mérite d'être rapidement corrigée.

Les contrôleurs observent aussi que l'accès au jardin (lorsqu'il sera de nouveau en fonctionnement) n'est pas libre - car y aller impose un accompagnement de soignants, conséquence de l'implantation d'une unité fermée dans un étage - et dépend donc de la disponibilité des infirmiers et des aides-soignants.

D. Les soins.

Les patients sont reçus par les psychiatres, dont la présence est effective dans les unités, plusieurs fois par semaine ; certains patients le sont chaque jour. Chaque mardi, les praticiens effectuent également une grande visite (cf. *supra*). Selon les informations recueillies, les patients sont suivis par le médecin responsable de l'unité et rares sont ceux qui ne le sont que par un seul praticien ; aucune demande de changement de médecin n'a été signalée.

La dispensation des médicaments s'effectue dans la pharmacie, chaque patient y étant reçu individuellement.

- ✓ L'isolement et la contention

Seule l'unité fermée dispose de chambres dites de soins intensifs. Ces deux chambres sont de conception identique, avec deux portes d'entrée, un sas entre les deux pièces, une chambre proprement dite (de 8,96 m² pour l'une et 8,46 m² pour l'autre) équipée d'un lit fixé au sol, une salle d'eau (de 3 m² pour la première et de 3,57 m² pour la seconde) avec un lavabo, un WC et une douche à l'italienne. Une horloge, placée dans le sas, est normalement visible de chaque chambre mais, à la date de la visite, elle était en réparation[43].

Durant les deux semaines de visite, les deux chambres ont été occupées par les deux mêmes personnes (un homme et une femme). Ces deux patients y étaient placés, sous contention, depuis plusieurs semaines : l'un d'eux était un « patient universitaire ». Selon les informations recueillies, cette situation s'explique par les résistances des pathologies traitées dans ce service ; les traitements administrés doivent produire leurs effets avant qu'un retour en chambre ordinaire soit envisagé.

Il a été indiqué que la femme allait seule prendre une douche et que l'homme, qui y allait depuis peu, a longtemps dû être lavé dans son lit. Un poste de radio a été placé dans sa chambre.

L'unité fermée dispose de huit matériels de contention, rangés dans des valises.

Aucun registre, permettant de retracer l'utilisation des chambres de soins intensifs, n'est en place. Les contrôleurs n'ont donc pas pu observer le recours à l'isolement sur une longue période et les durées de ces mesures.

Il a toutefois été indiqué que ces chambres étaient occupées en quasi-permanence : lorsqu'un patient est sur le point d'en sortir, l'arrivée d'un autre « patient universitaire », en attente d'admission en chambre d'isolement dans son unité de rattachement, est programmée.

[43] Un clou au mur montrait qu'une horloge y avait été en place.

Une réunion se tient chaque matin à l'unité fermée, de 9h à 9h30, avec les médecins et les soignants, pour faire le point de la situation de chaque patient, notamment de ceux placés en isolement.

Les contrôleurs, qui ont assisté à la distribution du dîner dans une des deux chambres, ont constaté que des liens étaient retirés pour permettre à la patiente de s'alimenter seule, sans lui rendre sa totale liberté, qu'elle disposait d'une cuillère et non d'une fourchette (en raison des risques d'auto-agression par ce moyen), que les aliments avaient été préalablement coupés à cet effet mais que prendre la salade servie ce jour-là avec la cuillère restait un exercice difficile.

Compte tenu de la très forte utilisation de ces deux chambres, les autres patients sont placés en isolement dans une chambre individuelle, ce qui impose parfois plusieurs changements d'affectation lorsque la personne concernée occupe initialement une chambre double. La porte de la chambre est alors fermée. Le protocole d'isolement est alors appliqué et les durées de placement sont généralement courtes. A la date de la visite, personne n'était dans cette situation.

Il a été précisé que les patients des autres unités étaient affectés à l'unité fermée si un isolement devenait nécessaire et qu'un changement de statut était effectué pour ceux en soins libres, pour les placer sous contrainte. Au besoin, un examen médical est effectué à l'hôpital européen Georges Pompidou pour la délivrance du premier certificat médical.

5.3.3 Le secteur 15

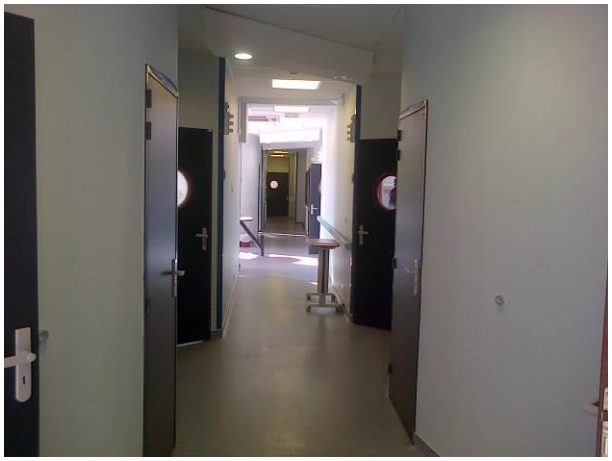
5.3.3.1 La présentation générale

Le secteur 15 est situé dans le pavillon Magnan, un bâtiment ancien classé, au centre de l'établissement. Ses portes sont ouvertes entre 10h30 et 18h (sauf lorsque les patients de l'unité fermée se rendent au jardin, cf. *infra*). Des visiophones permettent de voir en permanence quatre « points vision » sur des moniteurs placés dans les postes de soin.

5.3.3.2 Les locaux

Le service de psychiatrie générale adulte est présent sur les trois niveaux du bâtiment :

- au rez-de-chaussée (en dehors de l'emprise du service de neurologie de la mémoire et du langage qui en occupe la partie gauche) : salle de réunion, restaurant des patients et accès au jardin ;
- au premier étage : unité d'hospitalisation ouverte et unité de soins intensifs (c'est-à-dire l'unité fermée) ;
- au deuxième étage : bureaux du chef de service et du cadre supérieur, bureaux médicaux, secrétariats, bureaux des assistants médicaux-éducatifs.



L'unité fermée

D'importants travaux réalisés en 2010 et 2011 pour satisfaire aux normes de sécurité incendie ont été mis à profit pour restructurer l'unité de psychiatrie, qui a été scindée en deux ailes distinctes, séparées par le palier, le bureau des soins et un petit salon où les patients du service ouvert peuvent regarder la télévision.

A droite, l'unité ouverte, composée de quinze lits (trois chambres à un lit, six chambres à deux lits).

A gauche, l'unité de soins intensifs est composée de onze lits (trois chambres à un lit, quatre chambres à deux lits) et d'une chambre à sécurité renforcée. Dans les deux unités, les locaux sont propres, aérés et très clairs. Les chambres sont vastes et bien entretenues. Les seuls endroits où les installations laissent à désirer sont les douches du secteur ouvert qui présentent des traces de moisissure et de rouille, l'aération n'ayant pu être réalisée au mieux, en raison du classement des fenêtres et des différentes ouvertures. Les personnels s'en plaignent mais ne voient pas comment il pourrait en être autrement, en raison des contraintes liées au statut du bâtiment. De façon générale, les espaces collectifs sont assez exigus. Les effets des patients sont stockés dans des caisses, conservées dans des locaux fermés.

Douche de l'unité ouverte

Toutes les chambres sont équipées de douches et de toilettes ; il existe aussi une douche équipée pour les personnes handicapées et une douche dans la chambre sécurisée.

Il n'y a pas de dispositif d'appel infirmier accessible aux patients (sauf dans la chambre sécurisée), ni d'horloge.

Les portes sont ouvertes (sauf demande particulière d'un patient, ou dans le cas de personnes particulièrement vulnérables) et munies d'une fenêtre ronde partiellement occultée, ce qui permet aux personnels soignants de regarder sans déranger le patient lorsqu'il se repose, mais assure une intimité relative car on ne peut voir ce qui se passe dans la chambre si on ne s'arrête pas délibérément devant. Le mobilier est simple et en bon état (tables de nuit, armoires fermant à clef). Les patients entrent et sortent à leur guise.

Une chambre double

La chambre sécurisée à laquelle conduisent deux portes d'accès a été rénovée en 2010. Mais elle a fait l'objet de dégradations (papier peint arraché) et les travaux n'ont pu être entrepris en raison de son occupation régulière. Elle est équipée d'un lit sans angles vifs et de meubles en mousse épaisse (table, chevet cylindrique, sur-élévateur). Il existe une douche et un lavabo. Le radiateur, placé à la tête du lit, est protégé. La température peut être réglée par un bouton avec poussoir. L'eau et la lumière sont commandées à l'extérieur.

Le problème majeur réside dans la difficulté d'accès au jardin, pour les personnes qui ne peuvent circuler librement. Il faut, en effet, fermer toutes les issues du bâtiment lorsque les patients sous contrainte vont prendre l'air. Ils sont alors accompagnés par des soignants et ne peuvent s'y rendre que dans des créneaux horaires précis (à l'occasion de chaque repas, une fois dans l'après-midi et, si c'est possible, après le dîner). Les personnels, très conscients de cette situation qu'ils estiment « oppressante » pour les patients et pour eux-mêmes, tentent de rendre les moments passés au jardin aussi agréables que possible, en faisant preuve de toute la souplesse que leur permet une charge de travail déjà très lourde. Le jardin, grillagé, est équipé de tables et de bancs, de cendriers et d'une table de ping-pong. Sa surface a été réduite à l'issue de travaux récents, mais son aménagement, aussi succinct soit-il, permet aux patients de recevoir leurs visiteurs dans une certaine intimité ou de former des groupes par affinités.

Le jardin

5.3.3.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, les 4 et 8 septembre 2015 :

- treize patients étaient hospitalisés dans l'unité ouverte, tous en hospitalisation libre ; la patiente la plus ancienne était présente dans l'unité depuis le 7 juillet précédent (soit deux mois) ;
- neuf patients étaient placés dans l'unité fermée : le plus ancien en ASPDT était là depuis le 30 mars (soit six mois), et le plus ancien en ASPRE depuis le 15 juillet (soit un mois et trois semaines), après avoir été transféré d'une UMD.

En 2014, 30 % des patients ont désigné une personne de confiance.

Selon le chef de service, les pathologies sont très mélangées.

5.3.3.4 Les personnels de l'unité fermée

Habituellement, un médecin est présent au moins jusqu'à 18h30 dans les deux unités. Mais il arrive qu'il n'y en ait aucun, comme ce fut le cas lors d'une des journées passées sur place durant la visite des contrôleurs.

Tous les personnels soignants et administratifs sont affectés dans les deux unités.

Un cadre de santé est affecté aux deux unités dans la journée. De nuit, un autre assure le service pour l'ensemble de l'établissement.

Quatorze infirmiers assurent le service de jour et sept celui de nuit. L'effectif minimum est de trois infirmiers de matin et autant l'après-midi ; il est de deux pour la nuit.

Deux des sept aides-soignants sont présents le matin, deux l'après-midi et un de nuit.

Un psychologue est là une journée par semaine (0,20 ETP).

Une assistante sociale est présente cinq jours par semaine et une autre, 2 jours (soit, au total, 1,4 ETP).

Quatre psychiatres prennent en charge les patients des deux unités : un praticien hospitalier et trois assistants médicaux. Les deux internes changent de service tous les six mois.

Le manque d'effectifs - certes dans la limite des normes de sécurité - est vivement regretté par toutes les personnes rencontrées lors du contrôle, qui ont le sentiment de parer sans cesse au plus pressé et de ne pouvoir prendre suffisamment de temps avec les patients.

5.3.3.5 Les règles de vie dans l'unité de soins intensifs (unité fermée)

A. L'admission

A son arrivée, si son état le permet, le patient est reçu par un soignant dans un bureau d'entretien bien insonorisé et dont la vitre est occultée. Pour des raisons de sécurité, ce bureau communique avec le poste de soins situé entre les deux services ouvert et fermé. Les raisons de l'hospitalisation sont expliquées et le livret d'accueil de l'hôpital est remis. La notification des droits est faite à ce moment. Le chef de service insiste sur le fait que le respect des procédures est un souci permanent. Mais les coordonnées du juge des libertés et de la détention, le tableau de l'ordre des avocats, le règlement intérieur ne sont pas affichés. Le règlement intérieur peut être communiqué à la demande.

Toutefois, lors du contrôle, une patiente qui venait d'être hospitalisée à la demande d'un tiers a demandé à voir les contrôleurs, avec qui elle a pu s'entretenir en toute confidentialité. Elle a déclaré avoir fait la veille une tentative de suicide et se demandait si toutes les personnes qui ont tenté de mettre fin à leurs jours sont hospitalisées sous contrainte. Elle paraissait très angoissée et ses droits ne lui avaient pas encore été notifiés. Elle affirmait ne pas savoir avec certitude qui était le tiers à l'origine de son placement et ne pas comprendre ce qu'elle faisait là. Le livret d'accueil ne lui avait pas été remis. Interrogés, les personnels ont expliqué ce décalage par l'état de confusion de la patiente qui venait d'être transférée d'un autre hôpital et d'un autre service et l'ont très rapidement reçue, sans que l'on puisse déterminer si les questions posées par le contrôleur ont ou non accéléré l'entretien.

A l'arrivée, un inventaire des affaires est établi. Celles-ci sont déposées au vestiaire. Les lacets et cordons sont retirés, ainsi que, parfois, les soutiens-gorge, ce qui est alors mentionné dans le dossier.

Après s'être déshabillés, les patients sont souvent mis en pyjama. Cette pratique n'est cependant plus systématique, ont souligné les personnels soignants, d'autant qu'il est très difficile de se procurer auprès de la lingerie des pyjamas en tissu aux tailles adéquates. Le port de pyjamas qui ne sont pas à la bonne taille est perçu par certains soignants comme une forme de maltraitance qu'ils souhaitent éviter autant qu'il est possible. Les patients ont le droit de porter leurs propres pyjamas ou vêtements d'intérieur, s'ils en disposent. Il arrive que des pyjamas en papier soient utilisés, faute de mieux. Le chef de service estime, pour sa part, que le port du pyjama est pour le patient une indication claire qui lui permet de comprendre qu'il se trouve dans un espace de soins. Sa situation est revue et rediscutée selon l'évolution de sa situation et de son comportement. En aucun cas, souligne-t-il, il ne s'agirait d'une méthode punitive. Le port du pyjama est aussi justifié par les risques de fugue et par le fait que certains patients arrivent sans vêtements décents ou propres.

La plupart des patients de l'unité fermée présents lors du contrôle portaient des vêtements personnels.

B. La vie quotidienne

Les repas se prennent au restaurant, au rez-de-chaussée : le petit déjeuner à 8h, le déjeuner à midi, le dîner à 18h30. Sur prescription médicale, certains patients restent dans leur chambre pour s'alimenter ; on leur apporte alors un plateau-repas. La propreté est parfaite et le matériel de la cuisine très bien entretenu.

Les menus sont affichés à l'entrée. Des proches apportent fréquemment de la nourriture de l'extérieur pour pallier les insuffisances, ce qui n'est évidemment pas le cas des patients qui n'ont pas de visites. Le soir où les contrôleurs ont assisté au repas (quatorze repas étaient servis sur place, un en chambre, les patients de l'unité ouverte et ceux de l'unité fermée pouvant prendre leur repas ensemble), plusieurs patients ont demandé à se resservir, la plupart du temps en vain. Tout en soulignant que certaines pathologies et certains traitements peuvent entraîner une attitude compulsive par rapport à la nourriture, les personnels se sentent démunis face à une demande qu'ils ne parviennent souvent pas à satisfaire comme ils le souhaiteraient.

Chaque repas est l'occasion d'une pause-cigarette dans le jardin attenant : les soignants utilisent une boite pour stocker le tabac et distribuent les cigarettes une par une.

Le restaurant

C. La communication avec l'extérieur

Les *visites* se déroulent de 14h à 20h, avec souplesse. Quand les patients sont seuls dans leur chambre, ils peuvent y recevoir leurs proches. Ceux-ci peuvent aussi les accompagner dans le jardin. Dans une pièce au rez-de-chaussée, la visite d'enfants peut être organisée.

Le téléphone portable n'est pas autorisé, sauf exception (pour retrouver un numéro, consulter ses messages), et rendu après usage. Un téléphone mural à l'entrée de l'unité ne permet aucune confidentialité des échanges qui se font devant tout le monde. Mais, à la date de la visite, tous les patients pouvaient passer et recevoir des appels depuis le poste mobile de l'unité dans des créneaux horaires précis (entre 14h et 20h), avec une tolérance quand la situation le justifie. Si certains numéros sont à éviter, ils sont notés dans le dossier du patient. Les patients peuvent s'isoler dans leur chambre pour téléphoner tranquillement. Mais là aussi, la confidentialité est loin d'être parfaite : on a ainsi entendu un soignant héler un patient d'un bout à l'autre de la pièce de convivialité et préciser l'identité de la personne appelante.

L'usage de l'ordinateur - sans accès wifi - est autorisé au cas par cas, après une autorisation médicale. A la date de la visite, aucun patient n'en possédait un. Comme le MP3, il est souvent utilisé pour écouter de la musique.

D. Les activités

Les chambres ne sont pas équipées de téléviseur. Dans la pièce de vie située au milieu du service, équipée de tables rondes et de fauteuils, un téléviseur protégé par une vitre permet aux patients de regarder les programmes de leur choix.

Une télécommande est à leur disposition. Quand un programme est choisi en commun, les personnels récupèrent la télécommande pour éviter des changements de chaîne intempestifs. Il y aurait peu de conflits sur le choix des émissions. Les patients peuvent aussi écouter de la musique, ce qui entraîne parfois une cacophonie qui dérange ceux qui aspirent à davantage de calme.

La pièce de vie

E. Les soins

La distribution de médicaments se fait au poste de soins. Les patients attendent à la porte, et prennent leur traitement un par un devant le personnel soignant. Des sirops peuvent compenser l'amertume de certains produits. Ceux qui souhaitent repousser la prise du traitement - par exemple pour rester éveillés plus longtemps, pouvoir lire ou regarder un film - en discutent avec les soignants qui peuvent autoriser le décalage des horaires.

Il y a très peu d'activités et les personnels comme les patients rencontrés dénoncent l'ennui ressenti au service fermé. Le manque d'effectifs explique cette situation, les infirmiers n'ayant pas ou peu de temps disponible pour intervenir auprès des patients autrement que pour des motifs médicaux. Il est arrivé qu'une infirmière pratique des massages et de la relaxation, mais elle est partie. Aucune salle d'ergothérapie n'existe. L'arrivée de patients souvent en phase aiguë et le fort taux de renouvellement sont mis en avant pour expliquer la quasi inexistence des activités, qui se réduisent au ping-pong dans le jardin et à la lecture pour ceux qui le souhaitent. Lors de la visite des contrôleurs, une patiente a suggéré pour trouver une occupation de monter un atelier « ramassage de mégots », qui aurait au moins eu le mérite, selon elle, de nettoyer le jardin tout en luttant contre le désœuvrement.

Il n'existe pas de registre d'isolement ni de contention. La mesure est indiquée dans le dossier de chaque patient. Selon les informations recueillies, le placement sous contention est une prescription médicale discutée par l'équipe, sauf cas d'urgence et la personne placée en chambre d'isolement est vue au minimum toutes les heures.

Lorsqu'un patient de l'unité est placé dans la chambre sécurisée, son lit ne peut pas être attribué à quelqu'un d'autre et lui est gardé jusqu'à ce que son état lui permette de réintégrer sa chambre. Il arrive qu'un patient soit placé sous contention dans sa chambre, faute de place dans la chambre sécurisée. Il s'agit alors d'une mesure prise en urgence en attendant de trouver une autre solution.

Lors du contrôle, une patiente, dont l'arrivée avait été annoncée, a été transférée sous contention d'un autre établissement pour être placée dans la chambre sécurisée du secteur 15. Son arrivée a eu lieu après le dîner, pendant que les patients se trouvaient au jardin. Il a fallu leur faire regagner l'unité de façon précipitée. Une fois déposée par les ambulanciers, la patiente dont les liens avaient été ôtés, a aussitôt été placée sur le lit de la chambre sécurisée et a dû être à nouveau attachée. Le service se trouvait alors, comme c'est la règle après le changement d'équipe et les transmissions à 21h, sous la surveillance, pour l'unité fermée, d'un infirmier et un aide-soignant et, pour le service ouvert, d'un infirmier ou d'un aide-soignant. Ce soir-là, une infirmière stagiaire complétait l'effectif de l'unité fermée. Bien que la patiente ait été sédatée et n'ait pas manifesté d'opposition, la présence de tous les personnels a été nécessaire pour la laver, changer ses vêtements et la placer sous contention, ce qui n'a pas été facile car le matériel était d'un maniement difficile. Pendant ce temps, personne ne se trouvait en situation de surveiller ce qui se passait dans les deux unités : l'infirmier de l'unité ouverte ne se trouvait plus dans son service et les personnels de l'unité fermée étaient complètement mobilisés autour de l'arrivante. Le manque d'effectifs était alors patent : les patients de l'unité fermée, livrés à eux-mêmes après la brusque interruption de leur pause au jardin, étaient particulièrement nerveux et agités. Aussi rapidement qu'ils aient travaillé tout en agissant avec soin et méthode, les personnels soignants n'avaient pas d'autre choix que de parer au plus pressé.

Le chef de service considère qu'il faudrait reconstruire totalement l'unité, qui ne satisfait pas aux besoins, car le bâtiment est inadapté et l'espace bien trop restreint. Il aurait aimé équiper les chambres de téléviseurs, éventuellement de téléphones, « mais, dit-il, c'est impossible ». Il déplore la mauvaise qualité de la nourriture et le fait que les patients se désaltèrent à l'eau du robinet.

5.3.4 Le secteur 16

5.3.4.1 La présentation générale

Le secteur 16 est un service de psychiatrie générale pour adultes. Il dispense les soins de secteur pour le quartier Javel du 15ème arrondissement de Paris. Il comprend deux unités d'hospitalisation : l'unité J, fermée, et l'unité K, ouverte ; ainsi qu'une unité extra-hospitalière localisée dans le 15ème arrondissement de Paris.

En 2014, le secteur avait pris en charge 2 308 patients en soins ambulatoires. Parmi les séjours hospitaliers du secteur en 2014, 162 l'ont été sans le consentement du patient (et 162 en 2013, 154 en 2012).

Ce secteur a comme particularité d'offrir des soins psychanalytiques et des soins en langue des signes. Il accueille ainsi, en hospitalisation comme en soins ambulatoires, des personnes sourdes profondes, pouvant provenir d'un autre secteur géographique. Par ailleurs, dans l'unité J, trois places d'hospitalisations sont réservées prioritairement aux personnes sourdes profondes.

Ce secteur est sous la responsabilité d'un médecin psychiatre chef de service ainsi que d'un cadre supérieur de santé. Chaque unité de ce secteur est coordonnée par un médecin responsable et par un cadre de santé.

L'unité fermée (J) comprend vingt-trois lits d'hospitalisation, tandis que l'unité K en comprend vingt.

En 2014, le taux d'occupation des unités d'hospitalisation était de 83 %.

5.3.4.2 Les locaux

Les unités J et K se situent dans le cœur historique de l'hôpital. Le bâtiment, constitué de trois ailes en forme de « U », s'élève sur deux étages. Les unités sont installées dans les ailes extérieures, parallèles entre elles. Au rez-de-chaussée de l'aile centrale, se trouvent le bureau du chef de service, un secrétariat, le bureau de la cadre supérieur de santé, une salle d'attente et une salle de consultation. Cet espace donne accès, de part et d'autre, aux deux unités.

Les deux unités bénéficient d'une galerie extérieure et d'un grand jardin, accessibles au rez-de-chaussée depuis l'une des cages d'escalier et l'un des salons de détente.

Le jardin de l'unité J est situé entre les trois ailes alors que celui de l'unité K est à l'extérieur. Un lampadaire a été installé dans le jardin de l'unité K pour permettre aux patients de déambuler dans un lieu éclairé la nuit. Les deux jardins sont dotés de cafétérias, petits bâtiments dédiées à des activités thérapeutiques.

Les galeries offrent un espace extérieur abrité. Une rampe permet aux personnes à mobilité réduite de descendre dans les jardins. Des tables et des chaises de jardin sont disposés dans ces espaces extérieurs, ainsi des tables de ping-pong et des baby-foot. Une pelouse, des arbres ainsi que des massifs fleuris ornent les deux jardins.

Les locaux des deux unités ont bénéficié de travaux de rénovation complète en 2004 et, depuis, de travaux de rafraichissement des peintures.

Les aménagements intérieurs de l'unité J et de l'unité K sont différents.

A. Les locaux de l'unité J (unité fermée)

Le rez-de-chaussée, d'une surface de 163 m² comprend notamment :

- l'office et la salle de réfectoire, d'une surface de 27,6 m², où sont disposées quatre rangées de tables, de six places chacune ;
- le bureau infirmier ;
- un salon de détente équipé de fauteuils et d'un téléviseur ;

- un salon de détente donnant accès au jardin, équipé de fauteuils ;
- deux bureaux médicaux ;
- un secrétariat ;
- six chambres, dont deux doubles ;
- une salle de bain aménagée pour les personnes à mobilité réduite contenant une douche et un WC ;
- une salle de douche ;
- une salle de bain avec une baignoire ;
- le bureau du cadre de santé ;
- un local de détente du personnel.

Deux escaliers, situés de part et d'autre de l'unité, et un ascenseur central permettent l'accès aux étages. Lors de la visite, l'ascenseur étant en panne. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette panne, présente depuis un mois, devait être réparée dans la semaine suivant le contrôle. Cette situation mettait en difficulté la prise en charge des personnes à mobilité réduites dans cette unité.

Au premier étage, se distribuent les espaces suivants :

- quatorze chambres, dont une double ;
- une salle de soin et pharmacie ;
- un bureau médical ;
- deux salles de bains équipées d'un lavabo et d'une douche.

Le deuxième étage regroupe :

- un espace laverie équipé d'une machine à laver de linge et d'un sèche-linge ;
- une salle d'activité de 29,3 m² ;
- une salle de bibliothèque pour les patients ;
- un bureau de consultation dédié aux entretiens avec les personnes sourdes profondes ;
- trois autres bureaux dédiés aux médecins.

Le deuxième étage est ouvert aux patients hospitalisés pendant la journée.

Les cloisons ou les portes des bureaux de consultations du rez-de-chaussée et du deuxième étage – hormis le bureau dédié aux entretiens avec les personnes sourdes profondes - sont munis de grandes surfaces vitrées transparentes. Ces cloisons vitrées permettent de voir aisément l'intérieur des bureaux, depuis le couloir. Si certaines ont été obturées partiellement grâce à la pose de bandes blanches horizontales, d'autres n'ont pas de dispositifs permettant d'assurer la confidentialité visuelle de l'intérieur de ces bureaux. Le bureau de consultation dédié aux entretiens en langue des signes bénéficie d'une cloison et d'une porte pleine.

Il a été indiqué que l'ouverture vitrée des bureaux avait été un choix délibéré du service lors de la rénovation de l'unité dans un esprit de décloisonnement entre les patients et les soignants. Le personnel de santé a indiqué aux contrôleurs que cet aménagement permettait aux patients de voir sa présence et d'éviter leur sollicitation lorsqu'il était occupé en entretien et que, par ailleurs, les soignants pouvaient garder un regard sur les espaces communs et mieux connaître les comportements des patients déambulant dans les couloirs. Les patients interrogés par les

contrôleurs à ce sujet n'ont pas formulés de désapprobation concernant l'absence de confidentialité visuelle lors des entretiens dans ces bureaux.

La moitié des chambres est dotée d'un espace sanitaire avec une douche, un lavabo et un WC et les dix autres chambres sont équipées seulement d'un lavabo et de toilettes. Toutes sont dotées d'armoires, d'un fauteuil et d'une table de nuit. A la tête des lits, sont disposés des tubes de néon, une alarme et des prises.

Les portes des chambres sont percées d'un oculus vitré placé à 1,50 m du sol. Afin de préserver leur intimité à la sortie de la douche ou en cas de soins de contention, une serviette de toilette est coincée en haut de la porte afin d'obturer cet oculus et de préserver l'intimité des patients.

Aucune chambre n'est spécifiquement aménagée pour les soins d'isolement et de contention. Il a été indiqué que le mobilier amovible (armoire, table, chaise) est retiré de la chambre lorsque cela est nécessaire (cf. § 6).

Les locaux de l'unité J sont propres dans leur ensemble. Cependant, les surfaces plastifiées des sols présentent un état de vétusté (taches marquées sur le revêtement), particulièrement marqué dans les salles de bains au rez-de-chaussée en raison de problèmes d'évacuation d'eau.

B. Les locaux de l'unité K (ouverte)

Le rez-de-chaussée comprend :

- deux bureaux de consultation médicale ;
- le bureau du cadre de santé ;
- un secrétariat ;
- le bureau de l'assistante sociale ;
- une petite salle de soin occupée par la pharmacie ;
- un salon, ouvert sur le couloir central et donnant accès à la salle à manger, avec des fauteuils et un piano ;
- un salon fermé, avec un téléviseur et des fauteuils ;
- deux chambres doubles et deux chambres à un lit.

La salle à manger, d'une surface de 33 m², est située dans la galerie, fermée de l'extérieur par des baies vitrées.

Au premier étage se trouvent :

- la salle de soin infirmier ;
- neuf chambres dont cinq doubles ;
- une salle de bain équipée d'une baignoire et adaptée aux personnes à mobilité réduite ;
- un espace sanitaire avec toilettes et lavabo, adapté aux personnes à mobilité réduite ;
- une salle de lingerie équipée d'un lave-linge et d'un sèche-linge.

Les chambres sont toutes équipées de placards intégrés ainsi que d'un espace sanitaire avec un WC, un lavabo et une douche. Elles sont par ailleurs dotées de tables de chevet, d'un fauteuil et d'un bloc mural à la tête du lit (avec des tubes de néon, une alarme et des prises).

Aucune chambre n'est aménagée pour les soins d'isolement et de contention.

Les bureaux de l'unité K sont dotés de cloisons et de portes munies de carreaux vitrés et de parties pleines, permettant une relative confidentialité visuelle de l'intérieur des bureaux.

Le deuxième étage de l'unité K n'est pas un espace de circulation des patients hospitalisés. Il comprend des bureaux et locaux dédié au personnel.

5.3.4.3 Les personnels

L'effectif en personnel dédié à la prise en charge des soins d'hospitalisation est le suivant :

	Unité J	Unité K	Personnel commun aux deux unités
Personnel médical	- 1 ETP* de psychiatre, praticien hospitalier - 2 assistants chefs de clinique - 1 interne	- 0,5 ETP* de psychiatre, praticien hospitalier - 1 assistant chef de clinique - 1 interne	Un médecin chef de service temps plein
Psychologue	0	0,5 ETP*	
Infirmier(e)	13 ETP*	11 ETP*	Equipe de nuit : 8 ETP*
Aide-soignant	2 ETP*	3 ETP*	Equipe de nuit : 2 ETP*
Cadre de santé	1 ETP*	1 ETP*	0,5 ETP* cadre supérieur
Assistante sociale	1 ETP*	1 ETP*	
Secrétaire médicale	1 ETP*	1 ETP*	
Agents de service hospitalier	4 ETP*	4 ETP*	

* ETP : équivalent temps plein

L'ajout d'un poste d'interne affecté aux unités d'hospitalisation J et K devait être effectif au mois de novembre 2015.

Il a été indiqué que les effectifs avaient été réduits en 2010.

Le choix a été fait d'affecter préférentiellement les psychologues aux soins ambulatoires (en CMP) plutôt que dans les unités d'hospitalisation ; seul un mi-temps est attribué à l'unité K.

Il a été indiqué que le personnel était stable dans les deux unités et que tous les postes étaient pourvus lors de la visite. Certains membres du personnel sont même présents depuis 20 ans.

Une supervision des équipes par un psychologue du pôle ou du CMP peut être effectuée à leur demande.

Dans l'unité J (fermée), les équipes sont constituées, le matin, d'au moins quatre soignants (trois infirmiers et une aide soignants, ou quatre infirmiers) et, l'après-midi, d'au moins trois infirmiers avec la présence ou non d'un aide-soignant.

Dans l'unité K (ouverte), cinq infirmiers se répartissent ainsi : deux le matin, deux l'après-midi et un assurant un horaire intermédiaire entre le matin et l'après-midi ; à cet effectif s'ajoute un aide-soignant, le matin et/ou l'après-midi, de façon non permanente.

La nuit, les équipes sont constituées d'au minimum un infirmier et un aide-soignant dans chaque unité.

Lorsqu'un patient est accompagné à l'extérieur des unités pour un examen médical ou pour se rendre à l'audience devant le juge, il est accompagné par des aides-soignants communs au pôle « 15ème arrondissement », dédiés à l'accompagnement des patients à l'extérieur de leur unité.

5.3.4.4 Les patients

Lors de la visite, les unités J et K présentait l'occupation de patients et les caractéristiques suivantes :

	Unité J	Unité K
Nombre de lits	23	20
Nombre de patients hospitalisés	23 dont 12 hommes et 11 femmes	15 dont 4 hommes et 11 femmes
Nombre de patient placé en « isolement thérapeutique »	1	0
Nombre de patient admis en ASPRE	3 femmes	0
Nombre de patients admis en ASPDT	16 dont 11 femmes et 5 hommes	1
Nombre de patients admis en soins libres	4	14

Durée de la plus longue hospitalisation	- en soins libres : 2 mois - en ASPDRE : 4 ans et 8 mois - en ASPDT : 1 an et 1 mois	- en soins libres : 2 mois - en ASPDT : 10 jours
Nombre de patients pouvant faire des sorties accompagnées de moins de 12 heures	3	-
Nombre de patients pouvant faire des sorties non accompagnées de moins de 48 heures	5	1
Nombre de patients en programme de soin	15	1
Age du patient le plus âgé	70 ans	82 ans

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients admis en soins libre dans l'unité fermée (J) l'étaient à leur demande car ils souhaitaient être hospitalisés dans cette unité où ils connaissaient bien les équipes ou parce qu'ils présentaient une surdité profonde.

Etant donné le taux d'occupation des unités d'hospitalisation (83 % en 2014), il a été indiqué que des séjours devaient parfois être écourtés par rapport au projet de sortie initialement souhaité. Lorsqu'une hospitalisation de secteur est nécessaire et que les unités sont pleines, le principe est l'affectation du patient le plus stable de l'unité J vers l'unité K, pour accueillir le nouvel arrivant dans l'unité J, ainsi que la sortie d'un patient de l'unité K dont le projet de sortie est le plus abouti. Il est ainsi parfois nécessaire de précipiter la sortie d'un patient de l'unité K avec, cependant, un relais « post-hospitalisation » à la policlinique du pôle ou en post-cure. Il a par ailleurs été précisé qu'il n'y avait pas de délais d'attente pour les hospitalisations libres relevant du secteur.

Par ailleurs, les patients hospitalisés sous contrainte à l'unité K et présentant un état pathologique instable, susceptibles de nécessiter des soins de contention, sont transférés à l'unité J.

5.3.4.5 Le fonctionnement

A. L'admission dans le bâtiment

Les patients sont accueillis dans les chambres des unités par un infirmier.

Lorsque l'état clinique du patient le permet, un inventaire de ses affaires personnelles est effectué. Cet inventaire est signé par le soignant ainsi que par le patient. Il est conseillé au patient de ne pas garder dans sa chambre des objets de valeur et de déposer les valeurs monétaires importantes à la caisse centrale de l'hôpital et les objets de valeur courante (petite monnaie, ordinateur), dans le coffre des salles de soin. Les placards et armoires des chambres sont dotés de loquets permettant leur fermeture par un cadenas que les patients peuvent acheter. Il a été indiqué aux contrôleurs que des cadenas pouvaient être prêtés par le service.

En principe, les patients admis en hospitalisation dans le secteur 16 restent habillés avec leurs vêtements personnels. Dans l'unité J, il a été indiqué que certains patients revêtaient le pyjama de l'hôpital lorsqu'ils nécessitaient des soins de contention. Lors de la visite, les contrôleurs ont vu deux patients (sur vingt-trois) ainsi vêtus - en général avec des pyjamas mal ajustés - se promener dans les parties communes de l'unité.

Il a été indiqué qu'un stock de vêtements est à disposition dans l'unité pour les patients arrivés sans leurs vêtements personnels.

Après l'inventaire de ses affaires, le patient bénéficie du bilan somatique d'arrivée par l'infirmier (prise des constantes, prise de sang pour les examens biologiques standards d'entrée...).

Le livret d'accueil de l'hôpital lui est remis ainsi qu'une information sur l'organisation du service.

L'accueil se termine par un entretien infirmier.

Le patient bénéficient ensuite d'un entretien avec un médecin psychiatre (du service la journée ou par un interne de garde la nuit).

L'examen médical somatique du patient à son arrivée est effectué par un interne.

B. La vie quotidienne

- ✓ Information des patients

En dehors des informations données à l'arrivée des patients par l'infirmier et du livret d'accueil de l'hôpital qui leur est remis, les patients peuvent consulter les tableaux d'affichages disposés dans le couloir au rez-de-chaussée des unités. Dans les deux unités, ces tableaux affichent le règlement intérieur des unités ainsi que des affiches présentant la maison des usagers, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), l'identitovigilence, les indicateurs de qualité de l'hôpital, les tarifs des prestations hospitalières et la prévention des risques de vols.

Le règlement intérieur de l'hôpital est disponible pour consultation dans les bureaux des cadres de santé. Il a été indiqué que les patients ne demandaient jamais à le lire. D'autres informations formalisées dans des dépliants communs à l'hôpital tels que la personne de confiance, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), l'accès au dossier patient ou l'aumônerie, sont délivrées par les cadres de santé aux patients de façon non systématique, en fonction du besoin et de la compréhension des patients. Par ailleurs, a-t-il été précisé, l'information orale est privilégiée pour accompagner les supports écrits formalisés.

✓ Les règles et rythme de vie

Les règles de vies sont indiquées dans les règlements intérieurs de chaque unité. Ces derniers, affichés au rez-de-chaussée de chaque unité, présentent l'équipe de soin, indiquent les modalités de gestion des effets personnels, d'envoi du courrier, d'utilisation des téléphones portables, d'utilisation du téléviseur commun, l'interdiction de garder des traitements personnels et boissons alcoolisées pendant l'hospitalisation, l'interdiction de fumer dans les locaux communs, les horaires de repas et de visite.

La journée est rythmée par les repas.

Une horloge est disposée dans les salons de détente.

✓ Les changements de chambre et d'unité

Dans l'unité J, quelques patients se sont plaints aux contrôleurs de changements de chambre fréquents. Ce fait a été confirmé par le personnel précisant que ces déplacements étaient nécessaires afin d'affecter les patients les moins stables cliniquement ou les patients nouvellement admis à proximité du bureau de soins au premier. Il a par ailleurs été indiqué que, dans la mesure du possible, ces mouvements étaient anticipés de quelques heures mais que, parfois, l'urgence d'une admission ou d'un soin nécessitait de demander à un patient de changer rapidement de chambre.

Les changements d'unité d'hospitalisation entre la J et la K sont décidés en équipe, et prescrits et annoncés aux patients par les médecins.

✓ L'hygiène corporelle

Chaque chambre est équipée d'au moins un lavabo surmonté d'un miroir et de toilettes. Il a été indiqué que les éléments d'hygiène suivants sont fournis aux patients qui le nécessitent :

- rasoir ;
- dentifrice et brosse à dents ;
- gant et serviette de toilettes ;
- protection hygiéniques pour les femmes ;
- peigne et brosses à cheveux ;
- slip à usage unique.

✓ L'entretien du linge personnel

Un lave-linge et sèche-linge est à disposition dans chaque unité, uniquement pour les patients dépourvus de ressources ou n'ayant pas de possibilité de sortie ni de visite. En principe, les patients doivent faire laver leur linge par leur famille ou se rendre dans une laverie à l'extérieur de l'hôpital, dans le cadre de sortie.

✓ La restauration (collations sur prescription)

Les repas sont servis à 8h, 12h et 19h. Le service est effectué à table, dans les salles de réfectoire collective de chaque unité ou dans les chambres lorsque l'état clinique du patient le nécessite.

La salle de restauration de l'unité J est étroite (27 m²) au regard du nombre de patients qui y prennent leur repas. Lors de la visite, les contrôleurs ont pu assister à un repas du soir où vingt patients sont venus se restaurer (les trois autres étaient servis dans leur chambre).

Il a été indiqué que les repas étaient parfois servis dans les jardins des unités lorsqu'il faisait beau temps.

Les patients peuvent garder dans leur chambre des denrées alimentaires non périssables et ont un petit réfrigérateur à disposition dans la salle de restauration pour déposer des aliments à garder frais (notamment les boissons). Par ailleurs, l'activité « cafétéria » des unités permet aux patients d'acheter quelques boissons et sucreries dans la journée. Les prises alimentaires en dehors des repas servis sont néanmoins surveillés par les soignants et limités en cas de consommation excessive.

Lorsque cela est médicalement prescrit, certains patients bénéficient de collation supplémentaire l'après-midi.

- ✓ L'accès au tabac

Les patients ont la possibilité de fumer dans les espaces extérieurs abrités des galeries ou dans les jardins. Ces espaces sont accessibles la journée, jusqu'à 23h à l'unité J et toute la nuit à l'unité K.

A l'unité J, les paquets de cigarettes et briquets sont consignés dans le bureau des infirmiers du rez-de-chaussée. Pour fumer, les patients demandent aux soignants leurs cigarettes et de les allumer. Ce système a été mis en place suite à un incendie dans le service, qui avait été provoqué par un patient. Par ailleurs, les patients isolés sont accompagnés par les soignants pour fumer dans le jardin.

A l'unité K, les patients gardent avec eux cigarettes et briquets.

L'achat du tabac est effectué soit par les familles, soit par les patients eux-mêmes lorsqu'ils ont la possibilité de sortir (accompagnés ou non), soit par les soignants lorsque les deux premières solutions ne sont pas possibles.

Dans l'unité J, les contrôleurs ont observé que les patients demandaient fréquemment ce service aux soignants. La réponse alors donnée était que cela serait fait dans la journée, sans indication précise de l'heure à laquelle le soignant exécuterait cette tâche.

La prise en charge des personnes sourdes profondes

Le secteur 16 offre une prise en charge dédiée aux personnes sourdes profondes grâce un personnel formé à la langue des signes et admet, à titre particulier, des personnes sourdes profondes de tout secteur géographique.

Un médecin et un éducateur affectés à leur prise en charge, interviennent en intra et extra-hospitalier. Selon les informations recueillies, un infirmier, lui-même sourd profond, serait prochainement recruté pour compléter.

Sur la base du volontariat, une partie du personnel des unités hospitalières est formée à haut niveau à la langue des signes. Par ailleurs, la signalétique des unités d'hospitalisation a été adaptée pour les patients sourds profonds.

C. La communication avec l'extérieur

✓ Les visites

Les visites des familles peuvent avoir lieu de 14h à 19h. Les familles peuvent rencontrer les patients dans leur chambre ou dans les parties communes, notamment les jardins, assez vastes pour permettre une relative intimité. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis à l'intérieur des unités mais les visites avec des enfants peuvent s'effectuer dans un bureau de l'aile reliant les unités J et K.

Le secteur administratif intermédiaire situé entre les unités J et K permet à l'équipe de soin de recevoir les familles en dehors des zones d'hospitalisation.

En principe, aucun patient n'a d'interdiction de visite, sauf sur prescription médicale et après discussion en équipe. Lors du contrôle, un patient à l'unité J, bénéficiant d'une prescription de soins de contention séquentielle (interrompus à plusieurs reprises dans la journée), ne pouvait pas bénéficier de visite pendant les temps de contention.

✓ Le téléphone

Les téléphones portables ne sont, en principe, pas interdits. Il a été indiqué qu'ils pouvaient être retirés à un patient ou restreints d'accès lorsque l'état clinique le nécessitait (comme par exemple lors des mise en contention ou isolement). Cependant, il a été mentionné que la présence de téléphones portables munis d'un appareil photo posait le problème de la publication des images de patients hospitalisés, sur des réseaux sociaux.

Pour les personnes ne bénéficiant pas de leur propre téléphone, des combinés téléphoniques sont disposés dans les couloirs des deux unités, au rez-de-chaussée et au premier étage. Ces appareils sont accrochés aux murs des couloirs, sans cabine. Les appels, émis ou reçus depuis les postes des soignants, sont redirigés vers ceux du couloir ou vers un téléphone sans fil du service. Ainsi, a-t-il été indiqué, l'appareil sans fil permettait aux personnes qui le souhaitent de téléphoner dans l'intimité de leur chambre.

✓ L'accès à internet et matériel informatique

Les chambres des patients ne permettent pas l'accès à internet et aucun système wifi n'est installé pour les patients dans le service. Ces derniers peuvent avoir accès à internet depuis les postes des bureaux des professionnels en étant accompagnés par un soignant pendant leur navigation.

Les patients munis de téléphones portables ayant accès à internet n'ont pas de restriction concernant cette utilisation (en dehors d'une prescription spécifique si l'état clinique du patient le justifie).

Les patients peuvent garder avec eux leur matériel informatique personnel (ordinateur ou tablette). Cependant, en raison des risques de vol, il leur est conseillé de déposer ce matériel dans le coffre de l'unité.

✓ Le courrier

Le courrier à expédier est remis au personnel du service qui le transmet au vaguemestre de l'hôpital. Le patient doit affranchir son courrier personnel. Il a été indiqué que du papier, des crayons et des enveloppes étaient fournis aux patients.

A l'unité J, il a été indiqué que les courriers et colis reçus par les patients étaient ouverts en présence d'un personnel de santé.

D. Les activités

✓ L'accès à l'extérieur :

Le règlement intérieur indique que l'accès au jardin était possible jusqu'à 23h, à l'unité J le soir. A l'unité K, le jardin est accessible jour et nuit.

Ces beaux jardins sont un atout pour les unités, notamment pour l'unité J dont l'espace intérieur est contraint. Les contrôleurs ont pu observer que de nombreux patients s'y rendaient.

Lors de la visite dans les deux unités, les galeries extérieures, les jardins et les cafétérias des unités étaient les lieux de convivialité et de détente les plus utilisés par les patients.

✓ Les salles de détentes et bibliothèque:

Dans l'unité fermée, les salles de détentes sont petites (8 m² et 11 m²). Dotées de fauteuils et d'un téléviseur, elles étaient peu utilisées lors de la visite. La bibliothèque, située au deuxième étage, est ouverte toute la journée. Les livres entreposés proviennent essentiellement de dons.

Dans l'unité ouverte, le salons de détente ouvert sur le couloir offre la possibilité de jouer au piano et est doté d'étagères contenant livres, magazines et jeux de société.

La bibliothèque pour tous (cf. § 4.4.3), passe une fois par semaine dans les unités et offre par ailleurs aux patients la possibilité d'une lecture variée.

✓ Les activités dans les services et les sorties.

Au sein des unités, les activités sont essentiellement organisées et animées par les infirmiers, en fonction de leur disponibilité.

La principale activité est l'animation des cafétérias se trouvant dans les jardins de chaque unité, financées par l'association du service (cf. § 3.9). Ces petits bâtiments sont aménagés d'un petit bar, d'équipements électroménagers de cuisine, d'étagères où est notamment entreposé du matériel d'activité manuel, de tables et de chaises. Les cafétérias sont ouvertes généralement deux heures, l'après-midi. Les patients peuvent y acheter des boissons ou des sucreries. Il a été indiqué que ce lieu permettait notamment des moments de convivialité, de discussion informelle entre patients et soignants, l'éducation à la valeur de l'argent, l'écoute musicale, la pratique d'activités manuelles ou de cuisine.

Pour le reste, les activités proposées par les infirmiers sont principalement de la cuisine ou du chant, les week-ends.

Il a été indiqué que, pendant l'année scolaire, les stagiaires psychologues animaient des ateliers de musique (écoute, pratique des instruments).

Il n'y a aucune intervention d'ergothérapeute ni de psychomotricien dans l'unité.

En dehors des soins spécifiques de rééducation individuelle, aucune activité physique n'est proposée aux patients.

Des sorties extérieures sont organisées en commun entre les deux unités ; en 2015, une sortie au musée a ainsi été effectuée. L'inscription d'un patient à ces sorties relève d'une prescription médicale.

Plusieurs patients rencontrés par les contrôleurs ont fait part de leur mécontentement concernant le manque d'activité proposé dans le service.

E. Les soins

Quotidiennement les équipes de soin se réunissent avec l'ensemble de l'équipe (hormis le personnel de nuit), et entre infirmiers et aides-soignants en début d'après-midi et à 21 heures. Par ailleurs, les équipes de soin de chaque unité se réunissent une fois par semaine pour des réunions de synthèses clinique.

Des différents entretiens menés par les contrôleurs, il apparaît que les décisions concernant les patients sont « discutées en équipes » et que les échanges sont nombreux et fluides entre les médecins, les infirmiers et les aides-soignants.

Les soins sont consignés dans un dossier médical papier.

- ✓ Les soins infirmiers

Si les contrôleurs ont observé que les soignants adoptaient toujours une attitude d'écoute bienveillante vis-à-vis des patients, ils ont néanmoins remarqué, à l'unité J, que les infirmiers et aides-soignants étaient souvent occupés et ne pouvaient pas toujours répondre aux nombreuses sollicitations des patients. L'effectif de trois ou quatre soignants durant la journée, pour s'occuper des vingt-trois patients, semble être insuffisant au regard des soins nécessaires car ces personnes, dans la grande majorité, sont hospitalisés sous contrainte et présentent des pathologies lourdes. Ainsi, lorsqu'un patient est dans état d'agitation à contenir, deux ou trois soignants peuvent être occupés par ses soins, au détriment de la prise en charge des autres. Il a néanmoins été mentionné que les infirmiers avaient du temps pour effectuer, chaque jour, des entretiens individuels avec les patients.

Plusieurs patients de l'unité J rencontrés par les contrôleurs ont regretté ce manque d'effectif en mentionnant que les infirmiers n'étaient pas assez nombreux et disponibles ou encore que leur séjour était *« l'école de la patience.... ».* Par ailleurs, il a semblé aux contrôleurs que la configuration de l'unité J, où les patients voient l'intérieur des bureaux infirmiers et médicaux depuis les espaces communs, était propice à exacerber l'impatience des ceux qui attendent des entretiens et voient les soignants s'occuper d'autres personnes ou être affairés à d'autres tâches. Plusieurs patients ont mentionné des jalousies entre patients concernant les entretiens individuels, d'autres ont ajouté que les soignants passaient « *tout leur temps en transmissio*n ».

✓ L'accès au psychiatre

Chaque patient a un médecin référent dès son hospitalisation et bénéficie de plusieurs entretiens avec son psychiatre chaque semaine. Les entretiens des psychiatres s'effectuent majoritairement en présence d'autre personnel (infirmier, aide-soignant, stagiaire....).

Lorsqu'un patient souhaite changer de psychiatre référent, la décision de changement de médecin est discutée et décidée en équipe.

✓ La dispensation des médicaments

Au sein de chaque unité, la délivrance des traitements médicaments est effectuée par les infirmiers dans des salles contenant la pharmacie. Les patients sont conviés à s'y rendre au moment des repas (avant ou après, selon le repas).

Les contrôleurs ont assisté à la distribution des traitements de l'unité J après un repas du soir. Cette distribution a eu lieu dans une ambiance sereine et respectueuse où les patients venaient, au fil de l'eau, s'entretenir avec les infirmiers et prendre leurs médicaments. Les traitements de nuits sont distribués par l'équipe de nuit. Ceux par injections sont effectués au lit du patient.

✓ L'isolement et la contention

Seule l'unité J (fermée) pratique des soins de contention et d'isolement. Il a été indiqué que ces soins, toujours prescrits par un médecin et discutés en équipe, le sont souvent de façon séquentielle.

Aucune chambre n'étant spécifiquement aménagée pour effectuer des soins intensifs ou des soins d'apaisement et les meubles des chambres sont retirés lorsqu'il est nécessaire d'isoler une personne. Par ailleurs, il a été indiqué que l'architecture de l'unité construite sur deux étages engendrait probablement plus d'indication d'isolement, notamment la nuit, étant donné l'impossibilité de surveiller tous les patients de façon constante. Plusieurs personnels ont ajouté que les chambres de certains patients étaient fermées la nuit, soit à leur demande, soit pour éviter que certains aillent errer dans la chambre des autres, soit parce qu'ils présentaient des agitations nocturnes. Enfin, l'effectif de trois à quatre infirmiers, la journée, dans l'unité J, semble participer au manque d'alternative aux soins d'isolement ou de contention.

Comme dans tout l'établissement, aucun relevé global et anonyme ne permet d'évaluer les pratiques de contention et d'isolement « thérapeutique » du secteur 16.

5.4 Le pôle 16ème arrondissement

5.4.1 Présentation générale

Le pôle 16ème arrondissement couvre deux secteurs (17 et 18) et offre des soins psychiatriques à une population de 182 744 habitants.

Ce pôle comprend :

- deux unités d'hospitalisation de psychiatrie générale réparties chacune dans les secteurs 17 et 18 ;
- deux unités d'hospitalisation à temps partiel pour les secteurs 17 et 18 ;

- un service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ;
- un service d'évaluation psychiatrique de la personne âgée ;
- quatre centres médico-psychologiques (CMP) ouverts du lundi ou vendredi de 9h à 20h;
- deux hôpitaux de jour (HDJ).

Par ailleurs, deux médecins psychiatres et quatre infirmiers du pôle assurent des permanences au service d'accueil d'urgence (SAU) de l'hôpital Ambroise-Paré.

Selon les propos recueillis, les unités d'hospitalisation ne sont pas confrontées à une suroccupation car il existe de nombreuses alternatives à l'hospitalisation comme l'accueil familial thérapeutique (AFT) et l'hébergement thérapeutique. Il n'existe pas non plus de délai d'attente pour consulter en CMP ; les patients sont accueillis en premier lieu par du personnel infirmier qui évalue le degré d'urgence avant de les adresser au médecin.

Il est prévu que les pavillons abritant les unités d'hospitalisation des deux secteurs d'hospitalisations soient transférés dans un bâtiment rénové.

5.4.2 Le secteur 17

5.4.2.1 Présentation générale

Le secteur 17 se trouve réparti dans deux bâtiments anciens dits « historiques », formant un angle droit, chaque bâtiment correspond à une unité et dispose d'un grand jardin. Comme l'ensemble du pôle « 16ème arrondissement », le secteur 17 doit donc être transféré dans un bâtiment rénové dans quelques mois.

Les patients viennent du sud du 16ème arrondissement de Paris.

Le pavillon E est une unité ouverte, occupée au rez-de-chaussée par l'hôpital de semaine (quatre lits) et au premier étage par l'hospitalisation de finalisation des projets, la préparation à la sortie (seize lits) ; en cas de besoin, des admissions peuvent toutefois y être effectuées.

Le pavillon F est une unité fermée qui comprend : au rez-de-chaussée, l'unité de soins intensifs (USI - cinq lits et un lit en chambre de soins renforcés) et, à l'étage, dix-sept lits d'hospitalisation.

5.4.2.2 Les locaux

L'entrée du secteur 17, située à l'angle des deux bâtiments, donne accès aux deux unités. Lors de la visite des contrôleurs, cette porte était constamment fermée en raison des dispositions du plan « Vigipirate », un agent en assurait l'ouverture sur appel par une sonnette. Le bureau de la cadre supérieure de santé est installé au rez-de-chaussée du pavillon F à l'unité.

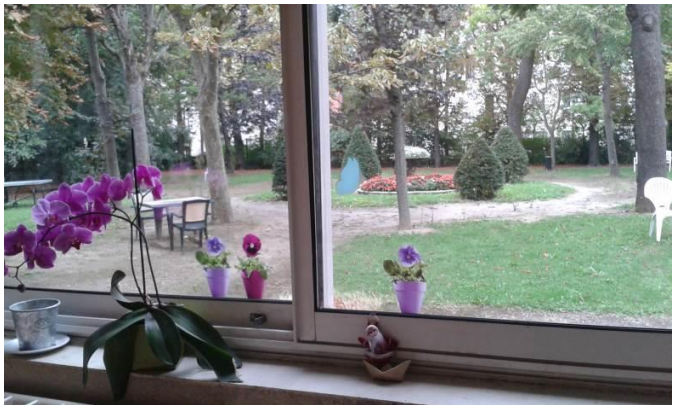
Bien que les bâtiments soient anciens, leur état général ne présente pas un aspect dégradé, ni à l'extérieur, ni à l'intérieur. Ils ont été réhabilités, les sols et les murs ont été rénovés ainsi qu'une partie des lavabos et de la robinetterie, de même que les éclairages.

Les chambres sont éclairées par des fenêtres équipées de chaînes de sécurité extérieures, de double vitrage et de rideaux-stores extérieurs commandés manuellement. Des petites chaînes, fixées à l'extérieur de la fenêtre, empêchent l'ouverture pour éviter les fugues.

Une chambre de l'unité 17-F

On y trouve : un lavabo avec mélangeur et miroir, une table et une chaise confortable, une armoire pouvant être fermée par un cadenas personnel, un coffre avec code dans l'armoire. Les règles de vie de l'unité sont affichées sur l'armoire. Toutes les chambres, comme tous les locaux, sont équipées d'un bouton d'appel, dont il a été dit aux contrôleurs qu'il s'agissait d'un système anti-agression et non destiné aux patients.

Les jardins confèrent aux patients un bel espace de nature car les arbres sont élevés et l'ensemble bénéficie d'un bon entretien.



La galerie et le jardin de l'unité 17-E

Le jardin de l'unité F est bordé sur deux côtés par des grillages longeant les rues internes du centre hospitalier. La relative sérénité qui y règne provient en partie des espaces d'herbe vallonnés, des bacs de fleurs, des arbustes et des grands arbres qui s'y trouvent. Le mobilier de jardin est constitué de vingt-deux chaises en plastique et cinq tables, il est complété par deux tables de ping-pong.

Le jardin de l'unité E est identique dans son aspect et son équipement mais il dispose d'une galerie couverte qui longe le bâtiment et qui est équipée d'un long banc permettant aux patients de séjourner à l'air libre même en cas d'intempéries.

Le pavillon E

Le réfectoire (37,49 m²), en galerie le long du jardin, est long et étroit. Six tables, chacune avec quatre chaises, sont placées sous les fenêtres. L'ensemble est coquet et fleuri.

Au rez-de-chaussée se trouvent sept bureaux pour les médecins et les soignants. Une salle de télévision de 12,31 m², une salle de détente de 10,45 m², les quatre chambres individuelles de l'hôpital de semaine, un local sanitaire avec des WC et une douche, ainsi qu'une salle de bains avec baignoire y sont également situés.

On accède aux étages par un escalier central ou par un ascenseur.

Au premier étage, le bureau infirmier (11,17 m²) est en position centrale, face à l'escalier. Les chambres comprennent cinq chambres à un lit (8 m² en moyenne), deux chambres à deux lits (11,80 m²), deux chambres à trois lits (20,56 m²), dont l'une était vide lors de la visite des contrôleurs, et une chambre d'apaisement de 8,58 m². Cet étage comprend également une salle détente de 11 m², bien équipée, et la pharmacie.

Au deuxième étage, les locaux sont mansardés ; ils comprennent : une salle de réunion de 29,53 m², un bureau de psychologue et un bureau médical, les vestiaires du personnel avec sanitaires et douches, un bureau central destiné aux assistantes sociales, une grande salle polyvalente de 53,26 m², avec un piano, meublée de chaises et de tables ; depuis cette salle, on accède au fond à l' « espace corporel » ou salle kiné (28,72 m²) où des vélos et appareils de musculation sont installés. Ces locaux d'activités sont mutualisés entre les deux unités.

Le pavillon F

Le hall d'entrée, qui sert aussi de salle d'attente, est équipé de sièges. Il dessert une salle de repas et de détente semblable à celle du pavillon E. Une double porte donne accès au jardin.

La salle de soins et de pharmacie (13,40 m²) est située à l'entrée de l'aile d'hospitalisation, elle est dotée de vitrages pour permettre le contrôle des mouvements. Suivent une salle de détente du personnel, le bureau de la cadre de santé, deux bureaux et un local de réserve.

On accède ensuite à l'USI avec :

- à droite, une salle de télévision et de repas (14,34 m²) - une double porte ouvre sur le jardin – et le bureau des infirmiers (12,52 m²), vitré sur le couloir ;
- à gauche, une chambre d'apaisement (9,44 m²) à un lit, deux chambres (11,20 m²) à deux lits et une chambre de contention (9,54 m²) sans mobilier hormis le lit scellé au sol.

Un local contient deux WC, dont un pour les personnes à mobilité réduite (PMR), et un lavabo ; une salle d'eau avec douche et lavabo est située près du bureau des infirmiers et en face : une salle de bains avec baignoire.

A l'étage, accessible par un escalier ou un ascenseur, se trouve l'unité d'hospitalisation. Les locaux comprennent un bureau infirmier (9,43 m²) en position centrale. Autour du couloir de

circulation, sont réparties : six chambres à un lit (dont les surfaces vont de 8 m² à 10,73 m²), trois chambres à deux lits (9,16 m², 10,73 m² et 17,64 m²) et une chambre à trois lits (19,99 m²). Un local sanitaire, de 4,76 m², au centre de l'étage, contient une douche, un lavabo et un WC, convenant aux PMR. A une extrémité, les locaux comprennent une salle de bains avec baignoire et, à l'autre extrémité, une pièce ~~local~~ avec deux WC, une douche et un lavabo.

Au deuxième étage, dans des salles mansardées, sont installés :

- quatre bureaux pour les psychologues, les externes, le cadre administratif ;
- une salle d'ergothérapie (27,21 m²) très bien équipée ;
- les vestiaires du personnel ;
- une grande salle d'ergothérapie (56,71 m²) permettant de tenir des réunions et de conduire des activités ;
- un entrepôt.

L'ensemble des locaux des deux unités, malgré une certaine vétusté, est propre et en bon état.

5.4.2.3 Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, les caractéristiques des patients des unités du secteur 17 étaient ainsi présentées :

	Unité E	Unité F
Nombre de lits	20	23
Nombre de chambres d'isolement	Une chambre d'apaisement	1
Nombre de patients hospitalisés	5 hommes 6 femmes	9 hommes et 8 femmes
Nombre de patients placés en chambre d'isolement	1 ASPDT en apaisement	Une femme en ASPDT
Nombre de patients en ASPRE	1 homme et 1 femme	3 hommes
Nombre de patients en ASPDT	1 homme et 1 femme	6 hommes et 5 femmes
Nombre de patients en soins libres (SL)	3 hommes et 2 femmes	2 hommes
Durée de la plus longue hospitalisation en SL	1 mois	3 semaines
Durée de la plus longue hospitalisation en soins sans consentement	9 mois 1/2 en ASPDRE	2 mois en ASPDT
Age du patient le plus âgé	67 ans	86 ans
Age du patient le plus jeune	29 ans	20 ans

Au pavillon F, les patients sont décrits comme étant principalement psychotiques, schizophrènes, bipolaires ou présentant de graves troubles de la personnalité.

Ils sont adressés par des services d'accueil d'urgence (SAU), le centre médico-psychologique (CMP), l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) ou, depuis leur domicile, par un médecin de ville.

La particularité du pavillon E concerne l'hôpital de semaine qui accueille des patients pour des hospitalisations courtes, avec le week-end à domicile. Il s'agit d'investigations, de diagnostics, de réajustements de traitements, d'hospitalisations séquentielles ou de concentrations d'examens divers.

5.4.2.4 Le personnel

Le secteur 17 est considéré comme difficile, ce qui génère une rotation importante du personnel.

Chaque unité est dirigée par un médecin psychiatre praticien hospitalier secondé par un médecin assistant et par un interne, auxquels s'ajoutent éventuellement des externes.

Un cadre supérieur de santé dirige l'ensemble du personnel soignant des deux unités et un cadre de santé encadre chaque unité.

Un agent d'accueil et deux secrétaires constituent l'équipe administrative.

A l'unité F, pour la journée, l'effectif comporte onze infirmiers et quatre aides-soignants et pour la nuit : six infirmiers et quatre aides-soignants. Le minimum de sécurité est établi à sept personnes en jour et en semaine (six le week-end) et deux personnes la nuit.

A l'unité E, l'effectif comporte dix infirmiers et quatre aides-soignants en journée et, la nuit, le service est commun avec l'unité F. Le minimum de sécurité est établi avec trois personnes le matin et trois l'après-midi, et le week-end, cinq personnes en journée.

Les agents de service hospitalier sont au nombre de dix pour tout le secteur.

Quatre psychologues et deux ergothérapeutes travaillent à la fois en intra et en extra-hospitalier. Trois assistantes sociales sont affectées sur l'ensemble du secteur.

Une réunion de synthèse a lieu chaque semaine avec l'équipe médicale, un ou deux soignants, les assistantes sociales, psychologues et ergothérapeutes. Les cas de tous les patients sont examinés. Chaque matin, une réunion de *staff* se déroule pour effectuer les transmissions avec l'équipe médicale et les soignants présents.

5.4.2.5 Le fonctionnement

A. La vie quotidienne

Selon les propos recueillis, les pratiques sont uniformisées pour l'ensemble du pôle « 16ème arrondissement ». Seuls les patients de l'USI, à l'unité F, sont astreints au port des pyjamas.

Les autres patients circulent sans contrainte dans les services. Il n'est pas apparu de tensions durant la visite des contrôleurs.

Les procédures d'admission ont toujours été faites dans d'autres unités avant d'arriver au pavillon F.

Les menus et la charte du patient hospitalisé sont affichés.

Tous les patients bénéficient de visites qui se déroulent soit dans les chambres soit dans le jardin. Au pavillon E, il peut être décidé d'une limitation des visites pour certains patients violents.

Le téléphone portable personnel est autorisé pour tous les patients, sauf à l'USI, où le téléphone personnel est retiré ; les malades peuvent toutefois utiliser un téléphone sans fil mis à leur disposition. Ordinateurs et internet ne sont pas interdits.

Les sorties sont organisées sur prescription médicale pour les patients sous contrainte.

Le principe de la personne de confiance n'est pas en vigueur formellement dans les services, mais les soignants ont le souci constant d'avoir un interlocuteur proche du patient.

Le tabac est autorisé dans un créneau horaire déterminé, le matin et l'après-midi dans le jardin, ainsi qu'une demi-heure en soirée. Les patients gèrent leur consommation. Des *patchs* peuvent être proposés à certains, notamment à ceux qui sont placés en contention. Pour pallier les risques d'incendie, les briquets sont retirés durant la nuit.

Les repas sont servis à 8h30 pour le petit déjeuner, à 12h20 pour le déjeuner et à 18h45 pour le dîner. Un goûter peut être servi mais il n'est pas systématique ; de même, une collation est possible en soirée. Les repas sont pris dans les salles de repas qui sont climatisées, ou, éventuellement, dans le jardin.

B. Les activités

Le secteur 17 bénéficie d'activités nombreuses :

- un partenariat est en place avec le musée du Louvre, des conférences et des visites sont organisées avec des animateurs formés ;
- le sport est pratiqué le mardi matin durant une heure au gymnase rue Broussais avec des soignants ;
- divers autres sports peuvent être pratiqués : tennis, piscine ;
- la zumba se déroule le lundi de 17h à 18h ;
- un groupe d'écriture fonctionne ;
- un soignant conduit une activité de « musicoplume » ;
- d'autres activités sont menées selon les patients : le chant, la peinture, la pâtisserie.

Des sorties peuvent être organisées également à raison d'une ou deux au bord de la mer chaque année, ou au cinéma.

C. Les soins

Pour les soins somatiques, les prises en charge ne posent pas de problème avec les trois médecins généralistes qui œuvrent au sein du centre hospitalier. Leur visite est systématique pour la mise à l'isolement.

L'effectif des médecins psychiatres est au complet. Il n'a pas été fait état de difficultés.

Le changement de médecin est très rare mais il reste possible ; l'examen des demandes est effectué en réunion de synthèse, la réponse n'est pas immédiate mais elle peut être positive en cas d'insistance.

La distribution des médicaments se déroule avant chaque repas à la pharmacie en file indienne ; ce fonctionnement devrait évoluer dans le nouveau bâtiment vers une distribution au lit du patient pour plus de confidentialité.

La chambre d'isolement de l'unité F n'a pas été visitée car elle était occupée à la date de la visite. Aucun registre ne permet toutefois de tracer les mises à l'isolement ou en contention qui ne le sont que dans le dossier du patient. La surveillance fait l'objet d'un suivi, comme en attestent les fiches établis par les soignants.

5.4.3 Le secteur 18

5.4.3.1 Présentation générale

Le secteur 18 couvre le nord du 16ème arrondissement et comprend une unité fermée (UF4) de vingt lits (dont un lit en chambre de soins renforcés), une unité d'hospitalisation à temps plein (de neuf lits dont deux lits pour adolescents et un lit en chambre de soins renforcés) et une unité d'hospitalisation de semaine (de dix lits). Lors de la visite des contrôleurs, cette unité était fermée depuis le 15 août 2015 et n'ouvrait à nouveau qu'à partir du 7 septembre 2015. Les contrôleurs se sont donc plus particulièrement intéressés à l'unité fermée d'hospitalisation complète.

5.4.3.2 L'unité fermée UF 4

Cette unité d'hospitalisation complète est une unité d'admission prenant en charge principalement des patients souffrant de psychose hallucinatoire chronique ou de schizophrénie résistante au traitement en cours. Bien souvent, ces patients sont admis en phase aiguë de leur pathologie et sont adressés par le SAU de l'hôpital Ambroise-Paré, par les structures extra hospitalières ou par le CPOA. Il convient de préciser que cette unité fermée accueille des patients en soins sans consentement mais également des patients en soins libres.

A. Les locaux

L'unité fermée, d'une superficie de 684 m², est située au quatrième étage d'un bâtiment vétuste. Cette unité ne bénéficie d'aucune cour depuis la construction d'un parking, il y a une quinzaine d'années. Elle est accessible par un ascenseur qui conduit à un palier.

Les deux portes de l'unité sont fermées. Face à l'entrée, se trouve le bureau infirmier. Les locaux, d'une surface de 684 m², sont situés de part et d'autre de ce bureau vitré avec : la salle de télévision, la salle à manger, l'office, la salle de repos des soignants, deux bureaux médicaux, la pharmacie, la salle de détente des patients, la salle de visite des familles, les sanitaires pour le personnel.

La zone hébergement comprend quatre dortoirs de trois lits, une chambre double, cinq chambres individuelles et une chambre d'isolement. Elle est installée à chaque bout de l'unité avec :

- un « grand côté » comprenant les trois dortoirs de trois lits, une chambre double et trois chambres individuelles ;
- un « petit côté » comprenant un dortoir de trois lits, deux chambres individuelles et la chambre d'isolement. Il est séparé par un espace de circulation équipé d'un baby-foot et d'une table de ping-pong.

De même, chaque côté de l'unité comporte un espace sanitaires avec une douche/baignoire.

Les chambres individuelles

Une chambre type est équipée d'un lit d'une personne non fixé au sol, d'une tablette fixée au mur, servant de chevet, d'une petite table, d'un placard fermé par un cadenas fourni par la famille à la demande des soignants ; chaque placard contient un coffre individuel. Au-dessus du lit, est installé une rampe dotée de prises électriques, de boutons lumineux. Il a été indiqué aux contrôleurs que le bouton d'appel est relié au poste infirmier. Dans un renfoncement non fermé par une porte, un coin est aménagé pour permettre aux patients de se laver avec un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir, un accroche serviettes et une poubelle.

Une chambre individuelle

Seules deux chambres individuelles sont équipées d'un cabinet de toilettes fermé par une porte.

La chambre double

L'unique chambre double est équipée de deux lits simples, d'une tablette murale servant de chevet et d'une table. Les contrôleurs ont constaté qu'il n'y avait qu'une seule chaise pour deux personnes. Les deux placards fournissent un vaste espace de rangement aux occupants. Le linoleum des chambres est usagé.

La chambre est éclairée par deux fenêtres dont la partie haute est oscillo-battante.

La chambre dispose d'un cabinet de toilettes, fermé par une porte pleine qui peut être verrouillé de l'intérieur, équipé d'un WC avec abattant, d'un accroche-serviette et d'un lavabo surmonté d'un miroir.

Une chambre double

Les dortoirs

Les chambres triples sont équipées de trois lits simples, d'une tablette de chevet, d'un placard fermé à clé et de deux placards. Un cabinet de toilettes, attenant à chaque chambre, est équipé de deux lavabos ; il est fermé par une porte pleine, qui peut être verrouillée de l'intérieur. Il n'y a pas de WC dans les dortoirs, les patients doivent se rendre dans les sanitaires communs.

Tous les placards des chambres contiennent un coffre individuel, dont l'accès est autorisé aux patients sur prescription médicale.

Les chambres sont équipées d'un radiateur en fonte.

La chambre d'isolement est équipée d'un lit simple scellé et d'un placard. Elle dispose d'un cabinet de toilette.

B. Les patients

Lors de la visite des contrôleurs, l'unité comptait onze patients dont six hommes et cinq femmes. Deux hommes étaient en ASPDRE, une femme et quatre hommes étaient en ASPDT. Quatre femmes étaient en ASPL. Aucun patient n'était en programme de soins.

La durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte pour un patient en ASPDRE était de 4 mois et 24 jours. Il s'agissait d'un patient, connu du service, transféré d'une UMD et dont l'état clinique s'est peu à peu détérioré. Lors de la visite, il était placé à l'isolement depuis le 18 août 2015 (soit trois semaines). Les contrôleurs n'ont pas pu s'entretenir avec lui en raison de son comportement hétéro-agressif.

La durée la plus longue d'hospitalisation sous contrainte pour un patient en ASPDT était de 1 mois et 20 jours.

Le patient le plus âgé avait cinquante-neuf ans. Aucun mineur n'était hospitalisé.

C. Les personnels

Les deux unités comptent 2 ETP de praticien hospitalier (PH), dont le chef de service, et 2 ETP d'assistants.

L'équipe non médicale de jour de l'unité fermée est composée de la façon suivante :

- 1 ETP de cadre de santé ;
- 12 ETP d'infirmiers ;
- 3 ETP d'aides-soignants ;
- 2 ETP d'agents sanitaires hospitaliers (ASH) ;
- 1 ETP de secrétaire médicale ;
- 1 ETP d'assistante sociale.

Les équipes du matin comprennent au minimum trois infirmiers. La composition des équipes d'après-midi est identique. Les aides-soignants ne sont pas compris dans les effectifs minimum, à l'exception des week-ends et des jours fériés. Selon les propos recueillis, les effectifs étaient plus conséquents, il y a environ dix ans ; du personnel soignant exerçant en extra hospitalier intervenait également dans les unités d'hospitalisation. Actuellement, des discussions seraient en cours pour que, dans un avenir proche, les effectifs minimum soient réduits à deux infirmiers. L'équipe soignante a exprimé ses craintes quant à cette baisse d'effectifs évoquant « *la prise en charge de patients dangereux et sous contrainte* ».

Les équipes sont stables depuis tout récemment (départs en retraite et mutations) ; seule une infirmière est présente dans le service depuis dix-sept ans. Le personnel infirmier nouvellement recruté a la possibilité de choisir entre les deux unités. En principe, les infirmiers « aguerris » optent pour l'unité d'admission.

Un *staff* hebdomadaire réunissant l'équipe pluridisciplinaire se déroule également chaque lundi. Il existe également des réunions cliniques animées par le médecin et préparées par le personnel infirmier qui présente l'anamnèse d'un patient. Des réunions psychanalytiques sont également animées par le chef de pôle et des cas de supervision clinique sont filmés avec l'accord du patient.

D. Le fonctionnement

a) L'admission dans le bâtiment

L'accueil des patients est réalisé par le personnel soignant qui procède à un premier inventaire afin de retirer les objets dangereux mais également les cigarettes, le téléphone portable et le cordon. L'inventaire est systématiquement réalisé en présence de deux soignants. Il a été indiqué que, pour certains patients, le port du pyjama pouvait être utilisé dans le cadre de l'inventaire : en effet, lorsque le patient est suspecté de détenir des objets dangereux, il lui est demandé de retirer ses vêtements de ville. Cependant, le patient est autorisé à revêtir son pyjama personnel. Les règles de vie du secteur ne sont pas transmises au patient car elles sont affichées sur la vitre du poste infirmier.

Il convient de préciser que, quel que soit le statut d'hospitalisation du patient, ce dernier n'est pas autorisé à sortir ou à utiliser son téléphone personnel tant qu'il n'a pas été vu par le médecin psychiatre. Celui-ci examine le patient dans les quelques heures qui suivent son arrivée. Selon l'état clinique du patient, il procède à la notification des droits et lui fournit les explications suivantes : « *l'audience vous permet de défendre vos droits et il est important que le juge des libertés et de la détention ait un droit de regard et qu'il puisse statuer sur la forme* ». S'agissant des

patients en ASPDT, le médecin leur précise que leur hospitalisation relève avant tout d'une décision médicale, le membre de la famille qui a été sollicité n'étant pas décisionnaire.

Dès lors que l'audience devant le JLD a eu lieu, la décision du juge est transmise par le personnel infirmier après réception du document de notification du maintien de la mesure. En revanche, durant les jours qui précèdent l'audience et lorsque le médecin souhaite le maintien de la mesure, il en informe le patient en lui indiquant qu'il établit un certificat en vue de maintenir l'hospitalisation complète sans consentement.

S'agissant des patients en soins libres, lors de leur admission, le médecin décide ou non de les autoriser à sortir ; il a été indiqué que « *c'était l'état clinique du patient qui prévalait et non pas son statut juridique* ». Si les modalités d'hospitalisation sont abordées de façon transparente avec le patient, en revanche, rien n'est formalisé par écrit ; il n'existe pas de contrat de soins.

b) La vie quotidienne

✓ Les règles et rythme de vie

Les règles de vie communes du secteur 18, validées le 27 mai 2010, sont affichées sur la vitre du poste infirmier ; elles ne le sont pas dans les chambres.

✓ L'ouverture et la fermeture des chambres

Les chambres des patients sont ouvertes de jour et de nuit, à l'exception des personnes placées en chambre d'isolement et de celles dont l'état clinique nécessite la fermeture de leur chambre.

✓ L'hygiène corporelle

Chaque chambre comporte une salle d'eau. Il a été indiqué que le personnel respectait la volonté des patients de ne pas se laver tous les jours ; aucun créneau horaire n'est fixé pour la toilette. Les rasoirs et les objets coupants sont conservés dans le poste de soins. Les patients doivent les demander aux soignants.

Un espace sanitaire est aménagé de chaque côté de l'unité. Une pièce, d'une surface de 14,94 m², dans laquelle sont placés une chaise, trois lavabos et un accroche-serviettes, donne accès à une cabine de douche fermée et deux sanitaires. .

Une salle de bain, d'une surface de 10,79 m², est aménagée à proximité de la zone d'hébergement de quatre chambres. Son accès n'est pas libre ; elle est ouverte à la demande des patients. Elle comporte également un bidet et une chaise « montauban »[44]. La pièce est éclairée par deux fenêtres dont le vitrage est opaque.

Les patients disposent d'un autre espace sanitaire, équipé de deux lavabos avec un essuie main et du savon liquide, de trois sanitaires et de deux cabines de douche fermées. Dans les cabines de douche à l'italienne, les patients peuvent suspendre leur serviette à une patère et poser leurs vêtements sur une chaise. Dans cet espace, une porte donne accès à une salle de bain de

[44] Un siège dans lequel a été aménagée une ouverture, généralement circulaire, afin de l'utiliser comme lieu d'aisance.

7,39 m² équipée d'une baignoire, d'un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir, d'un bidet et d'une chaise. Les murs et le sol sont carrelés. La pièce est éclairée par deux fenêtres avec un vitrage opaque.

En l'absence de douche dans les chambres, les patients font leur toilette le matin. Il a été indiqué que les deux salles de bain étaient ouvertes de 8h à 20h. Les contrôleurs ont constaté l'état de vétusté de ces installations.

Les salles de bain

Le linge des patients est lavé par les familles ou les proches. L'unité dispose d'une laverie équipée d'une machine à laver et d'un sèche-linge pour les personnes isolées ; celles-ci n'ont pas accès à la laverie mais les aides-soignantes s'en chargent.

Les draps, les taies, les couvre lits… sont changés le mercredi. Le nettoyage des chambres est journalier.

- ✓ La restauration

La salle à manger, d'une superficie de 37,43 m², est un espace ouvert qui se trouve face à la salle de détente de l'unité. Une porte de l'office donne accès à la salle qui est équipée de quatre tables de quatre places. Deux tables supplémentaires sont rangées au fond de la pièce. Selon les informations recueillies, l'espace est suffisant, quelques personnes prenant leur repas en chambre.

La salle à manger

Le petit déjeuner est pris à 8h45, le déjeuner à 12h45, le dîner à 18h45. Les patients sont autorisés à recevoir des gâteaux secs.

Les repas se déroulent en présence constante des personnels soignants.

Les contrôleurs ont assisté au dîner du 8 septembre 2015 : dix patients étaient à table et un en chambre. Après le repas, les patients débarrassent leurs assiettes dans un sac poubelle et posent leur assiette et les couverts sur un chariot.

- ✓ L'accès au tabac

L'unité fermée ne dispose pas d'une cour ni d'un espace fumeur, permettant aux patients de fumer librement en journée et en soirée. Seules les personnes autorisées, sur prescription médicale, à sortir de l'unité peuvent descendre à l'extérieur du bâtiment ; les horaires sont limités : le matin à partir de 9h30 jusqu'à 12h et l'après-midi à partir de 14h30. Il a été décidé de ne détacher aucun soignant pour accompagner ces patients. Les paquets de cigarettes et les briquets sont rangés dans des casiers entreposés au poste infirmier. Ils sont remis au patient à la demande.

Selon les informations recueillies, le médecin autorise des patients à fumer deux cigarettes par jour et d'autres, plusieurs. L'unité dispose de deux cigarettes électroniques ; lors du contrôle, deux patients étaient autorisés par le médecin à les utiliser.

c) Les communications avec l'extérieur :

- ✓ Les visites

Les visites sont soumises à une prescription médicale, en concertation avec l'équipe soignante. Selon les informations recueillies, c'est au cas par cas.

Une affiche apposée sur la vitre du bureau infirmier indique les horaires des visites : de 13h30 à 18h30.

Elles se déroulent dans la salle des familles. Cette pièce, d'une superficie de 21,5 m², comporte trois petites tables de salon et une dizaine de chaises. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis dans le service. Si un enfant vient visiter son père ou sa mère hospitalisé, la visite a lieu en dehors de l'unité, dans la salle d'attente au 5ème étage ou au rez-de-chaussée.

La salle pour les visites des familles

Selon les informations recueillies, si la salle des familles est déjà occupée, les visites peuvent également avoir lieu dans la salle à manger. Elles se déroulent rarement dans les chambres et, lorsque c'est le cas, uniquement dans les chambres individuelles.

✓ Le téléphone et l'accès à internet

A l'entrée dans l'unité, le téléphone portable fait partie des effets personnels inventoriés par les soignants.

Les patients autorisés conservent leur téléphone portable toute la journée jusqu'à 22h ; l'état clinique d'autres patients conduit le médecin à les priver du téléphone portable par mesure de protection. Il a été indiqué aux contrôleurs que la situation était évaluée au cas par cas.

Un poste de téléphone est installé dans un renfoncement de l'espace de restauration, garantissant la confidentialité des conversations. Le nombre des appels à l'extérieur, transférés par les infirmiers sur ce poste, est limité à deux le matin et deux l'après-midi, à des horaires définis.

Les personnes hospitalisées peuvent bénéficier d'un accès wifi selon une procédure définie. Une demande est faite au cadre de santé qui adresse, après accord du médecin, un message électronique au service d'assistance informatique, lequel envoie un code au patient.

✓ Le courrier

Le courrier arrivée est déposé par le vaguemestre au secrétariat du cinquième étage, qui relève le courrier départ.

Les colis sont remis aux patients ; certains, plus encombrants, sont ouverts par les soignants, en présence du patient.

d) Les activités

Bien que l'unité dispose de trois salles d'activité et d'une cuisine agréablement aménagées, le personnel soignant n'organise aucune activité de façon régulière à l'exception des ateliers de pâtisserie, réunissant les patients des deux unités se déroulant le mardi. Des activités d'écriture, de dessins et de peinture sont proposées ponctuellement. Les patients rencontrés, y compris ceux en soins libres et non autorisés à sortir, ont déclaré que « *les journées étaient longues* ».

Selon les propos recueillis, une salle dédiée à l'écoute musicale, située dans l'unité, est accessible tout au long de la journée ; un baby-foot et des livres sont également disponibles. Lors de la visite des contrôleurs, cette pièce était inoccupée.

Le personnel infirmier a indiqué ne pas disposer du temps nécessaire pour animer des activités.

Depuis le mois de janvier, deux ergothérapeutes du secteur 17 (cf. § 5.4.2) interviennent chacun une fois par semaine au secteur 18 : les mardis et vendredis de 14h à 18h. Aucun patient hospitalisé n'était inscrit le jour du contrôle.

✓ Les sorties

Selon les témoignages recueillis, il n'est pas possible d'accompagner les patients dans le parc par manque d'effectifs. Lors de leur visite, les contrôleurs ont cependant constaté que, durant un après-midi, les infirmières étaient au nombre de trois et une aide-soignante était également présente.

Le jour de la visite, douze patients étaient autorisés à sortir dont sept devaient être accompagnés.

e) Les soins.

✓ L'accès au psychiatre

Une présence médicale est assurée du lundi au vendredi. Les patients sont reçus *a minima* une fois par semaine et plus selon leur état clinique. En principe, ils ne sont pas autorisés à changer de médecin car bien souvent « *les demandes sont liées à un état délirant* ».Dans le cadre de l'accueil des familles, des entretiens familiaux ont lieu en présence du patient, du médecin et de deux infirmiers.

✓ La dispensation des médicaments

A l'instar des autres unités, les traitements oraux sont dispensés dans le poste de soins, à l'exception des traitements injectables qui sont administrés en chambre. Selon les propos recueillis, les patients sont autorisés à prendre leur traitement du soir (hypnotiques) à la fin du programme télévisé.

✓ L'isolement et la contention

Comme évoqué supra, les chambres d'isolement ne correspondent pas aux normes de la HAS. A la date de la visite, un patient en provenance d'une UMD était placé en chambre d'isolement depuis le 18 août après que son état clinique se soit peu à peu aggravé au cours du mois de juillet (comportement hétéro agressif). Ce patient connu du service avait agressé, il y a trois ans, un personnel soignant de l'unité du 3ème étage avant d'être transféré en UMD. Selon les propos recueillis, l'UMD d'origine ne souhaite pas le réintégrer ; il est donc en attente d'une place dans une autre structure.

Selon les témoignages d'un médecin, le recours à la contention est peu fréquent, bien que son utilité soit parfois reconnue, notamment lorsque le patient présente un risque élevé de passage à l'acte auto agressif. Ce même médecin a néanmoins confié que, dans l'hôpital d'origine où il exerçait, la contention n'était jamais utilisée.

5.5 Le pôle clinique des maladies mentales

5.5.1 Présentation générale du pôle

La clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) est un service hospitalo-universitaire, rattaché à la l'université Paris Descartes (Paris V). Ce service n'est pas sectorisé. Il est spécialisé dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA), les troubles de l'humeur et troubles anxieux, l'accueil de patients suicidants, les troubles liés à l'usage de l'alcool, les déficits de l'attention et délivre aussi des soins de psychiatrie générale.

Il comprend trois unités d'hospitalisation, un hôpital de jour, des consultations spécialisées dans ses domaines de compétence et des consultations de psychiatrie générale. Par ailleurs, il propose des psychothérapies cognitivo-comportementales, psychanalytiques, à médiation artistique, corporelles, individuelles et en groupe.

Les unités hospitalières de ce service accueillent exceptionnellement des séjours d'hospitalisation sous contrainte comme le montre le tableau ci-dessous.

Année	2012	2013	2014
Nombre d'hospitalisation sous contrainte CMME	0	3	0

Cependant, lors de la visite, trois personnes étaient hospitalisées sans leur consentement dans l'une des unités, spécialisée dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA). Ainsi, dans la CMME, les contrôleurs ont visité uniquement cette unité.

5.5.2 L'unité des troubles du comportement alimentaire

5.5.2.1 Présentation de l'unité

Les troubles du comportement alimentaires (TCA) sont principalement l'anorexie mentale et secondairement la boulimie. La prise en charge nécessite une approche spécifique sur le plan somatique car, lorsqu'ils sont graves, ces troubles engendrent des désordres corporels et biologiques ainsi que d'autres sur le plan comportemental, psychique et relationnel.

L'unité prenant en charge les patients présentant des TCA admet en son sein des adultes ne relevant pas d'un secteur déterminé. Deux tiers des personnes admises dans cette unité proviennent de l'Ile de France et un tiers, des autres régions de la France métropolitaine, rarement de l'outre-mer ou de l'étranger. Ce sont des jeunes femmes pour l'essentiel.

Elle est dotée de vingt lits d'hospitalisation.

Il a été indiqué que la durée moyenne de séjour dans l'unité était de 3 à 5 mois.

Les hospitalisations sous contrainte y sont exceptionnelles. En principe, tous les patients de cette unité sont admis sur l'indication d'un médecin du service et après avoir accepté les modalités présentées préalablement à l'hospitalisation (cf. § 5.5.2.5). Il a été indiqué que la situation exceptionnelle observée lors de la visite, où trois patientes étaient hospitalisées sous contrainte (SPDT) était le fait du hasard. Les décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement n'avaient pas été prises dans l'unité des TCA, mais dans d'autres services, antérieurement à leur arrivée, et elles avaient été maintenues étant donné la nécessité clinique de poursuivre les soins et leur risque d'arrêt.

5.5.2.2 Les locaux

Cette unité est implantée au troisième étage du pavillon Joseph Levy-Valensi ouvert trois ans avant la visite.

Elle est notamment dotée de dix-neuf chambres simples de 14 m² et d'une chambre double de 18 m², d'une terrasse extérieure de 61 m², d'une salle de restauration de 70 m², d'un salon de

détente pour les patients de 20 m² équipé de fauteuils et d'un téléviseur, d'une cuisine, d'une salle à manger thérapeutique et d'un grand hall équipé de fauteuils et d'un piano.

Au même étage, dans la continuité de l'unité se trouvent des locaux partagés - selon des horaires dédiés - avec les autres unités d'hospitalisation de la CMME, dont un salon de visite équipé pour recevoir des enfants, une salle de gymnastique de 26 m² équipée d'appareils pour le renforcement musculaire et de vélos, un salon bibliothèque de 21 m², une salle d'ergothérapie de 52 m², une salle d'activité physique de 31 m² équipée de matériels de kinésithérapie et de relaxation, un atelier d'esthétique de 16,5 m² et une buanderie (avec une machine à laver et un sèche-linge).

Toutes les chambres sont équipées de lits à commandes électriques, d'une table avec sa chaise, d'une table de nuit, d'un fauteuil, d'un téléviseur mis à disposition gratuitement et d'une salle d'eau avec toilettes et douche. L'arrivée d'eau dans les chambres est contrôlée selon les règles décrites ci-dessous, étant donné la prise en charge spécifique des TCA.

Les locaux neufs sont spacieux, agréables et lumineux. Cependant, malgré sa construction récente, il a été indiqué que le bâtiment souffrait de certaines avaries tels que des fuites par le toit lorsqu'il pleuvait, des problèmes de climatisation ou encore des stores cassés non réparés.

Les locaux sont adaptés à l'accès aux personnes à mobilité réduite et une chambre spécifiquement équipée leur est dédiée.

5.5.2.3 Les personnels

Il a été indiqué que la prise en charge spécialisée des TCA nécessitait la formation de tout le personnel y exerçant. Les infirmières nouvellement recrutées sont notamment supervisées par leurs aînées pendant leur première année d'exercice dans le service.

L'effectif de personnel de l'unité était le suivant lors de la visite :

	Unité TCA
Personnel médical	- 1 ETP de psychiatre, praticien hospitalier - 1 assistant chef de clinique - 2 internes
Psychologue	1,5 ETP
Infirmier(e)	11 ETP
Aide-soignant	4 ETP
Diététicienne	1 ETP
Kinésithérapeute	0,5 ETP
Cadre de santé	1 ETP
Assistante sociale	0,5 ETP
Secrétaire médicale	1 ETP
Agents de service hospitalier	Non communiqué

Un ergothérapeute de la CMME intervient dans le service.

Il a été indiqué que le personnel était stable et que tous les postes étaient pourvus au moment de la visite.

5.5.2.4 Les patients

Le jour de la visite, dix-huit patients (dont deux hommes) étaient hospitalisés dans l'unité dont trois patientes en ASPDT. Le patient le plus jeune était âgé de 18 ans et le plus âgés de 38 ans. Le patient hospitalisé depuis le plus longtemps avait été hospitalisé en mai 2015, soit quatre mois avant la visite.

Parmi les trois personnes admises en soins psychiatriques sous contrainte :

- une bénéficiait de sorties quotidiennes non accompagnées pour suivre ses études ;
- une avait des permissions de sortie non accompagnées de moins de 12 heures dans le cadre d'exercices thérapeutiques ;
- une était arrivée la semaine précédente et ne bénéficiait pas encore de sortie.

Il a été indiqué que la prise en charge des personnes admises sous contrainte ne différait pas de celle des autres, sauf concernant la possibilité de sortie contre avis médical. Il a été mentionné que 20 à 25 % des patients hospitalisés dans l'unité en soins libres en sortaient de façon prématurée.

5.5.2.5 Le fonctionnement

A. L'admission et le contrat de soin

Le déroulement, l'objectif et les conditions d'hospitalisation sont décrits dans un document délivré aux patients avant leur admission. Ce document indique notamment qu'après l'admission, la première semaine est dédiée à l'évaluation et à l'observation et qu'à la fin de cette semaine, un contrat thérapeutique personnalisé sera proposé au patient et signé par lui et les équipes. Le contrat thérapeutique se déroule ensuite en trois phases.

Les trois patientes admises en soins psychiatriques sous contrainte dans l'unité avaient toutes signé le document. L'une a indiqué au contrôleur qu'elle l'avait fait sans « avoir le choix », par peur que l'obligation d'hospitalisation ne se prolonge. Les deux autres admettaient adhérer réellement au programme thérapeutique qui leur avait été proposé.

Les notifications de la décision d'admission et des droits sont effectuées par le cadre de santé du service.

B. La vie quotidienne

- ✓ Les règles et rythme de vie

Les règles de vie sont indiquées dans le règlement intérieur de l'unité remis aux patients, à leur arrivée. Ce document de quatre pages les informe de façon détaillée des règles en vigueur. La prise en charge des TCA est très spécifique étant donné la nature des troubles présentés par les patients. Les paragraphes suivants décrivent de façon partielle ces règles.

La journée débute à 7h, heure autorisée pour la douche. Les patients doivent avoir rejoint leur chambre au plus tard à 23 heures.

A l'arrivée, les patients peuvent garder avec eux leurs vêtements et leurs livres. Les objets personnels sont soit interdits (médicaments, alcool, aliments, objet dangereux...), soit utilisés dans certaines conditions précisées dans les règles de l'unité et les contrats de soins. Les affaires retirées sont déposés dans des casiers nominatifs disposés dans le bureau des infirmiers.

- ✓ L'ouverture et fermeture de l'unité et des chambres

Aucun patient ne doit sortir sans autorisation de l'unité, quel que soit son statut d'hospitalisation.

Bien que l'unité soit dite « ouverte », la sortie nécessite de demander à un soignant d'appeler un ascenseur, ce qui ne peut être fait qu'avec un badge à disposition du personnel. Les accès aux escaliers sont fermés.

Les chambres ne sont jamais fermées. Sauf pour la chambre double, il est interdit qu'un patient entre dans la chambre d'un autre.

- ✓ L'hygiène corporelle

L'utilisation de l'eau dans les sanitaires des chambres est encadrée et surveillée étant donné les comportements de ces patients (vomissement, potomanie...), les besoins de surveillance des apports hydriques mais aussi de quantification des selles et des urines. Ainsi, l'arrivée d'eau y est, en principe, coupée. Elle est actionnée depuis l'extérieur de la chambre et est ouverte entre 7h et 7h30, pour la douche, puis sept fois durant 15 minutes entre 10h et 23h. L'accès aux toilettes et à la douche peut être autorisé exceptionnellement en dehors des horaires prévus par le règlement. Pour le brossage des dents, le soir, un verre d'eau est donné au patient. Dans la journée, le lavage des mains s'effectue dans la cuisine thérapeutique, sous surveillance des infirmières.

Il faut noter, par ailleurs, que les patients peuvent apporter leurs affaires de toilette mais que certains parfums sont interdits.

- ✓ Les vêtements et l'entretien du linge

Les patients peuvent apporter leur linge personnel. Il est demandé en supplément à certains patients de porter des vestes polaires fournies par l'unité en cas d'exposition au froid.

Le linge personnel doit être lavé par les familles ou, pour les patients bénéficiant d'autorisation de sortie, dans un lavomatique, à l'extérieur. La buanderie du service est disponible le samedi matin pour ceux n'ayant pas de visite ou ne pouvant pas sortir.

- ✓ La restauration

Les repas doivent être pris dans la salle de restauration. Ils sont encadrés et leurs modalités font partie du contrat de soin des patients.

- ✓ L'accès au tabac

Le tabac est interdit dans l'unité. L'arrêt du tabac pour les patients fumeurs est inscrit dans leur contrat de soin. Le sevrage est accompagné médicalement.

- ✓ Les relations sexuelles

Il a été indiqué que les relations sexuelles n'étaient pas souhaitées dans le service et était considérées comme une transgression. Les visites se déroulent dans les salons communs de l'unité. Etant donné la vulnérabilité psychique des patients hospitalisés, les relations que les patients entretiennent entre eux sont surveillées et il est interdit pour un patient d'entrer dans la chambre d'un autre.

- ✓ L'expression collective

Chaque mois, les patients sont réunis avec l'équipe afin de discuter des règles et de la vie quotidienne. L'ordre du jour de ces réunions est choisi par les patients.

C. Les communications avec l'extérieur

En raison de la prise en charge spécifique des TCA, l'accès au téléphone, au courrier, à internet ainsi que les visites ne sont pas interdits mais encadrés selon des modalités décrites dans les contrats de soin des patients.

Les téléphones portables, tablettes et ordinateurs des patients sont gardés dans le bureau infirmier.

D. Les activités

Les patients souffrant de TCA présentant majoritairement une activité excessive (physique et/ou psychique), leurs activités dans l'unité sont encadrées et inscrites dans leur contrat de soin. Un temps de repos quotidien est imposé. Les patients peuvent écouter de la musique, lire ou regarder la télévision dans leur chambre. Les livres ainsi que certains magazines (type sudoku) sont autorisés dans l'unité.

L'accès au salon est possible en dehors des heures de repos pour y pratiquer des activités diverses telles que les jeux de société, la vision de DVD ou l'écoute de musique. L'accès au salon bibliothèque est possible quotidiennement selon des horaires dédiés.

La salle de sport de l'unité est accessible de 16h30 à 18h30, seulement sur prescription médicale.

Toutes les autres activités, y compris le travail d'étude, sont encadrées par le contrat de soin.

Les activités thérapeutiques proposées sont par ailleurs très nombreuses (cf. *infra*).

E. Les soins

L'équipe de soin (médecins, infirmiers, aides-soignantes) se réunit trois fois par jour pour effectuer des transmissions.

Une réunion de synthèse clinique a lieu tous les jeudis dans l'unité avec l'ensemble de l'équipe de soin.

Le temps de son séjour dans l'unité, chaque patient bénéficie de deux infirmières référentes et d'un médecin interne référent. Le praticien hospitalier et le chef de clinique suivent conjointement tous les patients. Il n'est pas possible de demander à changer de médecin. Il a été

indiqué que les patients bénéficient d'une à deux consultations médicales par semaine avec les médecins seniors ainsi qu'avec les internes.

Les infirmières sont formées aux soins des TCA. Elles animent de nombreuses activités thérapeutiques, collectives et individuelles destinées notamment à renforcer l'image de soi et à prendre soin de soi, au travers d'activités telle que l'esthétique ou l'accompagnement des patients à l'extérieur (pour l'essai et l'achat de vêtements par exemple). Elles effectuent par ailleurs les soins concernant l'alimentation comme l'élaboration de repas avec les patients dans l'unité ainsi que lors des sorties à domicile.

Les psychologues reçoivent les patients en entretien individuel une fois par semaine, animent un groupe de relaxation ainsi qu'un programme « d'exposition boulimique » et proposent des thérapies individuelles concernant la phobie sociale.

Au-delà des soins individuels, le kinésithérapeute anime notamment des groupes de yoga et de renforcement musculaire.

Les aides-soignantes sont formées à l'accompagnement alimentaire des patients souffrant de TCA.

Les patients peuvent participer à des groupes thérapeutiques du pôle CMME tels que la psychothérapie à médiation artistiques, la thérapie d'affirmation de soi ou encore le groupe « trauma » dédiées aux personnes victimes d'abus sexuels.

Toutes les activités thérapeutiques sont déterminées individuellement dans le contrat thérapeutique des patients.

Il a été indiqué que les soins de contention et d'isolement n'étaient pas pratiqués dans le service.

6 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

Les soins d'isolement et de contention font l'objet de procédures communes à l'établissement. La procédure d'isolement thérapeutique a été mise à jour et diffusée en 2012 et celle concernant la mise en contention et la surveillance des patients l'a été en 2006[45].

Ces soins sont pratiqués de façon très hétérogène au sein de l'hôpital. Dans certains secteurs, les soignants ont indiqué aux contrôleurs ne jamais avoir recours à ces soins (cf. secteur 3 chapitre 4.2.1.2-E-e), d'autres ont indiqué y avoir recours principalement de façon séquentielle, et d'autres enfin semblent y avoir recours sans qu'une alternative à ces soins n'ait été recherchées. Certains ont mentionné que le nombre recours à ces soins étaient influencé en partie par l'architecture du service, ne permettant pas la surveillance aisé de tous les patients (cf. § 5.3.4.5.E), d'autres que ces mesures étaient utilisées pour éviter les fugues (cf. § 5.2.2.5.E), et un patient était maintenu

[45] Une nouvelle mise à jour était en cours de réalisation, lors de la visite.

en contention depuis plusieurs semaines, faute de place dans un service plus adapté en UMD (cf. § 5.4.3.2.D).

Dans l'hôpital, peu de secteurs sont réellement dotés de chambres spécifiquement aménagés pour les soins d'isolement :

- le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) est doté d'une chambre de soins intensifs (cf. § 3.1.1.1) ;
- le secteur 14 (service hospitalo-universitaire - SHU) est doté de deux chambres d'isolement (cf. § 5.3.2.5-D) ;
- le secteur 15 est doté d'une chambre « à sécurité renforcée » (cf. § 5.3.3.2).

Dans les autres secteurs, les soins de contention ou d'isolement sont effectués dans les chambres des patients dans lesquels le mobilier est retiré.

La contention est effectuée au lit des patients par des sangles en tissus munies de dispositifs de fermetures de sécurité magnétiques. Les matériels de contention (avec des attaches pour les poignets, les chevilles et la ceinture abdominale et pelvienne) sont rangés dans des mallettes ou disposées sur les lits dans les chambres dédiés.

Ceinture abdominale et pelvienne (photo de gauche)
et attaches pour les chevilles (photo de droite)

Lorsqu'ils sont prescrits, ces soins doivent faire l'objet d'une traçabilité spécifique dans les dossiers médicaux (papier) de chaque patient. Le dossier de soins d'isolement et de contention a été standardisé pour tout l'hôpital. Les premières pages rappellent les indications, les complications et les modalités de surveillance. Les feuillets suivant servent à tracer la prescription médicale, les indications, la surveillance et la prévention des complications.

La traçabilité des soins d'isolement et contention n'est pas assurée informatiquement. Ainsi, il n'est pas possible d'évaluer le nombre de prescriptions de ces soins au sein du centre hospitalier, ni leur durée, ni de comparer la pratique des différents services.

Par ailleurs, à l'exception du CPOA (cf. § 3.1.1.4), aucun registre n'est ouvert au sein des unités pour tracer le recours à l'isolement et à la contention.

Plusieurs évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ont été effectuées au sein de l'hôpital, notamment en 2007 et 2010, sur la tenue du dossier « d'isolement-contention ». Dans

l'étude de 2010, on note que, parmi les dossiers étudiés, près de 18 % des contentions et des isolements étaient prescrits « *si besoin* » et ceci de façon systématique dans certains services. Cette étude indique aussi que les risques de fugues figuraient dans 18 % des motifs d'indication de ces soins (qui peuvent être multiples).

Une nouvelle évaluation devrait avoir lieu en 2015. Un groupe de travail était formé avec le département d'information médicale (DIM) afin de mettre en place la traçabilité informatique et un recueil de données standardisé de ces soins, sans pour autant qu'une échéance ait été fixée.

Des membres de la plateforme d'éthique ont indiqué poursuivre une réflexion sur ces soins.

En septembre 2014, la question de la contention avait été l'un des sujets d'une table ronde d'une conférence-débat organisée par l'établissement sur l'état des lieux des pratiques.

Lorsqu'un patient est mis en isolement thérapeutique, il doit être signalé au service de sécurité pour faciliter l'intervention des secours en cas d'incendie. Le registre manuel des signalements des soins d'isolement, tenu par ce service, a été examiné par les contrôleurs. Y figurent : le nom l'unité concernée, le numéro de chambre du patient concerné (mais pas son nom, par mesure de confidentialité), le type de soin (isolement avec ou sans contention), la date et l'heure de début et la date et l'heure de fin. Parmi les 51 derniers signalements relevés sur ce registre, un seul mentionnait l'heure de fin de l'isolement. Par ailleurs, 39 des 51 signalements observés avaient été relevés entre 21h30 et 23h30. Ainsi, il apparaît que ces signalements sont essentiellement faits par les équipes de nuit, au début de leur service. De l'aveu des agents de sécurité, ce registre ne permet pas d'avoir une connaissance exacte, en temps réel, des patients isolés.

7 LA VIDEOSURVEILLANCE DANS LES UNITES DE SOINS

Aucun dispositif de vidéosurveillance n'est en place au sein des unités de soins.

Seules, des caméras sont installées en périphérie pour le contrôle des accès.

8 L'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES

Depuis la fermeture provisoire de la maison d'arrêt de la Santé à Paris, en juillet 2014, aucune personne détenue n'a été admise en hospitalisation complète au centre hospitalier Sainte-Anne.

9 LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS

En 2014, les taux d'occupation étaient les suivants :

	Secteur 3	Secteur 13	Secteur 14	Secteur 15	Secteur 16	Secteur 17	Secteur 18
Global	78 %	97 %	85 %	79 %	83 %	63 %	70 %
Hospitalisation à temps plein	79 %	108 %	81 %	86 %	97 %	65 %	72 %
Hospitalisation de jour	88 %	112 %	/	68 %	50 %	51 %	/

Les unités du secteur 13, qui compte 75 lits et 82 places, présente un taux de sur occupation annuel supérieur à 100% avec 108% de patients hospitalisés à temps complet et 112% de jour. Selon les propos tenus aux contrôleurs, la sur occupation est permanente. Si des personnes sont hospitalisées le week-end, celles-ci sont dirigées vers le secteur 3.

Les unités du secteur 13 accueillent des personnes hospitalisées à temps complet et d'autres hospitalisées de jour. Il a été indiqué que des patients hospitalisés de jour qui ne sont pas encore stabilisés ou qui sont sans domicile, ne sortaient pas le week-end ; ils ne pouvaient être pris en charge dans un des deux foyers du secteur. Ces patients hébergés au rez-de-chaussée de l'unité sont transférés au premier étage, pour remplacer des patients stabilisés qui sont sortis de l'unité pour se rendre en foyer.

Pour l'année 2014, vingt et un transferts vers les secteurs d'origine ont été réalisés pour les patients en ASDRE et soixante-sept en ASPDT.

10 ELEMENTS D'AMBIANCE

L'absence d'homogénéité entre les pôles se traduit par des différences importantes dans les pratiques concernant notamment le port du pyjama, le recours à la contention et les restrictions (téléphone, internet et cigarettes). Cette grande diversité quant aux modalités de prise en charge pose la question de l'égalité entre les patients.

Une meilleure communication et d'échanges entre les pôles pourrait permettre aux uns de s'inspirer des initiatives des autres (comme la mise en place du centre d'accueil et de crise (CAC) au secteur 3.