



Rapport de visite :
Établissement Public de
Santé Roger-Prévot de
Moisselles
(Val-d'Oise)

Du 2 au 4 mai et du 9 au 13 mai 2016 – 1^{ère} visite

SYNTHESE

Huit contrôleurs ont visité l'établissement public de santé (EPS) Roger Prévoit de Moisselles (Val-d'Oise), spécialisé en psychiatrie, du 2 au 13 mai 2016.

L'établissement est composé de six pôles (dont un intersecteur de pédopsychiatrie sans lit d'hospitalisation à temps complet) et compte huit unités d'hospitalisation à temps complet pour 174 lits. Le premier jour de la visite, 148 patients y étaient hospitalisés dont 67 admis sans consentement.

Accueillant des patients du nord des Hauts-de-Seine, l'établissement présente la particularité d'être situé dans le Val-d'Oise, éloigné du domicile des patients comme des structures extra hospitalières. Depuis vingt ans, plusieurs projets (plus ou moins avancés) de relocalisation des unités d'hospitalisation se sont succédés sans jamais aboutir. Au moment de la visite, un nouveau projet (inscrit dans le projet régional de santé de l'ARS d'Ile-de-France) était en gestation. Globalement soutenu par les médecins exerçant au sein de l'établissement, il fédère nettement moins le personnel paramédical qui vit en général à proximité de l'hôpital et dispose de conditions avantageuses (vingt-sept jours de congés et vingt-cinq jours d'ARTT¹ annuels, crèche sur place...). Au moment de la visite, seule l'unité d'hospitalisation du pôle n° 5 a, en 2007, été « relocalisée » au sein du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre.

En raison de ces projets successifs, l'établissement, qui présente un potentiel et des atouts certains (équilibre financier et capacités d'autofinancement, personnel relativement stable, en nombre conséquent – quasi-totalité des postes pourvus – et attaché à la structure d'hospitalisation, cadre agréable dans un parc de sept hectares) souffre d'une absence de vision à long terme qui inhibe sa vision à court terme ; la relocalisation qui tarde à se concrétiser limite chez certains une vraie implication et, par ailleurs, empêche d'investir le nouveau projet qui demeure nébuleux. Au moment de la visite des contrôleurs, l'hôpital ne disposait pas de projet d'établissement écrit, validé et crédible et le règlement intérieur rédigé en 2003 était en cours de réécriture depuis plusieurs années.

Dans ce contexte de projet de relocalisation, des actions de restructuration profonde du site de Moisselles nécessitant des investissements significatifs ne peuvent être menées. Or, les conditions matérielles d'hébergement sont inégalement satisfaisantes d'un pôle à l'autre, certaines unités sont vétustes et les chambres, à l'exception de celles du pôle n° 5, sous équipées, voire totalement dépourvues de mobilier à l'exception des lits. Par ailleurs, les unités d'hospitalisation sont toutes situées à l'étage. De ce fait, bien que l'hôpital soit implanté dans un grand parc, les unités fermées ne disposent pas de cour ou de jardin clos. Le seul espace extérieur accessible aux patients qui ne peuvent sortir de leur unité est un balcon barreaudé.

Seule l'unité d'hospitalisation du pôle n°2 fonctionne « portes ouvertes » et permet aux patients un accès libre au parc de l'hôpital. Cette pratique mériterait d'être étendue à l'ensemble des pôles de l'établissement. De façon plus générale, une réflexion globale et une harmonisation

¹ Aménagement de la réduction du temps de travail.

entre les unités des modalités de restriction des libertés individuelles des patients devraient être menées au sein de l'hôpital.

Les conditions d'accueil des patients admis sans consentement au sein du pôle n° 5, dont l'unité d'hospitalisation est située au CASH, sont insatisfaisantes. La prise en charge des patients souffre d'une convention a minima entre le CASH et l'EPS et de relations conflictuelles entre les directions de ces deux établissements. En effet, cette unité d'hospitalisation accueille ses patients admis en soins sans consentement au sein d'une unité du CASH (où elle dispose de deux lits) afin d'éviter d'avoir à les présenter devant le juge des libertés et de la détention (JLD) à Moisselles et parce qu'elle ne dispose pas des services de sécurité du CASH dont l'intervention peut être nécessaire pour ce type de patients potentiellement agités. Le pôle n° 5 « récupère » donc généralement ses patients après le passage devant le JLD de Nanterre, quand la mesure de contrainte a été levée ou, plus rarement, quand l'agitation a cessé. Cependant, la menace d'un retour au sein de l'unité du CASH en cas d'agitation est toujours présente. Cette situation porte atteinte au respect des droits des patients et à la qualité de la prise en charge.

En l'absence d'agent du service des séjours hospitaliers qui en ont la charge, la notification des mesures d'admission et de maintien en soins sans consentement les week-end et jours fériés n'est pas effectuée à l'EPS ; certains patients peuvent ainsi parfois rester plus de 48h sans être informés officiellement de leurs statuts et de leurs droits.

Par ailleurs, les contrôleurs ont été interpellés **par l'importance du taux d'occupation des huit chambres d'isolement de l'établissement et par la durée de certains séjours perdurant depuis plusieurs années**. Mais l'absence de mise en place d'un registre opérationnel, conformément aux dispositions de l'article L. 3222-1 du code de la santé publique, ne permet pas de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention ni de l'analyser.

Il convient de préciser que certains aspects de la prise en charge des patients sont particulièrement satisfaisants à l'EPS Roger Prévoit. Ainsi, l'existence d'une unité intersectorielle de soins et resocialisation (UISR) qui propose des activités nombreuses et diversifiées permet de garantir une continuité des activités thérapeutiques. La prise en charge somatique des patients est bien assurée par une équipe efficace et qui dispose de nouveaux locaux adaptés. Par ailleurs, la préparation de la sortie fait l'objet d'un travail approfondi passant notamment par une progressivité dans les sorties et par une bonne articulation entre l'intra et l'extra hospitalier.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE 27

Le formulaire de notification d'admission ou de maintien en soins sans consentement comporte les adresses des autorités auxquelles les patients peuvent adresser leurs recours.

2. BONNE PRATIQUE 30

Les droits des patients hospitalisés en soins sans consentement sont détaillés dans le livret d'accueil ; en particulier, les recours sont déclinés en fonction de leur nature et des autorités concernées dont les adresses sont mentionnées.

3. BONNE PRATIQUE 41

Les heures d'ouverture de la régie, même si les affichages ne sont pas tout à fait conformes à la réalité, sa proximité géographique avec les unités d'hospitalisation et le self, ainsi que sa capacité à mettre à disposition des patients des petites sommes d'argent sont suffisamment rares pour être citées comme une bonne pratique.

4. BONNE PRATIQUE 44

Une grande partie des patients et du personnel médical et administratif de l'établissement prennent leurs repas aux mêmes horaires dans le même restaurant.

5. BONNE PRATIQUE 70

L'unité d'hospitalisation du pôle d'Asnières fonctionne porte ouverte. Cette pratique devrait être étendue à l'ensemble des pôles de l'établissement. De façon plus générale, une réflexion globale et une harmonisation entre les unités des modalités de restriction des libertés individuelles des patients devraient être menées au sein de l'hôpital.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION : 17

Il importe d'arbitrer rapidement entre un projet de relocalisation encore hypothétique et des investissements ciblés sur le site de Moisselles améliorant rapidement les conditions de vie des patients. Faute de positionnement clair, d'autres évolutions, dans le cadre de coopérations inter établissements, pourraient s'affirmer implicitement et conduire à la répartition des secteurs sur d'autres établissements déjà existants. Sans prendre position sur un choix de projet, le contrôle général des lieux de privation de liberté affirme la nécessité d'offrir, dans les meilleurs délais, des conditions d'hébergement et de prise en charge thérapeutique conformes aux besoins et aux droits des patients.

2. RECOMMANDATION 20

Le projet de restructuration interne ou de relocalisation qui reste à élaborer, nécessite le déploiement d'une pédagogie des enjeux auprès des partenaires sociaux et une réflexion sur les

organisations du travail préfigurant le nouvel établissement. Ceci dans un souci d'optimisation des moyens et de meilleure prise en charge des patients.

3. RECOMMANDATION..... 23

Le DIM doit disposer de données d'activités fiables par un codage et un travail d'analyse avec la communauté médicale. L'ensemble des professionnels, en particulier les chefs de pôle, doit activement y contribuer.

4. RECOMMANDATION..... 27

L'établissement doit mettre en place une procédure alternative de notification des mesures d'admission et de maintien en soins sans consentement les week-end et jours fériés, en l'absence d'agent du service des séjours hospitaliers en charge de ces notifications.

5. RECOMMANDATION..... 27

Un protocole de recueil des observations des patients doit être mis en place.

6. RECOMMANDATION..... 28

L'information de la personne de confiance choisie par le patient doit être réalisée par l'établissement.

7. RECOMMANDATION..... 29

La sur occupation chronique des unités d'hospitalisation du pôle « Gennevilliers » entraîne des placements continuels de patients dans des unités extra sectorielles ; cette situation, susceptible de porter atteinte au respect des droits des patients et à la qualité de la prise en charge doit être traitée.

8. RECOMMANDATION..... 29

Le maintien du caractère confidentiel d'une hospitalisation n'est pas organisé au sein de l'établissement public de santé. Il est à formaliser et à mentionner dans le livret d'accueil.

9. RECOMMANDATION..... 30

Afin d'améliorer l'information des patients il est nécessaire de mettre à jour le règlement intérieur et de le tenir à leur disposition, d'actualiser le site internet ainsi que d'améliorer la formation du personnel soignant sur les droits des patients hospitalisés sans consentement.

10. RECOMMANDATION..... 33

Dans l'esprit des dispositions de l'article L. 3211-9 du code de la santé publique, le CGLPL recommande que le médecin ne participant pas à la prise en charge du patient ne soit pas un médecin travaillant au sein du pôle où ce patient est soigné, afin de permettre que s'exprime un point de vue informé mais aussi indépendant que possible tant du soin que du projet auquel il se rattache.

11. RECOMMANDATION..... 41

L'obligation pour un patient en soins libres de présenter un « bon de régie » pour pouvoir récupérer de l'argent ne doit pas être systématique ; elle doit être exceptionnelle et justifiée par une prescription médicale.

12. RECOMMANDATION..... 43

La mise en œuvre du protocole visant à permettre aux patients de voter par procuration devrait être étendue à l'ensemble des élections.

13. RECOMMANDATION.....43

L'aumônerie ne comporte qu'un seul culte, le culte catholique. Cette situation doit être corrigée par la nomination d'au moins un aumônier musulman, car les patients pratiquant cette religion sont largement représentés.

14. RECOMMANDATIONS.....47

L'accès au téléphone portable devrait être la règle, le non accès l'exception, motivée par des raisons médicales. Les patients doivent avoir accès à un téléphone librement, sans avoir à demander l'intervention d'un soignant, sauf exception individuelle dûment justifiée par des motifs thérapeutiques.

15. RECOMMANDATION.....48

La cafétéria devrait être ouverte tous les week-ends afin que les visiteurs puissent disposer d'un lieu couvert, à l'extérieur des unités, pour rencontrer leurs proches.

16. RECOMMANDATION.....53

La mise en place d'un groupe de travail et d'échanges entre l'UISR et les unités d'hospitalisation serait de nature à optimiser la prise en charge des patients au sein de cette unité intersectorielle.

17. RECOMMANDATION.....55

Le registre prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique doit être mis en place et renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention, quel que soit le lieu où s'exerce cette mesure.

18. RECOMMANDATION.....58

Le placement à l'isolement d'un patient doit être une solution de dernier recours, temporaire et justifiée par une prescription médicale. Il est contraire à la dignité qu'une personne subisse une telle situation pendant des années sans interruption.

19. RECOMMANDATION.....59

Les chambres de soins intensifs et les chambres sécurisées doivent être équipées d'un dispositif d'appel des soignants ; tout patient placé à l'isolement doit avoir un accès libre à des wc et à un interrupteur pour la lumière.

20. RECOMMANDATION.....65

Les locaux des unités d'hospitalisation du pôle « Gennevilliers » doivent être rénovés.

21. RECOMMANDATION.....68

Dans une unité de soins aigus, il est souhaitable que les patients aient des entretiens très réguliers avec leur psychiatre référent. L'absence de sous-effectif médical dans l'établissement devrait le permettre.

22. RECOMMANDATION.....69

Les chambres de l'ensemble des unités d'hospitalisation de l'établissement doivent être équipées a minima d'une table de chevet, d'une table et d'un siège.

23. RECOMMANDATION.....75

Chaque service doit se doter rapidement d'un règlement précisant les règles de vie au sein du service et le faire connaître des patients.

24. RECOMMANDATION..... 76

Le CGLPL relève avec intérêt l'existence d'une réflexion engagée en faveur d'une plus grande liberté d'aller et venir pour les patients, et, en tout premier lieu, pour les patients en soins libres.

La nouvelle organisation de la prise en charge ne devra pas avoir pour effet d'emporter des restrictions accrues dans le régime d'hospitalisation des patients admis sans leur consentement, notamment s'agissant de leur accès aux espaces d'activités ou de convivialité. On devra veiller à ce que la fréquence de soins, activités, visites et sorties des patients sous contrainte n'en soit pas affectée.

25. RECOMMANDATION..... 81

Les chambres des unités d'hospitalisation du pôle Levallois devraient être équipées de tables – une par patient – et mériteraient d'être agrémentées de décorations.

26. RECOMMANDATION..... 86

Il n'est pas admissible que, pour des raisons d'organisation matérielle, des patients en soins sans consentement soient hospitalisés dans une unité qui ne dépend pas de leur secteur, changés d'unité au gré de leur statut d'hospitalisation ou de leur degré d'agitation et, en conséquence, suivis par des équipes soignantes différentes.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	11
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 SITUE SUR LA COMMUNE DE MOISSELLES DANS LE VAL-D'OISE, LE CENTRE HOSPITALIER ROGER- PREVOT PREND EN CHARGE LES SECTEURS PSYCHIATRIQUES DU NORD DES HAUTS-DE-SEINE ET CHERCHE SA PLACE DANS DES TERRITOIRES DE SANTE EN RECOMPOSITION	13
2.1.1 Bref historique	14
2.1.2 Les perspectives	16
2.2 LE PERSONNEL EST IMPLIQUE DANS SON TRAVAIL QUOTIDIEN ET INQUIET DU DEVENIR DE L'ETABLISSEMENT	18
2.2.1 Les effectifs	18
2.2.2 La formation professionnelle continue	18
2.2.3 Le turn-over et la moyenne d'âge	18
2.2.4 L'absentéisme et les accidents du travail	19
2.2.5 Les relations sociales	20
2.3 LES MOYENS FINANCIERS DE L'ETABLISSEMENT LUI PERMETTENT D'ENTREPRENDRE DES INVESTISSEMENTS CIBLES AMELIORANT LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION SUR LE SITE DE MOISSELLES.	20
2.3.1 Le budget de fonctionnement	20
2.3.2 Les capacités d'investissements	21
2.4 LES DONNEES D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT NE SEMBLENT NI FIABLES NI EXHAUSTIVES.	21
2.4.1 Statut des hospitalisations	22
2.5 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS : LA TRAÇABILITE INTERNE EST BIEN EFFECTUEE, LES ORGANES DE SUPERVISION SONT PEU PRESENTS	23
2.5.1 Le registre de la loi	23
2.5.2 La commission départementale des soins psychiatriques	23
2.5.3 La visite des autorités	24
2.6 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE POURRAIENT ETRE RENFORCEES	24
2.6.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers	24
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	26
3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EST FREQUEMMENT PERTURBEE PAR LA SUR OCCUPATION DE CERTAINES UNITES	26
3.1.1 Les modalités d'admission	26
3.1.2 La notification de la décision d'admission et des voies de recours	26
3.1.3 Le recueil des observations des patients	27
3.1.4 La désignation d'une personne de confiance	27
3.1.5 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité	28
3.1.6 Les cas de sur-occupation et de transfert	28
3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation	29
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST ASSUREE NOTAMMENT VIA LE LIVRET D'ACCUEIL ; LE REGLEMENT INTERIEUR – NON TENU A JOUR – EST INACCESSIBLE ; PAR AILLEURS, LE PERSONNEL SOIGNANT N'A PAS REÇU DE FORMATION	29
3.2.1 Les informations prévues par la loi	29
3.2.2 Le livret d'accueil	29

3.3	UNE PREPARATION A LA SORTIE PROGRESSIVE, DANS UN CONTEXTE PROCEDURAL INCERTAIN	30
3.3.1	Les sorties de courte durée.....	30
3.3.2	L'avis préalable des médecins psychiatres	32
3.3.3	Le passage en programme de soins	33
3.4	LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST ORGANISE CONFORMEMENT AUX TEXTES, MAIS LES MAINLEVEES SONT RARES.....	34
3.4.1	Les modalités d'organisation de l'audience	35
3.4.2	Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention	37
3.4.3	Les décisions rendues.....	37
4.	LES DROITS DES PATIENTS	40
4.1	LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ASSUREE PAR DES PROCEDURES DIVERSES A L'EFFICACITE INEGALE.....	40
4.2	LES BIENS DES PATIENTS : L'OUVERTURE QUOTIDIENNE DE LA REGIE PERMET AUX PATIENTS DE RETIRER FREQUEMMENT DES PETITES SOMMES.....	40
4.3	L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL NE POSE PAS DE DIFFICULTE	41
4.4	LA QUESTION DE LA SEXUALITE N'EST PAS PROTOCOLISEE	42
4.5	LE DROIT DE VOTE EST PROTOCOLISE, CEPENDANT SES MODALITES NE SONT MISES EN ŒUVRE QUE POUR CERTAINES ELECTIONS.....	42
4.6	LES ACTIVITES RELIGIEUSES SONT ORGANISEES AVEC LA SEULE AUMONERIE CATHOLIQUE ; IL N'EXISTE PAS D'AUMONERIE POUR LES AUTRES CULTES	43
5.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	44
5.1	LA VIE COURANTE : LES FONCTIONS LOGISTIQUES SONT CORRECTEMENT ASSUREES, L'ACCES DES PATIENTS AU RESTAURANT COMMUN AVEC LE PERSONNEL FAVORISE LA SOCIABILITE.	44
5.1.1	La restauration	44
5.1.2	L'hygiène	44
5.1.3	La sécurité.....	45
5.1.4	Les transports.....	45
5.1.5	L'accès au tabac	45
5.2	LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT MISES A L'EPREUVE PAR L'ELOIGNEMENT GEOGRAPHIQUE ...	46
5.2.1	Le téléphone	46
5.2.2	Le courrier	47
5.2.3	Les visites	47
5.2.4	La télévision	48
5.2.5	L'informatique et l'accès à internet	49
5.3	L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS : L'UISR DISPOSE D'EQUIPEMENTS TRES ADAPTES ET PERMET D'ASSURER LA CONTINUITE DES ACTIVITES THERAPEUTIQUE.	49
5.3.1	La cafétéria.....	49
5.3.2	La bibliothèque	50
5.3.3	Les activités thérapeutiques	50
5.4	LES SOINS SOMATIQUES SE SONT NETTEMENT DEVELOPPES DEPUIS L'ARRIVEE D'UN SECOND MEDECIN SOMATICIEN	53
5.4.1	L'accès au médecin généraliste.....	53
5.4.2	Les consultations de spécialités	54
5.5	L'ISOLEMENT S'AVERE TROP LONG ET EST PRATIQUE DANS DES INSTALLATIONS PARFOIS INADAPTEES ; LE RECOURS A LA CONTENTION SEMBLE PEU FREQUENT.	54
5.5.1	L'isolement.....	55
5.5.2	La contention	60
5.6	LES INCIDENTS : LA GESTION DES DISPARITIONS INQUIETANTES EST A AMELIORER	61
6.	LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE.....	63

6.1	LE POLE N°1 : DEUX UNITES FERMEES VETUSTES N'OFFRANT PAS D'ACTIVITE NI D'ESPACE EXTERIEUR MAIS D'OU LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT PEUVENT SORTIR	63
6.1.1	Présentation générale	63
6.1.2	Les locaux	64
6.1.3	Le personnel	65
6.1.4	Les patients	65
6.1.5	La vie quotidienne dans l'unité	66
6.2	LE POLE N° 2 : L'UNIQUE UNITE D'HOSPITALISATION EST INSTALLEE DANS DES LOCAUX ENTIEREMENT RENOVES EN 2013 ; C'EST LA SEULE UNITE OUVERTE DE L'ETABLISSEMENT.	68
6.2.1	Présentation générale	68
6.2.2	Les locaux	69
6.2.3	Le personnel	69
6.2.4	Les patients	70
6.2.5	Le projet thérapeutique	70
6.3	LE POLE N°3 : DEUX UNITES FERMEES, UN PERSONNEL CONCERNE MAIS UNE DYNAMIQUE QU'IL FAUT RENOUVELER	72
6.3.1	Présentation générale	72
6.3.2	Les locaux	73
6.3.3	Le projet thérapeutique	74
6.3.4	L'activité du pôle 3	77
6.4	LE POLE N°4 : DEUX UNITES FERMEES REMISES EN ETAT MAIS OFFRANT PEU D'ACTIVITES ET AUCUN ESPACE EXTERIEUR	79
6.4.1	Présentation générale	79
6.4.2	Les locaux	80
6.4.3	Le personnel	82
6.4.4	Les patients	82
6.4.5	La vie quotidienne	82
6.5	LE POLE N°5 EST LE SEUL IMPLANTE GEOGRAPHIQUEMENT DANS SON SECTEUR, MAIS PATIT DE L'ELOIGNEMENT.	85
6.5.1	Présentation générale	85
6.5.2	Les locaux	86
6.5.3	Le personnel	87
6.5.4	Les patients	88
6.5.5	La vie quotidienne	88
7.	CONCLUSION GENERALE.....	90
	ANNEXES	92

Rapport

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, cheffe de mission ;
- Ludovic Bacq ;
- Dominique Bigot ;
- Jean-Christophe Hanché ;
- Maud Hoestlandt ;
- Vianney Sevaistre ;
- Cédric de Torcy ;
- Pierre Rouvière, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs et un stagiaire ont effectué une visite annoncée de l'établissement public de santé (EPS) Roger Prévoit à Moisselles (Val-d'Oise) du 2 au 4 mai et du 9 au 13 mai 2016.

Un rapport de constat de cette visite a été adressé à la directrice de l'établissement le 9 juin 2017. Par courrier en date 11 septembre 2017, cette dernière a communiqué au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ses observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement public de santé Roger Prévoit, situé 52 rue de Paris, à Moisselles (Val d'Oise) le lundi 2 mai 2016 à 14h. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 13 mai à 11h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur adjoint, en l'absence de la directrice de l'établissement. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue devant une vingtaine d'auditeurs dont la présidente de la commission médicale de l'établissement (CME), des chefs de pôles, des cadres de santé et des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Val-d'Oise, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Pontoise, la présidente et le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de Pontoise. Les contrôleurs ont rencontré un représentant de l'UNAFAM², le juge des libertés et de la détention (JLD) et ont pu assister à deux audiences au sein de l'établissement. Ils se sont également entretenus avec un avocat de permanence.

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

Une salle de travail équipée de téléphones et d'ordinateurs permettant d'accéder au site intranet a été mise à la disposition des contrôleurs. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique alimenté tout au long de la visite.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 13 mai à 9h30 en présence notamment de la directrice, de son adjoint, de la présidente de la CME, de chefs de pôles et de cadres supérieurs.

² Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 Situé sur la commune de Moisselles dans le Val-d'Oise, le centre hospitalier Roger-Prévoit prend en charge les secteurs psychiatriques du Nord des Hauts-de-Seine et cherche sa place dans des territoires de santé en recomposition

La caractéristique de l'établissement public de santé mentale Roger-Prévoit est d'être situé dans le Val-d'Oise et de prendre en charge une population de plus de 330 000 habitants sur cinq secteurs de psychiatrie adulte des Hauts-de-Seine : Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne ; Asnières-sur-Seine ; Clichy-la-Garenne ; Levallois-Perret ; La Garenne-Colombes et Bois-Colombes (92.G01, 92.G02, 92.G03 et 92.G04, 92.G05).

L'établissement dispose de cinq pôles adulte d'une capacité de 160 lits et d'un pôle de pédopsychiatrie. Il offre une trentaine de lieux de soins ambulatoires pour adultes et dix structures intersectorielles infanto-juvéniles, tous implantés dans le Nord du département des Hauts-de-Seine. Seule une unité d'hospitalisation du pôle G05 a été relocalisée au sein du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (CASH).

Dix pôles ont été déterminés pour la gouvernance de l'établissement :

Dénomination des pôles	Population couverte
Pôle 1 : Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne et l'UISR ³	66 644
Pôle 2 : Asnières-sur-Seine	83 845
Pôle 3 : Clichy-la-Garenne	59 250
Pôle 4 : Levallois-Perret	64 654
Pôle 5 : La Garenne-Colombes et Bois-Colombes	57 080
Pôle 6 : Inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile	331 473
Pôle 7 : Médico-technique	
Pôle 8 : Maison d'accueil spécialisée (MAS)	
Pôle 9 : Institut de formation en soins infirmiers et aides-soignants	
Pôle 10 : Pôle administration et logistique	

On relève dans ces dénominations qu'il n'y a pas de manière explicite de pôle de « direction » mais seulement un pôle 10 intitulé « administration et logistique ».

Le site hospitalier présente une structure pavillonnaire. La partie historique a été conservée et rénovée. Cette partie rénovée, de belle facture, accueille une maison d'accueil spécialisée (MAS) au rez-de-chaussée et les unités d'hospitalisation du secteur d'Asnières-sur-Seine aux étages supérieurs.

³ Unité intersectorielle de soins et de resocialisation.

Les bâtiments pavillonnaires datent des années 1970 et n'ont pas bénéficié de rénovation d'ensemble depuis.

De forme carrée, ils sont à deux niveaux et disposent d'un patio central. Le rez-de-chaussée est réservé aux locaux administratifs ; le premier étage à l'hospitalisation. De fait, l'accès pour les patients au parc de sept hectares n'est pas facilité. Seul, un balcon étroit et sécurisé permet aux patients de bénéficier d'un espace extérieur.



Vue générale de l'établissement

L'établissement dispose par ailleurs sur le site de Moisselles de trois unités spécifiques :

- une unité intersectorielle de soins et de resocialisation ;
- un foyer de post cure ;
- une unité de soins somatiques.

Les unités intra hospitalières sont implantées dans le Val-d'Oise (95) et les structures extra hospitalières sont situées dans le nord des Hauts-de-Seine (92), à une quarantaine de kilomètres.

Cette position extra sectorielle est délicate au regard des principes de la sectorisation psychiatrique qui prévoit la continuité des soins entre hospitalisation à temps complet et prise en charge ambulatoire afin d'assurer des liens étroits avec l'environnement du patient.

Cette situation est l'héritage de l'histoire de l'établissement.

2.1.1 Bref historique

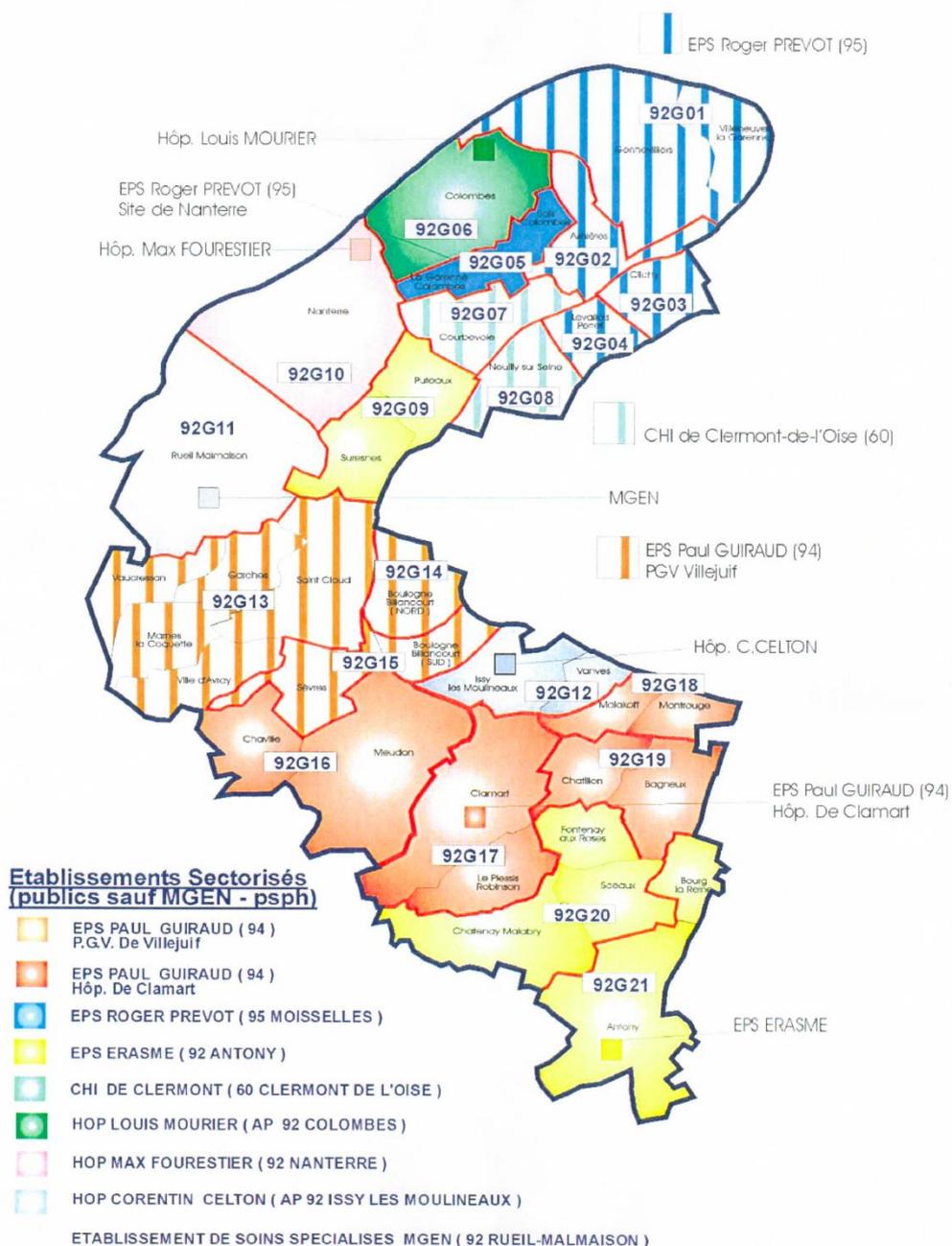
C'est le 24 décembre 1892 que le département de la Seine se rend acquéreur d'une ancienne colonie pénitentiaire située à Moisselles. Le projet était de transformer les bâtiments en « école de réforme pour enfants assistés ». Le projet fut abandonné.

Par la suite, le site a été mobilisé pour accueillir les maladies contagieuses du cuir chevelu mais sans grand succès. Il a été envisagé, tour à tour, d'y établir un internat de garçons, d'y hospitaliser les enfants difficiles de l'Assistance publique et finalement de mettre la propriété de Moisselles à la disposition d'un « service d'aliénées tranquilles ». Y seront accueillies 300 malades femmes.

En application de la loi du 31 juillet 1968 relative à la sectorisation psychiatrique, l'hôpital psychiatrique de Moisselles fut érigé en établissement public départemental des Hauts-de-Seine.

Il accueille, depuis lors, des patients des secteurs du Nord de ce département. Ce dispositif d'hospitalisation est complété par une trentaine de structures d'hospitalisations partielles et de consultations.

SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE DES HAUTS-DE-SEINE ETABLISSEMENTS SECTORISES



En hachuré les lits d'hospitalisation situés hors du département

ARS - DT 92 / Etab de Santé

ARS 92 - COM 92 - page 5 sur 9

2.1.2 Les perspectives

a) La position de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France

L'objectif de relocalisation dans le département des Hauts-de-Seine, prévue dans le schéma d'organisation des soins du projet régional de santé de l'ARS Île-de-France n'a pas abouti. Selon la direction de l'établissement, cet objectif reste prioritaire pour les autorités de tutelle. Des crédits auraient été sollicités par l'ARS auprès des ministères de la Santé et du Budget pour un programme d'investissement de cinquante millions d'euros.

Par le passé, différents projets de relocalisation n'ont pu être concrétisés. Ainsi, depuis le dernier quart de siècle, l'établissement a examiné différentes possibilités, parmi lesquelles : le déménagement dans une ancienne polyclinique à Clichy en 1990, l'acquisition d'un bâtiment à Levallois en 2000, le regroupement sur le CASH de Nanterre en 2005.

Ces projets, qui n'ont pu aboutir laissent, dans la mémoire collective du personnel, des souvenirs nébuleux et confus et un sentiment de désarroi.

Lors de la visite du CGLPL, il n'a pas été possible à la direction de présenter un projet actualisé étayé et chiffré.

Or, compte tenu des évolutions législatives, un projet d'établissement propre au centre hospitalier de Moisselles devra se conjuguer désormais avec l'émergence des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des communautés psychiatriques de territoire associant plusieurs établissements. En effet, au terme de la loi santé n° 2016-31 du 28 janvier 2016 et du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, chaque établissement public de santé devra, avant le 1^{er} juillet 2016, intégrer par convention un GHT.

Le pré-découpage en Île-de-France, proposé par l'ARS Île-de-France dans le cadre d'une concertation régionale, est aujourd'hui stabilisé et devrait donner naissance à quatorze GHT sur l'ensemble de la région. Le centre hospitalier Roger Prévoit constituerait un des éléments d'un GHT regroupant notamment les hôpitaux de Taverny, Montmorency, Argenteuil et le CASH de Nanterre.

b) Les aspirations de la communauté médicale

Le collège médical du centre hospitalier Roger Prévoit, réuni le 21 avril, s'est prononcé contre ce GHT. Ce même collège – et non la CME – a voté une motion adressée à l'ARS visant à solliciter une dérogation d'adhésion à ce GHT. Cette motion propose la constitution d'une communauté psychiatrique de territoire pour le Nord des Hauts-de-Seine en collaboration avec les secteurs de psychiatrie voisins de Neuilly, Courbevoie, Nanterre, de l'hôpital Louis Mourier (Colombes) ainsi qu'avec l'ensemble des partenaires et associations de familles d'usagers.

Lors de son entretien avec les contrôleurs, la présidente de la CME a été invitée à commenter la situation de l'établissement et ses perspectives. Il ressort de cet entretien que la distance entre le lieu d'hospitalisation et les secteurs confiés nuit à la continuité des soins et fait obstacle à la réintégration des patients dans la cité. Les ruptures familiales ainsi que le coût et le temps passés en déplacements pour les professionnels sont des éléments majeurs soulignés par la présidente de la CME.

Cette dernière évoque d'autres difficultés, communes à la plupart des services de psychiatrie.

Le document remis au CGLPL par la présidente de la CME évoque :

- « ...la saturation de l'ensemble des dispositifs ;
- l'augmentation des soins sous contrainte et les lourdeurs administratives inhérentes à ce type de prise en charge ;
- l'augmentation de la violence dans les services conduisant à l'augmentation des mises en chambre d'isolement et de la contrainte sous toutes ses formes ;
- les nouvelles pratiques de la clinique, en lien avec les évolutions sociétales et la nécessité de formation des jeunes professionnels qui n'ont pas bénéficié, pour la plupart, de formation psychiatrique suffisante ;
- la précarité des populations aggravée par la crise qui complexifie les prises en charge ;
- l'accueil de populations hétérogènes dans une même unité : jeunes adultes, sujets âgés, épisodes aigus et patients au long cours, états limites à la frontière de la psychiatrie... »

Dans ce contexte, les objectifs déclarés que se donnent la communauté médicale sont de :

- « ...offrir des conditions d'hospitalisation décentes et adaptées à la clinique, fluidifier le parcours de soin et lutter contre le surencombrement des services ;
- renforcer les liens entre intra et extra hospitalier, condition nécessaire à une adhésion des patients au projet thérapeutique et renforcer les dispositifs extra hospitaliers pour prévenir les rechutes ;
- favoriser la réinsertion psycho-sociale, professionnelle, familiale des patients ;
- renforcer la formation du personnel en privilégiant l'interdisciplinarité...».

A ce jour, les hypothèses de travail pour une relocalisation de l'établissement sont encore multiples. Lors de la visite du CGLPL, aucune n'était validée. Des témoignages de la présidente de la CME et des cadres supérieurs rencontrés, il ressort clairement que l'absence de vision à long terme nuit à la conduite au quotidien de l'établissement qui ne dispose pas d'un réel projet ni d'une politique adaptée à ses ambitions. Élaborer un projet réaliste et crédible, tenant compte des nécessaires coopérations est la mission que l'ARS semble avoir confiée à la nouvelle directrice de l'établissement nommée au début de l'année 2016.

À ce jour, l'absence de projet réaliste, chiffré et jalonné dans le temps, est à la fois prétexte et motif pour différer la mise en place d'organisations propices à améliorer les prises en charge des patients et ceci malgré un engagement du personnel médical et non médical.

Pourtant, l'état actuel des bâtiments pavillonnaires, avec l'existence de chambres à trois, voire quatre lits, l'absence de sanitaires individuels et d'espaces de soins thérapeutiques et de circulation libre, nécessitent des mesures rapides afin d'améliorer les conditions de vie des patients.

Ces premières observations, conjuguées aux constats ci-dessous en matière de personnel, de situation budgétaire et d'activité, conduisent à formuler la recommandation suivante :

Recommandation :

Il importe d'arbitrer rapidement entre un projet de relocalisation encore hypothétique et des investissements ciblés sur le site de Moisselles améliorant rapidement les conditions de vie des patients. Faute de positionnement clair, d'autres évolutions, dans le cadre de coopérations

inter établissements, pourraient s'affirmer implicitement et conduire à la répartition des secteurs sur d'autres établissements déjà existants. Sans prendre position sur un choix de projet, le contrôle général des lieux de privation de liberté affirme la nécessité d'offrir, dans les meilleurs délais, des conditions d'hébergement et de prise en charge thérapeutique conformes aux besoins et aux droits des patients.

2.2 Le personnel est impliqué dans son travail quotidien et inquiet du devenir de l'établissement

Le personnel, tant médical que non médical, a exprimé, lors de la visite, son engagement envers l'institution mais également ses inquiétudes sur son devenir.

2.2.1 Les effectifs

Les effectifs médicaux sont bien dotés comparés aux moyennes nationales. Il y a très peu de vacances de poste alors que d'autres établissements souffrent d'une pénurie de psychiatres.

De même pour le personnel non médical (PNM), les effectifs sont au complet. Ils ont significativement augmenté ces dernières années malgré une diminution du nombre de lits.

Tableau des équivalents temps plein rémunérés (ETPR) budget principal

	2013	2014	2015
ETPR (PM)	50,34	52,71	53,62
ETPR (PNM)	615,88	619,66	621,47
TOTAL	666,22	672,37	675,09

Sources : DRH et bilan social de l'établissement

2.2.2 La formation professionnelle continue

La politique de formation professionnelle est bien conduite et semble satisfaire les membres du personnel rencontrés. Les tableaux chiffrés fournis dans le cadre du bilan social montrent que l'effort de formation continue (Développement Professionnel Continu au sens large et promotion professionnelle) demeure soutenu dans l'hôpital puisque les taux réglementaires sont atteints, voire dépassés.

On relève dans le plan de formation pour 2015, les thèmes suivants : prévention des situations d'agressivité et de violence en psychiatrie, prise en charge de la douleur, relation d'aide et conduite d'entretien, soins spécifiques infirmiers en santé mentale.

2.2.3 Le turn-over et la moyenne d'âge

Le *turn-over* du personnel est faible et les départs, souvent liés aux retraites, sont remplacés. Le personnel paramédical, qui vit en général à proximité, dispose de conditions relativement

avantageuses : vingt-sept jours de congés annuels, des horaires en continu de 7h30 ou 8h par jour. Il n'y a pas d'harmonisation des cycles de travail entre les pôles et chaque pôle organise les temps de travail de manière autonome. Certains cycles de travail (en 8h) génèrent des RTT (vingt-cinq jours de RTT par an). Par ailleurs, l'établissement dispose d'une crèche pour les enfants du personnel. Le coût de fonctionnement de cette crèche est de 500 K€ par an à la charge de l'établissement.

L'âge moyen des agents est à la baisse, conséquence du départ en retraite de nombreux "baby-boomers" qui partent à un âge moyen très supérieur à 60 ans ; ainsi, l'âge moyen des médecins est de 54 ans (55,25 en 2013) et de 41 ans pour le personnel non médical (45,06 en 2013).

2.2.4 L'absentéisme et les accidents du travail

L'absentéisme est faible. Selon les données fournies pour 2014, il est de 2,28 % pour les médecins – alors que la moyenne nationale se situe à 4 % – et de 7,85 % pour le personnel non médical ; la moyenne nationale se situant pour 2013 à 7,89 %.

Toutefois, cet absentéisme a progressé en 2014 de 0,7 % sans qu'un éclairage permette de tirer des enseignements probants de ce constat.

Les accidents du travail sont relativement nombreux et font tous l'objet de « déclarations » à l'administration. Il est à noter que le bilan social, qui fait apparaître les causes d'accidents du travail, a prévu une rubrique spécifique pour les accidents du travail liés au « contact avec des agités ».

Causes d'accident du travail (AT)	Nombres d'AT	AT avec arrêt de travail ⁴
Accident. de circulation	5	3
Autres éléments matériels	17	9
Exposition au sang	0	0
Chute de hauteur	2	2
Chute de plain-pied	10	5
Contact avec agités	29	9
Effort manipulation de charges	2	1
Machine fixe	1	0
Manutention malades	2	1
Objet en mouvement	6	4
Outil ou instrument	1	0
Produits toxiques nocifs	2	0
TOTAL	77	34

⁴ Tableau extrait du bilan social 2015 de l'établissement.

théorique d'heures supplémentaires par agent est de 8,5 heures par an. Le chiffre national ressortant à 21 heures. Ce nombre d'heures supplémentaires demeure faible dans l'établissement. En coût moyen, il représente deux ETP, chiffre en régression sensible par rapport à 2013.

Il apparaît que les heures supplémentaires ne sont pas utilisées comme moyen habituel de gestion des ressources humaines mais comme un palliatif ponctuel et limité. L'intérim est inexistant au sein de l'établissement (alors qu'il représente 0,5 % de la masse salariale dans la moyenne des hôpitaux). Il conviendrait toutefois de corriger cette observation en prenant en compte la pratique locale des recours "vacataires", utilisée pour les remplacements des congés d'été et certaines nuits compte tenu de l'absentéisme.

2.2.5 Les relations sociales

Les instances de concertation se réunissent régulièrement. Leurs comptes rendus témoignent d'un travail fourni, centré toutefois davantage sur les conditions de travail du personnel que sur la qualité de prise en charge des patients.

Deux organisations syndicales participent activement à la vie de l'établissement ; la CGT y est largement majoritaire. Les contrôleurs ont rencontré, à sa demande, le représentant du personnel CGT au conseil de surveillance, accompagné de deux responsables locaux. La section CGT de l'établissement a souhaité témoigner de son attachement au maintien du site de Moisselles et de son inquiétude face aux différents projets de GHT.

Recommandation

Le projet de restructuration interne ou de relocalisation qui reste à élaborer, nécessite le déploiement d'une pédagogie des enjeux auprès des partenaires sociaux et une réflexion sur les organisations du travail préfigurant le nouvel établissement. Ceci dans un souci d'optimisation des moyens et de meilleure prise en charge des patients.

2.3 Les moyens financiers de l'établissement lui permettent d'entreprendre des investissements ciblés améliorant les conditions d'hospitalisation sur le site de Moisselles.

2.3.1 Le budget de fonctionnement

L'établissement présente des comptes financiers en équilibre voire en léger excédent.

Les points majeurs à relever sont :

- une quasi-stagnation des ressources (dotation accordée par l'ARS) durant les trois dernières années, soit 0,56 % d'augmentation entre 2014 et 2015 ;
- une augmentation significative de la masse salariale (titre I des dépenses) de 1,86 % entre 2014 et 2015 ;
- des charges financières (amortissements, remboursement d'emprunts) en diminution.

De fait, les charges en personnel augmentent, les recettes stagnent, les investissements diminuent. Or, l'établissement s'interroge sur son devenir dans un contexte de restructuration hospitalière. La poursuite d'une gestion à court terme obère les capacités de concrétisation d'un

projet d'établissement clair, documenté et validé par les instances de l'établissement et les autorités de tutelle et qui pourrait se traduire par des investissements propres à améliorer notamment les conditions d'hospitalisation des patients sur le site de Moisselles.

2.3.2 Les capacités d'investissements

Paradoxalement, l'établissement dispose encore d'une capacité d'autofinancement qui pourrait lui permettre d'agir rapidement et de concrétiser à Moisselles des investissements ciblés visant à améliorer le confort des patients.

	2013	2014	2015
Capacité d'autofinancement (CAF)			
En euros	3 666 342	3 794 965	3 887 127

L'option de conforter le site de Moisselles semble, d'ailleurs, être le choix implicite des investissements des deux dernières années. Les tableaux de synthèse des investissements des années 2014 et 2015 fait apparaître des travaux dans les bâtiments H4 et H5 pour un montant global de plus 700 000 €.

Par ailleurs, les documents présentés pour 2015 ne font plus apparaître de provision au titre du projet de relocalisation malgré les capacités d'autofinancement.

En 2015, les travaux relatifs à l'installation de sanitaires dans les chambres de soins intensifs et l'aménagement des locaux de l'unité de soins somatiques sont à relever.

2.4 Les données d'activité de l'établissement ne semblent ni fiables ni exhaustives.

Lors du contrôle, le médecin DIM (département de l'information médicale), a exprimé de grandes réserves quant à la fiabilité des données produites. Le recueil des activités semble aléatoire selon les pôles et certains médecins paraissent négliger voire ignorer la nécessité de coder les actes réalisés. L'absence de données d'activité fiables et pertinentes pourrait nuire à l'établissement dans ses négociations pour un positionnement au sein d'un GHT ou d'une communauté hospitalière de soins psychiatriques. La directrice de l'établissement précise dans ses observations que l'exhaustivité des diagnostics du DIM s'est significativement améliorée depuis le mois de janvier 2017.

Les données les plus pertinentes, pour les prises en charge à temps complet, ont été extraites du rapport d'activité 2014 de l'établissement. Elles sont présentées en tableaux de synthèse ci-dessous.

L'activité de l'année 2014 se caractérise par une forte augmentation des séjours en soins sans consentement : + 27,51 % par rapport à 2013. Le nombre de séjours avec isolement thérapeutique semble avoir augmenté de près de 49 % selon les données fournies.

Ces constats invitent à une analyse des motifs et circonstances expliquant cette recrudescence.

Les informations fournies aux contrôleurs n'ont pas permis d'éclairer significativement ces données.

2.4.1 Statut des hospitalisations

	Année 2014	Année N-1	Evolution en %
Nombre de patients	971	1 001	- 3
Age moyen	43,54	43,28	0,6
Nombre de mineurs reçus	6	8	
% de patient masculin	52,51	52,16	
Durée moyenne de séjour (DMS)*	27,11	26,61	1,87
Durée moyenne d'hospitalisation (DMH)*	64,01	69,98	- 8,53
Nombre de séjours sans consentement	1 015	796	27,51
Nombre de journées sans consentement ou sous contrainte	23 365	23 361	0,02
Nombre de séjours avec isolement thérapeutique	134	90	48,89
Nombre de journées avec isolement thérapeutique	1 108	869	27,5

- DMH : Durée moyenne d'hospitalisation annuelle pour un patient pour l'ensemble des unités. Un patient hospitalisé plusieurs fois dans l'année n'est compté qu'une fois pour la durée cumulée de ses séjours.

Les tableaux présentés lors du recueil des éléments d'activité par le contrôle font ressortir des chiffres quelque peu différents sans bouleverser les grandes tendances.

Activité par statut d'hospitalisation psychiatrie adulte	2014		2015	
	Patients	Journées	Patients	Journées
Total soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	104	11 760	104	9 976
<i>dont décision judiciaire</i>	12	2 796	15	2 687
Total soins à la demande d'un tiers (SDT)	426	14 978	444	17 695
<i>dont péril imminent</i>	147	5 257	147	5 849
Total soins libres	482	29 585	561	27 405
Total soins	1 012	11 760	1 108	55 076
Nombre de lits	175		175	
Taux d'occupation	88,2 %		86,2 %	

On peut relever une activité soutenue au regard du nombre de lits avec un taux d'occupation de 88 %. Ce taux est fréquent dans les établissements et ne peut à lui seul conforter le sentiment de saturation des lits exprimé par les médecins. D'autres explications sont à rechercher dans un certain cloisonnement des organisations et dans le manque de fluidité inter sectorielle qui s'avère toujours nécessaire.

Par ailleurs, l'examen de l'origine géographique des patients témoigne d'un bon ancrage du recrutement sur les secteurs psychiatriques confiés à l'établissement :

Recommandation

Le DIM doit disposer de données d'activités fiables par un codage et un travail d'analyse avec la communauté médicale. L'ensemble des professionnels, en particulier les chefs de pôle, doit activement y contribuer.

2.5 Les contrôles institutionnels : la traçabilité interne est bien effectuée, les organes de supervision sont peu présents

2.5.1 Le registre de la loi

Le registre de la loi est particulièrement bien tenu.

Une copie réduite de l'ensemble des certificats médicaux est insérée dans le registre.

2.5.2 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a été réactivée en 2013 après deux années de non fonctionnement. Elle est composée de cinq membres :

- la vice-présidente du TGI de Pontoise ;
- un psychiatre, praticien hospitalier au centre hospitalier d'Argenteuil, président de la CDSP ;
- un médecin généraliste ;
- une représentante de l'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques) ;
- un représentant de la Fnapsy (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie).

Chaque visite annuelle est annoncée par des affichettes placées dans chaque unité. A cette occasion, la CDSP reçoit quatre à cinq patients. Au moment de la visite des contrôleurs, son dernier passage à l'EPS de Moisselles datait du 2 février 2016. Depuis le 1^{er} janvier 2016, elle n'a reçu qu'un courrier d'un patient.

La CDSP a fait part aux contrôleurs des constats suivants :

- le projet de déplacement de l'établissement qui n'aboutit pas inhibe toute initiative à tous les niveaux ; on n'ose plus envisager de modification, de projet : « ça sera refusé » ;
- il n'est pas normal que l'établissement soit géré par le Val-d'Oise mais financé par la DAF des Hauts-de-Seine ;
- dans l'ensemble, les unités d'hospitalisation des secteurs du Val-d'Oise sont sous-dotées avec quelque vingt à vingt-cinq lits par secteur ;
- l'emplacement de l'EPSM de Moisselles entraîne des distances excessives pour les patients, leurs familles et les médecins qui interviennent dans plusieurs établissements du département ;
- les chambres des unités d'hospitalisation sont en mauvais état ;

- les CSI sont indignes, trop nombreuses et utilisées de façon excessive ; « *moins on dispose de CSI, plus on réfléchit à des alternatives* ».

2.5.3 La visite des autorités

Les visites des autorités sont rares.

Au moment de la visite des contrôleurs, les derniers visas d'autorités apposés sur les registres de la loi dataient du 12 septembre 2014 et du 2 février 2016 pour la CDSP (en 2015, la visite a été annulée deux fois), et du 22 mai 2012 et du 14 janvier 2014 pour le procureur de la République.

2.6 Les garanties de qualité de la prise en charge pourraient être renforcées

2.6.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

a) Les associations de familles

L'UNAFAM assure les entretiens avec les familles en fonction des demandes dans un bureau mis à sa disposition au sein de l'établissement. Une écoute téléphonique d'assistance est également disponible. Des affiches, réparties dans les différents locaux de l'établissement, informent de la présence de l'association.

Dans le livret d'accueil, le chapitre « autres informations » regroupe les coordonnées des différentes associations dont l'UNAFAM mais aussi celles de l'UNAPEI (union nationale des associations de parents et d'enfants inadaptés) ainsi que la Fnapsy.

Deux représentants de l'UNAFAM sont membres de la commission des usagers.

Si la prise en charge des patients est globalement satisfaisante selon l'UNAFAM, celle-ci revendique cependant les évolutions suivantes :

- une amélioration du confort des chambres – essentiellement du mobilier – ainsi qu'un rafraîchissement des locaux en général ;
- une amplitude plus large des horaires du self ;
- de meilleures conditions d'accueil des familles le week-end, surtout quand la cafétéria est fermée.

b) La commission des usagers

La liste actualisée des membres de cette commission est affichée dans tous les lieux fréquentés par les usagers, elle est également contenue dans le livret d'accueil et disponible sur internet.

En 2015, la commission a tenu quatre réunions plénières ainsi que diverses réunions ponctuelles telles que les rencontres avec les médiateurs ou celles tenues en vue de l'examen des plaintes et réclamations.

Elle n'a pas mis en place de formation spécifique à destination de ses membres ni d'information particulière au personnel de l'établissement sur son rôle.

Aucune réunion entre les associations présentes dans l'établissement de soins et la commission des usagers n'a été organisée.

Les membres de la commission ont participé à la rédaction du rapport d'activité annuel ; les représentants d'usagers ont émis des observations positives sur le fonctionnement de la commission :

- la gestion des réclamations ;
- la mesure de la satisfaction des usagers ;
- la politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes.

Le rapport a été présenté au conseil de surveillance ainsi qu'à la commission médicale d'établissement (CME).

Il n'existe pas de maison des usagers au sein de l'établissement. En revanche, une personne chargée des relations avec les usagers a été désignée, mais n'intervient pas à temps plein. Sa fonction et ses coordonnées sont affichées dans les services et elle est bien identifiée par les agents assurant le standard ou l'accueil de l'établissement. Cependant, il est regrettable qu'aucun échange entre cet agent et les équipes soignantes ne soit organisé.

c) Le comité d'éthique

Le groupe de réflexion éthique en psychiatrie (GREP) s'est réuni cinq fois en 2015 et, au jour de la visite, une fois en 2016.

Il a d'abord travaillé sur la rédaction de ses statuts et de son règlement intérieur, en date du 4 avril 2013. En 2015, des réflexions globales ont été conduites sur différents sujets comme l'élaboration d'un questionnaire d'explication des démarches du GREP destiné aux agents ou la création d'un audit par service sur la consommation du tabac en vue d'élaborer une réglementation interne de son usage.

Malgré son souhait de travailler à partir des difficultés concrètes rencontrées par les agents, le comité n'a reçu qu'une saisine.

Le comité peine à développer une réelle réflexion éthique quand il existe une tension entre les valeurs pour guider la décision dans des situations cliniques particulières et le respect de la dignité des patients.

d) Les questionnaires de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction est donné au moment de la sortie et les équipes proposent au patient une aide pour le compléter. Détaillé, il recense les questions liées à l'accueil, l'information, l'attitude du personnel, la chambre, la restauration et la prise en charge. C'est la direction de la qualité et de la gestion des risques qui réalise l'analyse des questionnaires et qui met éventuellement en place des enquêtes de satisfaction ; elle l'a notamment fait au sujet de la restauration.

Le rapport de la commission des usagers indique que 155 questionnaires de satisfaction ont été distribués en 2015 et que 105 ont été remplis par les patients.

Les contrôleurs s'étonnent du faible nombre de questionnaires distribués par rapport à la file active (2 363 hospitalisations complètes en 2015) et aux années précédentes puisqu'en 2013, 1 045 questionnaires ont été distribués et 905 en 2014.

Le rapport de la commission des usagers précise que la prestation médicale a recueilli le plus de satisfaction, et que l'information du patient en a recueilli le moins.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement est fréquemment perturbée par la sur occupation de certaines unités

3.1.1 Les modalités d'admission

Le service des séjours hospitaliers, situé au rez-de-chaussée du bâtiment administratif, est en charge des admissions, de la gestion des dossiers administratifs et de la facturation. Il comprend sept agents ; il est ouvert de 8h30 à 17h du lundi au vendredi.

En dehors de cette plage d'ouverture, les admissions sont réalisées dans les services. Dans le cas où aucun lit n'est disponible dans le secteur du patient, l'administrateur de garde fait le point avec le cadre concerné et prend la décision d'affecter le patient dans une unité d'un autre secteur.

Les patients proviennent en grande majorité des urgences des hôpitaux des Hauts-de-Seine, du CHU Beaujon (Clichy), de Louis Mourier (Colombes), d'Ambroise Paré (Boulogne-Billancourt).

Les admissions programmées en soins libres peuvent se faire à partir de consultations dans les centres médico-psychologiques des secteurs. Dans ce cas, la date d'admission est fixée en fonction de la situation en lits de l'unité d'hospitalisation du secteur concerné.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les ambulances ne s'arrêtaient pas forcément au service des admissions qui ne dispose donc pas des pièces nécessaires à l'enregistrement du patient et à son admission. Dans ce cas, les formalités sont réalisées *a minima* et complétées par les données fournies par les secrétariats des unités.

3.1.2 La notification de la décision d'admission et des voies de recours

Un agent du service des séjours hospitaliers est chargé de la notification des mesures d'admission ou de maintien en soins psychiatriques sans consentement, des voies de recours et de la communication des droits y afférents. Il se déplace dans les unités d'hospitalisation pour remettre au patient le document de notification. Si l'état du patient le permet, celui-ci signe le document ; dans le cas où il refuse ou n'est pas en état de reconnaître que la décision lui a été notifiée, l'agent administratif et un infirmier – avec leur nom, prénom et qualité – signent le document. En cas d'ASDRE, une copie de l'arrêté préfectoral est également remise au patient ; en cas d'ASPDT, la décision du directeur n'est pas transmise au patient au motif qu'elle comporte la mention du tiers demandeur. Selon les informations fournies par la directrice dans sa réponse à l'envoi du rapport de constat, « *le modèle de décision d'admission sans consentement a été modifié de façon à ce que le nom du tiers demandeur d'une hospitalisation en SDT ne soit pas communiqué au patient dès son admission* ».

Par ailleurs, aucune copie des certificats médicaux n'est remise avec la notification.

Les notifications étant exclusivement effectuées par le service des séjours hospitaliers, elles ne sont jamais effectuées les week-end et jours fériés. Un patient admis un vendredi en fin de journée recevra la notification de sa mesure le lundi suivant au plus tôt.

Dans son courrier en date du 11 septembre 2017, la directrice de l'établissement précise « *qu'une procédure relative aux décisions d'admission et aux notifications des mesures en dehors des heures d'ouverture du service des séjours hospitaliers a été élaborée* » mais sans préciser laquelle.

Recommandation

L'établissement doit mettre en place une procédure alternative de notification des mesures d'admission et de maintien en soins sans consentement les week-end et jours fériés, en l'absence d'agent du service des séjours hospitaliers en charge de ces notifications.

Le document de notification comporte au recto le texte de la notification signé par le directeur, un paragraphe soumis à la signature du patient qui reconnaît avoir été informé de la décision et de ses droits et un autre paragraphe soumis à la signature des soignants lorsque « *le patient refuse ou n'est pas en état de reconnaître que la décision lui est notifiée* ». Ce document reprend l'ensemble des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique.

Au verso du document sont précisées les adresses des autorités citées : la CDSP du Val-d'Oise, le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Pontoise, le président de ce tribunal et le juge des libertés et de la détention, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la préfecture des Hauts-de-Seine, la délégation territoriale des Hauts-de-Seine de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, la mairie de Moisselles et l'ordre des avocats du Val-d'Oise. Les numéros de téléphone sont également mentionnés à l'exception de celui du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Bonne pratique

Le formulaire de notification d'admission ou de maintien en soins sans consentement comporte les adresses des autorités auxquelles les patients peuvent adresser leurs recours.

3.1.3 Le recueil des observations des patients

Le recueil des observations des patients - tel que prévu par l'article L 3211-3 du code de la santé publique - n'est pas protocolisé dans l'établissement.

Dans son courrier, la directrice de l'EPS précise que « *les dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique prévoyant un recueil des observations des patients sont désormais rappelées par voie d'affichage* ».

Recommandation

Un protocole de recueil des observations des patients doit être mis en place.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Le livret d'accueil informe le patient qu'il peut demander un formulaire de désignation auprès de son unité d'accueil. La procédure A23 de « *désignation d'une personne de confiance* » précise qu'un membre de l'équipe soignante informe le patient le plus tôt possible après son admission de la possibilité de désigner une personne de confiance. Selon les unités, la proposition de désignation peut être formulée par l'infirmier ou le médecin lors des premiers entretiens.

Le formulaire de désignation prévoit que la personne de confiance sera informée par le patient de cette désignation. La disparité des taux de désignation d'une personne de confiance d'une unité à l'autre laisse supposer que l'information n'y est pas identique ; lors de la visite, aucun des

trente-et-un patients hébergés au sein du pôle G02 n'avait désigné de personne de confiance alors que douze des dix-sept patients hospitalisés au sein du pôle G05 l'avaient fait.

Recommandation

L'information de la personne de confiance choisie par le patient doit être réalisée par l'établissement.

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

Au sein de certains pôles (« Gennevilliers » et « Levallois » notamment), la période initiale de soins et d'observation comporte des restrictions aux libertés individuelles :

- tous les repas sont pris dans l'unité et non au self ;
- l'utilisation du téléphone est limitée à un seul appel, voire interdite ;
- aucune visite n'est autorisée ; les proches peuvent apporter des effets ;
- aucune sortie de l'unité n'est autorisée.

Il a été déclaré aux contrôleurs que le placement à l'isolement était exceptionnel.

3.1.6 Les cas de sur-occupation et de transfert

Les unités du pôle « Gennevilliers » sont victimes d'une sur occupation chronique qui entraîne tout au long de l'année le déplacement de patients dans des unités d'autres pôles. Les patients déplacés restent suivis par le médecin référent du pôle « Gennevilliers » et sont pris en charge par l'équipe soignante de l'unité « hébergeante », « *sauf lorsqu'une attention particulière doit lui être portée, auquel cas il est fait appel à l'équipe soignante de l'unité d'appartenance* », ce qui est notamment le cas lorsque la personne est placée en chambre de soins intensifs (CSI); or, « *les pratiques concernant les autorisations de sortie lorsqu'un patient est en CSI diffèrent d'une unité à l'autre, ce qui est perturbant pour le patient déplacé* ».

Cette situation n'est pas appréciée par les médecins, « *qui sont obligés de se déplacer* ». Selon eux, les unités d'hospitalisation du pôle sont sous-dimensionnées ; « *Il arrive qu'un patient quitte l'unité de façon prématurée afin de libérer sa chambre, ce qui fait qu'il revient peu de temps après* ».

Ainsi, au moment de la visite, trois patients étaient placés à l'unité « Levallois 1 », deux à l'unité « Clichy 2 » et un à l'unité « Nanterre » ; parmi eux, un était en SPDT, les autres étaient en soins libres, et l'un d'eux était placé à « Clichy 2 » pour être mis en CSI, les CSI du pôle « Gennevilliers » étant toutes occupées.

Dans une moindre mesure, le pôle « Asnières » est également régulièrement obligé de faire hospitaliser ses patients dans des unités extérieures à son secteur. Ainsi, au moment de la visite, quatre patients étaient hébergés dans d'autres unités ; et seize patients l'avaient été entre le 1^{er} janvier et le 12 mai 2016.

Il est apparu aux contrôleurs, qu'outre les difficultés engendrées par ce fonctionnement en matière de suivi de soins, les patients n'étaient pas pris en charge au même titre que les autres dans le pôle d'accueil. Le fait qu'ils soient en attente d'un hypothétique retour dans leur unité, entraîne un certain maintien à l'écart. Cette situation incite peu les soignants à les inscrire dans des activités autres que ponctuelles et dans des programmes de séjours thérapeutiques.

La régulation entre les services de l'hôpital permet de limiter les transferts vers d'autres établissements qui demeurent exceptionnels, quatre à cinq par an selon les informations fournies.

Recommandation

La sur occupation chronique des unités d'hospitalisation du pôle « Gennevilliers » entraîne des placements continus de patients dans des unités extra sectorielles ; cette situation, susceptible de porter atteinte au respect des droits des patients et à la qualité de la prise en charge doit être traitée.

3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation

Le livret d'accueil ne prévoit aucune disposition pratique visant à assurer la confidentialité de la présence d'un patient au sein de l'établissement public de santé. Selon les informations recueillies, la question n'est en général pas posée au cours des premiers entretiens dont la forme n'est pas protocolisée.

Recommandation

Le maintien du caractère confidentiel d'une hospitalisation n'est pas organisé au sein de l'établissement public de santé. Il est à formaliser et à mentionner dans le livret d'accueil.

3.2 L'information des patients est assurée notamment *via* le livret d'accueil ; le règlement intérieur – non tenu à jour – est inaccessible ; par ailleurs, le personnel soignant n'a pas reçu de formation

3.2.1 Les informations prévues par la loi

L'information des patients en soins sans consentement sur leurs droits est assurée lors de la notification de la décision d'admission par un agent du service des séjours hospitaliers (cf. § 3.1.2), lors des entretiens avec les médecins et les cadres de santé, et, le cas échéant, lors des entretiens avec les assistantes sociales. Ces informations apparaissent dans les documents qui sont remis aux patients ainsi que dans le livret d'accueil.

3.2.2 Le livret d'accueil

Un livret d'accueil « version avril 2016 » a été remis aux contrôleurs lors de la visite. Son contenu est très proche de celui remis au patient et rédigé en mars 2014. Il s'agit d'un document en couleurs, agrafé, de format A5 contenant 44 pages pour la version 2014 et de format A4 contenant 46 pages pour la version 2016. Il débute par « le mot du Directeur » et contient les cinq chapitres suivants :

- organisation de l'établissement ;
- votre admission avec les différentes modalités d'admission ;
- votre séjour ;
- votre sortie : les modalités administratives et la sortie avec ou sans l'accord du médecin et le cas des patients admis sans consentement ;

- vos droits, vos voies de recours, vos remarques et réclamations.

Le livret d'accueil est remis à chaque patient entrant à l'occasion du premier entretien infirmier et de l'ouverture de son dossier patient.

De l'ordre de 600 livrets d'accueil sont imprimés annuellement : une moitié est diffusée au sein de l'établissement public de santé, l'autre moitié est diffusée dans ses antennes extérieures.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, le personnel soignant n'a pas reçu de formation sur les droits des patients hospitalisés sous contrainte ; il ne peut pas apporter de réponse précise à leurs éventuelles questions.

Bonne pratique

Les droits des patients hospitalisés en soins sans consentement sont détaillés dans le livret d'accueil ; en particulier, les recours sont déclinés en fonction de leur nature et des autorités concernées dont les adresses sont mentionnées.

Le site internet de l'établissement public de santé présente des informations dont certaines sont manifestement périmées. C'est en particulier le cas des onglets « vos droits » et « espace patient et famille » qui ne sont pas à jour des dispositions législatives en vigueur.

Selon les informations fournies en septembre 2017 par la directrice, « le livret d'accueil et le site internet de l'établissement ont fait l'objet d'une actualisation en août 2017. La possibilité de désigner une personne de confiance, la possibilité de maintenir le caractère confidentiel d'une hospitalisation notamment y sont rappelées ».

Le règlement intérieur date de décembre 2003. Les contrôleurs ont rencontré des difficultés pour en disposer car il n'est accessible ni aux patients, en dépit de ce qui est écrit en page 30 du livret d'accueil, ni au personnel de l'établissement. Il n'est disponible ni sur l'intranet ni sur le site internet de l'hôpital.

Le règlement intérieur n'est donc pas à jour des modifications législatives et réglementaires introduites depuis 2003, notamment en ce qui concerne les soins sans consentement.

Recommandation

Afin d'améliorer l'information des patients il est nécessaire de mettre à jour le règlement intérieur et de le tenir à leur disposition, d'actualiser le site internet ainsi que d'améliorer la formation du personnel soignant sur les droits des patients hospitalisés sans consentement.

3.3 Une préparation à la sortie progressive, dans un contexte procédural incertain

3.3.1 Les sorties de courte durée

Depuis l'adoption de la loi du 27 septembre 2013, ces sorties, désormais de deux types – accompagnée de moins de douze heures ou non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures – peuvent être autorisées afin de favoriser la guérison, la réadaptation, la réinsertion sociale, également dans l'hypothèse où des démarches extérieures seraient nécessaires.

Les sorties doivent préalablement faire l'objet d'une autorisation par le directeur de l'établissement, qui en décide après avoir reçu l'avis favorable du médecin. La décision est

notifiée au patient, qui en reçoit une copie, l'original étant classé à son dossier. Aucun élément statistique n'est disponible, que ce soit dans les unités ou au service des séjours hospitaliers. Il est indiqué que ces sorties sont régulièrement sollicitées – et accordées sans difficulté notable. Elles permettent ainsi aux patients, éloignés de leurs proches qui résident principalement dans les Hauts-de-Seine, de passer du temps auprès d'eux, mais aussi, plus généralement, de garder le contact avec les structures extérieures qui les suivent et sont également situées dans les Hauts-de-Seine ou de se rendre à des activités extérieures.

L'établissement de santé mentale Roger Prévoit a adopté un protocole relatif à la procédure en matière de soins psychiatriques sans consentement⁵, dans lequel est précisée, dans un chapitre consacré à la prise en charge du patient en hospitalisation complète, la procédure relative à l'octroi d'autorisations de sortie de courte durée.

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

Le protocole susvisé indique que les patients admis sous les régimes de soins à la demande d'un tiers, sur demande d'un tiers en urgence ou en cas de péril imminent, peuvent bénéficier d'autorisations de sortie sur décision du directeur, après avis favorable du médecin psychiatre.

Ce dernier est invité à renseigner un formulaire spécifique, lequel, en une page, indique les objectifs fixés à la mesure⁶, précise les modalités de la sortie, les accompagnateurs et en fixe la durée. La décision du directeur est ensuite notifiée au patient concerné.

Si le patient est admis sur décision du représentant de l'État, le médecin psychiatre adresse un formulaire semblable aux services de l'ARS des Hauts-de-Seine, à l'adresse du préfet, afin que celui-ci fasse connaître s'il entend ou non s'y opposer. Il n'a pas été rapporté de difficultés particulières à ce sujet, les services de la préfecture ne s'opposant généralement pas aux demandes motivées. Il a été constaté qu'un patient, admis lors de la visite sous le régime des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, pouvait ainsi bénéficier de trois sorties, programmées les 12, 19 et 26 mai 2016, de deux heures chacune, pour se rendre dans le Val-d'Oise participer à une activité randonnée, accompagné de deux infirmiers.

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

La procédure entourant ces sorties sont également abordées dans le protocole susvisé, qui prévoit des modalités identiques d'établissement des certificats, de la décision de la direction et, le cas échéant, d'envoi aux services de la préfecture, ainsi qu'au service des séjours hospitaliers, au moins 48 heures avant la date prévue de la sortie.

Les contrôleurs ont pu examiner quatre de ces décisions, prises dans le mois précédant la visite. Deux d'entre elles concernaient des patients admis sur décision du représentant de l'État, l'un pour une sortie du 30 avril à 9h au 1^{er} mai 2016 à 18h. Le patient, hospitalisé depuis le 21 octobre 2013, avait été placé en programme de soins ambulatoires entre le 30 mars 2015 et le 15 février 2016, date à laquelle une recrudescence anxieuse et des troubles du comportement avaient entraîné une nouvelle hospitalisation complète. Constatant une régulation de la situation clinique, le médecin émettait un avis favorable à une sortie non accompagnée au domicile

⁵ Protocole actualisé le 3 mai 2015 sous la référence PEC/PP/SSC/PR/A24.

⁶ Le formulaire indique qu'afin de favoriser « la guérison, la réadaptation, la réinsertion sociale, les démarches » du patient, le médecin émet un avis favorable à la sortie ; chaque motif étant précédé d'une case que le médecin coche.

familial du patient, afin de favoriser sa guérison et sa réadaptation. La seconde concernait un patient hospitalisé dans un contexte de rupture de soins, depuis une date non précisée. L'évolution du patient étant satisfaisante, et celui-ci s'inscrivant activement dans la préparation de sa sortie, le médecin émet un avis favorable à des autorisations de sortie, tous les jours « du lundi au vendredi de chaque semaine », pendant deux heures. Les services de la préfecture n'ont émis aucune opposition à l'un et l'autre certificat.

Les deux autres autorisations concernaient des personnes hospitalisées à la demande d'un tiers et les autorisaient à retourner au domicile familial pour deux jours, du 6 au 8 mai pour le premier et du 7 au 9 mai pour le second.

Il est relevé que les certificats – en-dehors des mentions types invariables – sont rédigés de manière détaillée et circonstanciée. Une douzaine de lignes rappellent à la fois l'origine de la mesure d'hospitalisation prise, l'évolution du patient et l'objectif poursuivi par le projet d'autorisation de sortie.

c) Les cas d'opposition écrite du représentant de l'État

Il n'a été fait état d'aucune difficulté sur ce point, le personnel indiquant ne pas se souvenir d'un cas d'opposition pour des motifs de fond. La seule opposition relevée, en 2015, concernait une autorisation de sortie prévoyant, par erreur, une durée totale de celle-ci supérieure à 48 heures. L'erreur matérielle ayant été rectifiée, un nouveau formulaire a été adressé aux services de la préfecture qui n'a plus émis d'opposition. La non opposition de la préfecture prend la simple forme d'un visa apposé sur le formulaire qui lui est transmis.

d) L'information des tiers

Les formulaires utilisés pour l'autorisation de sortie des personnes hospitalisées à la demande de tiers rappellent expressément que les tiers à l'origine de l'hospitalisation doivent avoir été informés de la mesure. Il n'est rapporté aucune difficulté particulière sur ce point.

3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

a) L'avis conjoint

La loi du 27 septembre 2013 a modifié la procédure applicable lorsqu'un médecin préconise une mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, permettant en un tel cas à la préfecture de s'opposer à la levée de la mesure de soins sans consentement. Cette opposition, notifiée dans les trois jours suivant l'envoi du certificat médical au directeur de l'établissement de santé, entraîne un nouvel examen du patient par un second psychiatre, qui doit se prononcer lui-même dans un délai de 72 heures. Si ce psychiatre confirme l'absence de nécessité de maintenir une hospitalisation complète, la préfecture ordonne la mainlevée et, le cas échéant, le placement en programme de soins. Si le second psychiatre estime au contraire qu'un maintien en hospitalisation complète s'impose, il en informe la direction de l'établissement de santé qui doit saisir le JLD afin que celui-ci statue à bref délai.

Aucun cas d'opposition de la préfecture n'est relevé depuis 2014. Il doit être précisé que la pratique de l'établissement consiste en tout état de cause, dans la grande majorité des cas, à organiser une sortie graduelle, en passant au préalable par un programme de soins, dont le bon déroulement conditionnera une mainlevée effective.

b) Le collège des professionnels de santé

La loi prévoit également que l'avis d'un collège des professionnels de santé doit être recherché dans un certain nombre de situations, et notamment dans le cas de personnes déclarées pénalement irresponsables, avant toute saisine du JLD ou décision de modification du régime d'hospitalisation à l'issue de la période d'observation, ou encore dans le cas où une hospitalisation continue s'est prolongée pendant plus d'un an pour les personnes admises sous le régime des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou pour péril imminent.

Le service des séjours hospitaliers tient un échéancier précis des dossiers des patients avec des alertes aux délais de six mois à un an. Avant chaque échéance, le service s'adresse aux psychiatres susceptibles de participer à la formation du collège – ayant été précisé que les emplois du temps chargés des médecins psychiatres contraignaient fréquemment la composition du collège.

Une fois la composition du collège et la date de réunion arrêtées, le service des séjours hospitaliers formalise les convocations et les adresse aux participants. Il est précisé que le médecin ne participant pas à la prise en charge du patient est la plupart du temps un médecin qui, en pratique, exerce au sein du même pôle.

Recommandation

Dans l'esprit des dispositions de l'article L. 3211-9 du code de la santé publique, le CGLPL recommande que le médecin ne participant pas à la prise en charge du patient ne soit pas un médecin travaillant au sein du pôle où ce patient est soigné, afin de permettre que s'exprime un point de vue informé mais aussi indépendant que possible tant du soin que du projet auquel il se rattache.

L'avis du collège est adressé au directeur de l'établissement, *via* le service des séjours hospitaliers, qui le classe au dossier du patient et en transmet copie à l'ARS. L'avis n'est pas notifié au patient.

Selon les informations recueillies, l'avis du collège a été recueilli treize fois en 2015.

3.3.3 Le passage en programme de soins

Selon les informations recueillies auprès du bureau des admissions, les passages en programmes de soins sont régulièrement mis en œuvre lorsqu'est envisagée une levée de la mesure d'hospitalisation. La loi du 27 septembre 2013 ayant instauré le principe des autorisations de sorties pour des durées inférieures à 48 heures a cependant été vécue comme une contrainte – en partie du fait de l'éloignement géographique des patients de leur domicile. Les pratiques antérieures consistaient à proposer des sorties à l'essai de durées courtes, mais régulièrement supérieures à 48 heures – permettant ainsi aux patients, par exemple, de passer un week-end à leur domicile du vendredi soir au lundi matin. La loi n'autorisant plus de sorties d'une durée supérieure à 48 heures, les médecins proposent régulièrement des programmes de soins dont la durée, fixée à l'avance, excède 48 heures et dont l'expiration programmée entraîne une réadmission, naturellement assortie des garanties procédurales qui y sont associées⁷.

⁷ Au premier rang de ces garanties procédurales, naturellement, la saisine de la juridiction des libertés et de la détention, précédée d'un avis médical dûment motivé.

Les programmes de soins sont définis dans le protocole du 3 mai 2015 relatif à la procédure des soins sans consentement qui en distingue deux catégories : le programme de soins au cours duquel le patient est sorti et suivi sur une structure extrahospitalière en soins psychiatriques ambulatoires et le programme de soins au cours duquel le patient « sort seul, de façon occasionnelle, ou pour une durée supérieure à 48 heures ».

Le protocole rappelle le cadre légal et réglementaire de ces programmes. Il est dûment rappelé que l'établissement, comme la modification, d'un programme de soins doit être précédé d'un entretien avec le patient au cours duquel le psychiatre recueille son avis et en fait mention dans le dossier médical. Dans le cadre de la présentation de la seconde catégorie de ces programmes de soins, le protocole indique : « dès lors que le patient sort seul de l'établissement régulièrement quelques heures ou pour une durée supérieure à 48 heures, un programme de soins doit être établi : soit sur un, deux ou trois mois si les absences sont répétitives, soit de façon ponctuelle. » Le protocole poursuit : « pour tous les patients en soins sans consentement [...] si la poursuite de sorties occasionnelles est prévue, établir un programme de soins non limité dans le temps ; le patient reste en soins sans consentement ambulatoires. Si la sortie est occasionnelle, le patient est réintégré en hospitalisation complète dès son retour et repasse devant le JLD dans les douze jours. Le médecin établit un certificat de réintégration à l'entrée du patient, puis un avis motivé ou du collège pour la saisine du JLD à huit jours. Si un autre programme de soins est proposé avant le délai d'expiration de 12 jours, le patient ne passera pas devant le JLD ».

Il n'a pas été possible à l'établissement de fournir une durée moyenne des programmes de soins mis en œuvre à l'établissement, faute de tenue de statistiques sur ce point. Lors de la visite, le nombre de programmes de soins en cours était de cinquante et un, dont une dizaine consistaient en un programme « à durée déterminée ».

Le CGLPL relève que les programmes de soins s'intègrent dans des préparations réfléchies à la sortie. La pratique des programmes de soins à durée limitée, supérieure à 48 heures permet à la fois l'accès progressif à une telle préparation, mais également le maintien des liens familiaux, dans le contexte particulier d'un établissement situé en dehors de son secteur. Il s'interroge néanmoins sur le fondement et l'encadrement juridique de ces programmes, ces derniers ne constituant pas réellement, au sens de la loi, de levée de l'hospitalisation complète.

3.4 Le contrôle du juge des libertés et de la détention est organisé conformément aux textes, mais les mainlevées sont rares

En dépit de l'absence de convention relative à la mise en œuvre de la procédure judiciaire de contrôle des mesures de soins psychiatriques conclue entre le tribunal de grande instance de Pontoise et l'agence régionale de santé, les audiences délocalisées du juge des libertés et de la détention se sont mises en place dès 2011 – d'abord dans une salle de réunion, puis, depuis 2013, dans une salle dédiée. En revanche, l'établissement a établi un protocole relatif à la procédure en matière de soins psychiatriques sans consentement⁸, dont la version en vigueur au jour de la visite était la troisième, établie le 20 mars 2015. Ce protocole, précis et rigoureux, récapitule notamment les documents à établir et les démarches à effectuer au moment de l'admission d'un patient en soins psychiatriques sans consentement, au cours de sa prise en charge, dans le cadre

⁸ Référence PEC/PP/SSC/PR/A24.

d'un programme de soins et jusqu'à la levée de la mesure. Il est toutefois relevé que ce protocole ne fait pas mention de la situation des patients hospitalisés au sein du pôle 92G05, à Nanterre.

Les audiences du JLD au sein de l'établissement se sont mises en place sans difficulté notable, les magistrats, avocats et psychiatres de l'établissement s'étant réunis à l'initiative de ces derniers dès avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 afin de permettre aux uns et aux autres de discuter de la réforme et des modalités de sa mise en œuvre. D'après les informations recueillies, cette réunion a notamment permis aux professions judiciaires d'interroger les médecins sur leurs pratiques, les modalités de soins, et plus généralement, sur leur domaine et les pathologies de leur patientèle.

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

La salle d'audience est située au premier étage du bâtiment administratif, auquel on peut accéder de l'extérieur en passant par l'accueil de l'établissement ou à partir de l'établissement, en passant par l'espace activités. Elle bénéficie d'une bonne signalisation. L'établissement a mis à la disposition du tribunal deux salles, qui se jouxtent, l'une servant de salle d'attente et l'autre de salle d'audience. La salle d'audience proprement dite est spacieuse et claire ; un long bureau pour le juge et le greffier permet d'y déposer les dossiers, la salle étant par ailleurs dotée d'une imprimante qui permet de rendre la plupart des décisions sur le siège. Une petite dizaine de chaises permet d'accueillir le patient, son conseil et, le cas échéant, un ou deux infirmiers. L'attente des patients et des infirmiers qui les accompagnent s'effectue dans la salle à côté, plusieurs bancs permettant une attente confortable.

Préalablement à l'audience, le service des séjours hospitaliers rassemble l'ensemble des pièces utiles⁹ qu'il adresse, par voie électronique cryptée, directement au greffe de la juridiction des libertés et de la détention du TGI de Pontoise. Le greffe du JLD établit alors les convocations pour l'audience, qu'il ré-adresse au service des séjours hospitaliers. Ce dernier les envoie alors par télécopie au sein des unités, à charge pour leurs services administratifs ou les infirmiers d'en assurer la notification aux patients concernés. La convocation, dûment notifiée, est retournée au service des séjours hospitaliers puis transmise au JLD, accompagnée notamment de la mention relative à la désignation d'un avocat choisi ou, à défaut, de l'avocat de permanence. Il est indiqué que la quasi-totalité des patients fait le choix d'être défendus par l'avocat de permanence¹⁰.

Les audiences se tenant au sein de l'établissement public de santé Roger Prévoit ne sont pas les seules que les juges des libertés et de la détention du tribunal de grande instance doivent tenir, puisque la particularité géographique de l'établissement entraîne que le tribunal de grande

⁹ Ces pièces, énumérées par l'article R.3211-28 du code de la santé public, sont les suivantes : la décision à l'origine de la mesure ; le récépissé de notification de l'admission à la personne concernée ; quand l'admission a été effectuée à la demande d'un tiers, l'identité et l'adresse de ce tiers et copie de la demande d'admission ; quand l'admission a été ordonnée par le préfet, une copie du ou des arrêtés et décisions administratives intervenues ; quand l'admission a été ordonnée par une juridiction, copie de la décision et de l'expertise mentionnée à l'article 706-135 du code de procédure pénale ; tous les certificats médicaux ayant justifié la mesure, sa prolongation et la forme de la prise en charge du patient ; l'avis motivé qui inclut éventuellement l'impossibilité d'auditionner le patient ; le cas échéant l'avis du collège ; toutes pièces utiles à l'examen de la situation de la personne concernée (jugement de tutelle par exemple).

¹⁰ Ce fut le cas pour l'ensemble des patients ayant comparu lors des deux audiences auxquelles les contrôleurs ont pu assister. Il est indiqué que deux ou trois avocats choisis se présentent par an.

instance de Pontoise, compétent géographiquement, juge de la situation des patients sous contrainte résidant dans les Hauts-de-Seine, en plus des patients résidant dans le Val-d'Oise. Le TGI organise donc trois audiences par semaine, dans des établissements différents. S'agissant de l'établissement public de santé, les magistrats s'y rendent une fois par semaine, le jeudi après-midi¹¹. L'horaire de début d'audience est fixé à 14h, les avocats étant invités à venir environ une heure avant, afin de pouvoir s'entretenir avec leurs clients.

Afin d'éviter les acheminements prématurés des patients¹² vers la salle d'audience, un personnel du service des séjours hospitaliers accompagne l'avocat au sein de chaque secteur de l'établissement hébergeant un patient convoqué à l'audience à venir. Selon l'état de santé de ce dernier, celui-ci descend seul ou accompagné par un infirmier ou deux au rez-de-chaussée de son service. L'avocat peut alors prendre le temps de procéder à un entretien, dans un bureau fermé, propre à assurer la confidentialité de ses échanges. Une fois l'entretien terminé, le patient remonte dans sa chambre où il attend le moment où il sera appelé. Le protocole relatif à la procédure en matière de soins psychiatriques sans consentement prévoit expressément que, si le patient ne souhaite pas descendre, l'avocat peut également le voir dans sa chambre et, pour cela, accéder aux unités. Les refus par les patients de se présenter à l'audience sont tracés, le protocole prévoyant que ces derniers confirment par écrit leur refus d'assister à l'audience. Le nombre de refus reste extrêmement marginal : cinq personnes en 2015 et aucune en 2016, au jour de la visite.

Le bâtonnier, avisé par les contrôleurs de la visite à l'établissement public de santé n'a pas donné suite au message laissé à son secrétariat. Les contrôleurs ont toutefois pu s'entretenir avec l'avocat commis d'office à l'audience du 4 mai 2016, lequel n'a pas fait état de difficulté particulière. Les avocats ont la possibilité de consulter les dossiers, au plus tard, la veille de l'audience. Les avocats de permanence sont rémunérés au titre de l'aide juridictionnelle, son attribution n'étant source d'aucune difficulté particulière. Les patients ne sont pas questionnés sur leur situation de ressources. La permanence, organisée depuis 2011, fonctionne de manière satisfaisante et il a été fait état de bonnes relations entre la juridiction des libertés et de la détention et les avocats.

L'administration n'est jamais représentée à l'audience ; un ou deux soignants peuvent en revanche rester avec le patient durant l'audience, selon l'appréciation portée sur l'état de santé du patient concerné par son médecin. Le protocole prévoit ainsi expressément que l'état de santé du patient peut justifier qu'il ne soit pas présenté en personne au magistrat. Il précise que « la contre-indication médicale peut être établie à tout moment en cas de dégradation de l'état d'un patient devant être auditionné par le JLD (certificat médical à établir le jour de l'audience) » et rappelle également qu'elle « peut être levée à tout moment (par un certificat médical) si l'état du patient s'est amélioré le jour de l'audition ». Le principe est respecté et il est relevé que, dans leur grande majorité, les patients comparaissent en personne, le cas échéant accompagnés par des soignants, qui peuvent – selon leur évaluation de l'état de santé du patient à ce moment-là

¹¹ Lorsque le jeudi est un jour férié, ce qui fut le cas du jeudi 5 mai 2016, lors du contrôle de l'établissement, l'audience est programmée le jour précédant, en l'occurrence, le mercredi 4 mai 2016.

¹² Les patients hospitalisés sous le régime des soins psychiatriques au pôle G05, à Nanterre, sont généralement entendus par le JLD du tribunal de grande instance de Nanterre, le pôle s'organisant pour qu'à leur arrivée, ces patients soient admis dans un service du centre d'accueil et des soins hospitaliers de Nanterre. (cf. § 6.5).

– soit l'accompagner dans la salle d'audience¹³, soit rester à l'extérieur, dans la salle d'attente. Il est également possible de faire appel à du personnel de sécurité, employé par l'établissement. Ce personnel, qui reçoit une formation particulière concernant les patients psychiatriques, connaît généralement les patients qu'ils peuvent être amenés à accompagner et n'évoquent pas de difficulté particulière, indiquant que leur seule présence suffit généralement à éviter les tensions. En 2015, quarante-neuf patients ont ainsi fait l'objet d'un certificat attestant de l'impossibilité de les auditionner.

Le nombre de saisines du JLD pour l'établissement public de santé Roger Prévoit a été de 378 en 2014 et 413 en 2015.

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

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du mercredi 4 mai 2016 ainsi qu'à une partie de l'audience du jeudi 12 mai suivant.

Lors de l'audience du 4 mai, six patients étaient convoqués, tous présents et assistés par l'avocat de permanence, qui, arrivé à 13h, avait pu s'entretenir avec chacun au sein de son unité. Les patients sont appelés au fur et à mesure, *via* le service administratif de leur unité par un agent du service des séjours hospitaliers, ce qui permet d'éviter des attentes excessives. Une infirmière est restée pour l'un d'entre eux, et deux aides-soignants ont assisté à l'audience d'un deuxième. Ils ne sont pas intervenus lors des débats.

Après la reprise des éléments d'identité du patient, le juge fait un rapport du dossier et donne lecture des réquisitions du procureur de la République, lequel n'est jamais représenté à l'audience. Il est relevé que le magistrat a présenté le sens de son intervention à chacune des personnes qui lui étaient présentées, rappelant notamment le caractère formel des vérifications auxquelles il procède. Les patients sont invités à présenter leurs observations. Après la plaidoirie de l'avocat, le juge rend sa décision et procède à sa notification. Toutes les décisions ont consisté en un maintien en hospitalisation complète. Tous les patients ont signé la notification, le magistrat précisant systématiquement que la signature n'établissait que la remise de la décision et non son acceptation sur le fond. L'audience s'est déroulée porte fermée. Les magistrat, greffier et avocat se sont présentés en tenue de ville.

3.4.3 Les décisions rendues

Les décisions rendues en 2015 (comme en 2014) sont majoritairement des maintiens de l'hospitalisation. Sur les 404¹⁴ ordonnances rendues en 2015 par le JLD, 374 étaient des décisions de maintien de la mesure d'hospitalisation complète, 27 ont considéré que la requête était sans objet, 1 ordonnait une expertise et 2 ont prononcé une mainlevée de l'hospitalisation, toutes deux avec effet différé¹⁵. La juridiction est majoritairement saisie par le directeur de l'hôpital ou les services de la préfecture. Seules douze saisines, en 2015, émanaient des patients eux-mêmes.

¹³ Dans ce cas, observé lors d'une audience à laquelle les contrôleurs ont assisté, le personnel de santé reste au fond de la salle, laissant le patient et son avocat côte à côte, face au magistrat. Il n'intervient pas au cours de l'audience.

¹⁴ La différence entre les 414 saisines et les 404 ordonnances est liée au décalage entre les saisines de la fin d'année 2015 et les décisions, rendues en 2016.

¹⁵ L'une d'elles se fondait sur le fait que l'état de santé du patient et sa compliance aux soins rendaient possible une mainlevée de l'hospitalisation complète avec notification d'un programme de soins dans les 24 heures suivant la

Enfin, toujours en 2015, la cour d'appel de Versailles (Yvelines) a rendu sept décisions, quatre décisions de maintien en hospitalisation complète et trois de mainlevée. Les patients interjettent rarement appel des décisions de la juridiction de première instance. S'ils décident de le faire, ils sont transportés à la cour d'appel dans un véhicule de l'hôpital et accompagnés par un ou deux infirmiers.

Comme indiqué plus haut, la grande majorité des décisions est rendue sur le siège et immédiatement notifiée au patient. Il peut cependant arriver qu'une décision soit mise en délibéré. En un tel cas, la décision, une fois rendue, est adressée par télécopie au service des séjours hospitaliers. Un agent du bureau a indiqué à ce titre avoir attendu, un vendredi soir, l'arrivée d'une décision qu'il savait devoir arriver, le bureau restant ensuite fermé jusqu'au lundi suivant.

Le CGLPL attire l'attention de la direction de l'établissement de santé sur la nécessité de prévoir, en cas de décision mise en délibéré, le numéro d'une télécopie relevée y compris le week-end et les jours fériés, afin d'éviter tout retard dans la mise en œuvre, le cas échéant, qu'une décision de mainlevée.

Lorsque la mesure a été levée avant l'audience, le JLD rend une décision constatant que la requête est sans objet. L'attention des contrôleurs a cependant été attirée, à ce sujet, sur une situation particulière. Il s'agissait d'une patiente admise sous le régime des soins sans consentement à la demande d'un tiers, depuis le 2 mai 2016. À ce titre, elle était convoquée à l'audience du JLD se tenant le 12 mai 2016. Cependant, la veille de l'audience avait été prise une décision de transformation de l'hospitalisation complète en soins ambulatoires dans le cadre d'un programme de soins. Cette décision, notifiée au patient le 11 mai 2016, prévoyait en son article 1^{er} de faire bénéficier la patiente concernée d'une mesure de soins ambulatoires à compter du 13 mai 2016, soit le lendemain de l'audience. La décision de la juridiction, constatant que la requête était devenue sans objet, apparaît juridiquement fragile, puisqu'à la date de l'audience, la patiente était bien maintenue à l'hôpital sous le régime de l'hospitalisation complète.

Par surcroît, le programme de soins tel qu'il se présentait, relevait moins d'une levée de l'hospitalisation que de ce que l'on pourrait analyser comme une sortie de moyenne durée¹⁶ – en l'espèce, un peu moins de trois jours¹⁷. La suite réservée à cette sortie devait dépendre, d'après les informations recueillies, de la façon dont elle se serait passée et de l'évolution de l'état clinique de la patiente. En tout état de cause, il était entendu que le retour de la patiente prenait la forme d'une réadmission – suite à laquelle le JLD serait de nouveau saisi. Le CGLPL s'interroge sur le raisonnement juridique qui sous-tend la décision mais également sur sa portée, notamment au regard de la jurisprudence de la première chambre civile de la cour de cassation

notification de la décision. La seconde évoquait des difficultés ponctuelles dans le suivi médical auprès du CMP et son souhait de changer de médecin traitant ; conscient néanmoins de son besoin de soins et compliant, le patient a sollicité et obtenu une mainlevée avec notification d'un programme de soins dans les 24h.

¹⁶ Cf. § 3.1.3.

¹⁷ Le certificat médical de transformation de prise en charge d'hospitalisation complète en soins ambulatoires était rédigé de la manière suivante : « la patiente va aller en permission à son domicile du vendredi 11h au dimanche 18h. Son état clinique se stabilise ».

du 4 mars 2015¹⁸, celle-ci rappelant qu'il incombe au JLD de vérifier si « l'hospitalisation mise en place constitue une hospitalisation à temps partiel et non une hospitalisation complète », éventuellement assortie de sorties de courte durée.

¹⁸ Cass. Civ. 1^{ère}, 4 mars 2015, n° de pourvoi : P. 14-17.824

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 La protection juridique des majeurs est assurée par des procédures diverses à l'efficacité inégale.

L'établissement public de santé dispose d'un service des majeurs protégés dont la mission est d'assurer la tutelle ou la curatelle des patients « au long cours », c'est-à-dire des patients hospitalisés pour de longues durées et des résidents de la maison d'accueil spécialisée (MAS).

Ce service est composé d'un agent et d'une contractuelle. Lors de la visite des contrôleurs, la titulaire était indisponible.

Le rapport d'activité 2015 n'était pas disponible lors de la visite des contrôleurs ; les rapports 2013 et 2014 dressent les bilans suivants :

- en 2013, 43 patients de l'EPS faisaient l'objet d'une mesure de protection ;
- en 2014, 38.

Lors de la visite des contrôleurs, selon les informations recueillies, trente-sept patients hospitalisés à l'établissement public de santé étaient des majeurs protégés. Ces patients étaient suivis par les mandataires judiciaires de l'établissement public, de l'Union Départementale des Associations Familiales des Hauts-de-Seine (UDAF 92) et 95, des associations tutélaires des Hauts-de-Seine ou du Val-d'Oise (AT 92 ou 95), des privés ou des familles.

A l'exception du mandataire de l'établissement public de santé, les visites des mandataires à Moisselles sont rares et leurs délais de réponse aux sollicitations sont variables, certains étant manifestement surchargés.

Le repérage des patients susceptibles d'être placés sous protection judiciaire est assuré par les soignants et les médecins, par l'assistance sociale du pôle lors de ses évaluations sociales, et également par le service des admissions.

Les assistantes sociales de l'établissement public de santé tiennent une réunion de coordination par trimestre.

4.2 Les biens des patients : l'ouverture quotidienne de la régie permet aux patients de retirer fréquemment des petites sommes.

Les valeurs – carte bancaire, espèces d'un montant supérieur à 10 ou 20 euros selon les unités, bijoux – sont déposées à la régie avec une copie de l'inventaire ; pendant les heures ouvrables, le régisseur met ces valeurs dans son coffre-fort ; hors des heures ouvrables, ces valeurs sont déposées dans un coffre-fort spécifique situé à proximité de la régie et relevé par le régisseur à la première heure du premier jour ouvrable qui suit.

Les petites sommes d'argent, les papiers d'identité ou autres documents, les clés, et éventuellement les téléphones portables et les cartes de retrait sont conservés dans un tiroir ou dans un coffre fermant à clé dans le bureau des infirmiers ou du cadre de santé de chaque unité. Chaque mouvement d'argent donne lieu à la signature du patient et à celle du soignant.

Les retraits d'argent, outre ceux décrits précédemment, sont effectués à la régie ou, avec une carte bancaire ou une carte de retrait, en ville. A la régie, chaque patient se présente muni d'un « bon de régie » signé par un infirmier ou le cadre de santé de son unité définissant le montant maximal ; ce montant est fixé après échange entre le patient et l'infirmier, après la prise en

compte de différents paramètres tels que l'existence d'une mesure de protection juridique ou le statut du patient – en soins libres ou en soins sans consentement. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les patients et le personnel soignant sont satisfaits de ces dispositions.

Recommandation

L'obligation pour un patient en soins libres de présenter un « bon de régie » pour pouvoir récupérer de l'argent ne doit pas être systématique ; elle doit être exceptionnelle et justifiée par une prescription médicale.

La régie, située dans le hall d'accueil de l'établissement, est ouverte les matins des jours ouvrables de 8h30 à 12h30 pour les dépôts et retraits des valeurs, et les mercredi, jeudi et vendredi de 13h30 à 16h pour les dépôts des valeurs uniquement pour les admissions et les retraits des valeurs uniquement pour les sorties définitives ou les départs en permission, la régie étant fermée les lundi et mardi après-midi. Ces horaires correspondent aux documents datés du 15 octobre 2015 affichés dans les bureaux des infirmiers. L'affichage destiné au public et aux patients, daté de mars 2014, est inexact (les jours ouvrables de 8h à 12h30, les mardi, mercredi, jeudi et vendredi de 13h30 à 15h45 ainsi que le lundi de 15h à 15h45).

Les contrôleurs ont pu évaluer à en moyenne quarante-cinq passages de patients et de résidents par jour ouvrable, dont une trentaine pour des retraits d'argent (les sommes varient de 5 à 300 euros) et une quinzaine pour des mouvements de cartes bancaires ou de chèquiers.

Bonne pratique

Les heures d'ouverture de la régie, même si les affichages ne sont pas tout à fait conformes à la réalité, sa proximité géographique avec les unités d'hospitalisation et le self, ainsi que sa capacité à mettre à disposition des patients des petites sommes d'argent sont suffisamment rares pour être citées comme une bonne pratique.

4.3 L'accès au dossier médical ne pose pas de difficulté

La procédure d'accès au dossier médical par les patients est précisée dans le chapitre V du livret d'accueil, les délais de réponse sont mentionnés (huit jours pour les dossiers de moins de cinq ans, deux mois autrement) ; pour les personnes hospitalisées sans consentement, il est précisé que le médecin référent a la possibilité de demander au patient de désigner un médecin intermédiaire pour se faire accompagner et, en cas de refus du patient, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Il n'est pas précisé qu'une autre personne que le patient puisse y avoir accès.

Pour l'année 2014, sur les trente-sept demandes :

- vingt-neuf concernaient des dossiers de moins de cinq ans : vingt-cinq ont été acceptées et quatre rejetées ;
 - pour les demandes acceptées, le délai moyen d'envoi du dossier a été de cinq jours, avec sept réponses dans un délai supérieur à huit jours dont une dans un délai de vingt-huit jours ;

- pour les demandes ayant fait l'objet d'une réponse écrite, le délai de réponse est inférieur à huit jours ;
- huit concernaient des dossiers de plus de cinq ans : trois ont été acceptées et cinq rejetées ; les délais ont été inférieurs à deux mois, à l'exception d'une demande renouvelée au bout de sept mois.

Pour l'année 2015, sur les cinquante-deux demandes :

- quarante et une concernaient des dossiers de moins de cinq ans : vingt-six ont été acceptées et quinze rejetées ;
 - pour les demandes acceptées, le délai moyen d'envoi du dossier a été de sept jours, avec sept réponses dans un délai supérieur à huit jours, dont une dans un délai de vingt-neuf jours ;
 - pour les demandes ayant fait l'objet d'une réponse écrite, au nombre de trente, le délai moyen de réponse est de cinq jours, avec six réponses au-delà de huit jours, dont une dans un délai de vingt et un jours ;
- onze concernaient des dossiers de plus de cinq ans : sept ont été acceptées et quatre rejetées ; les délais ont été inférieurs à deux mois.

Il convient de préciser que les demandes rejetées le sont en raison de l'absence des justificatifs nécessaires.

4.4 La question de la sexualité n'est pas protocolisée

La doctrine du personnel de l'établissement public de santé n'est pas formalisée mais repose sur le principe suivant : l'établissement public de santé n'est pas un lieu pour entretenir des relations sexuelles.

Des mesures préventives sont cependant mises en place :

- pour les femmes, les entretiens avec un médecin somaticien sont l'occasion de faire un bilan de la contraception ;
- des contraceptifs, disponibles dans les pharmacies d'unité, sont distribués aux patients qui en font la demande ;
- un distributeur de préservatifs est situé à côté de l'unique cabine téléphonique à proximité du couloir donnant accès à l'unité intersectorielle de soins et de resocialisation (UISR).

Au sein de plusieurs pôles, le personnel admet avoir parfois connaissance de relations sexuelles entre patients, à l'extérieur ou, rarement, dans les chambres ; il est alors rappelé que les relations sexuelles sont, en principe, interdites au sein de l'établissement.

4.5 Le droit de vote est protocolisé, cependant ses modalités ne sont mises en œuvre que pour certaines élections

La possibilité de vote par procuration pour les patients inscrits sur les listes électorales, non déchu de leurs droits civiques, est organisée par un protocole en date du 14 mai 2007.

Cependant, ce protocole n'est mis en œuvre que pour certaines échéances électorales jugées majeures par l'établissement. Il mériterait d'être mis en œuvre pour les autres élections.

Recommandation

La mise en œuvre du protocole visant à permettre aux patients de voter par procuration devrait être étendue à l'ensemble des élections.

4.6 Les activités religieuses sont organisées avec la seule aumônerie catholique ; il n'existe pas d'aumônerie pour les autres cultes

Dans le livret d'accueil, est mentionné au chapitre 3 « votre séjour » : « *les patients ont droit au respect de leurs opinions et de leurs croyances, ils doivent aussi respecter celle des autres patients* ». Ils peuvent demander au cadre de leur unité d'hospitalisation la visite d'un ministre de leur culte. L'aumônerie du culte catholique est présente dans l'établissement le mardi où une prière a lieu à 17h et le samedi où une messe est célébrée à 10h au 1^{er} étage du Foyer de Postcure ».

Cette information, ainsi que d'autres sur les formalités administratives, le courrier, les horaires des repas, les horaires de visite, les heures d'ouverture de la régie et les documents à disposition des patients sont affichées dans les unités et à la régie sur une feuille de format A4 plastifiée sous le titre « Renseignements pratiques ».

L'aumônerie catholique dispose d'un prêtre salarié présent 18 heures par semaine et d'un bénévole laïque. Le prêtre est présent le mardi, le vendredi, et le samedi matin.

Les locaux de l'aumônerie sont constitués par une salle unique, disposée comme une salle de prière avec un autel. Cette salle sert également de bureau. Sur la porte est collée une étiquette portant la mention « oratoire ». La porte est ouverte quand un des membres de l'aumônerie est présent.

Le numéro de téléphone de l'aumônerie est accessible par le standard de l'établissement public de santé par le poste 2130 ; il ne possède pas de répondeur. Les numéros privés des deux membres de l'aumônerie sont affichés dans plusieurs endroits de l'établissement public de santé. Le prêtre laisse son numéro de téléphone portable aux soignants et aux patients.

Une boîte à lettre réservée à l'aumônerie est placée dans la cafétéria. Elle est relevée par l'aumônier.

La fréquentation de l'aumônerie est en moyenne de quatre à huit patients pour la prière du mardi et d'une dizaine de personnes pour la messe du samedi matin.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, l'aumônier catholique répond aux sollicitations de tous les patients, quel que soit leur culte. Cependant, cette situation ne répond pas à l'exigence mentionnée par le livret d'accueil qui précise que les patients « *peuvent demander au cadre de leur unité d'hospitalisation la visite d'un ministre de leur culte* ».

Recommandation

L'aumônerie ne comporte qu'un seul culte, le culte catholique. Cette situation doit être corrigée par la nomination d'au moins un aumônier musulman, car les patients pratiquant cette religion sont largement représentés.

5. LES CONDITIONS GÉNÉRALES D'HOSPITALISATION

5.1 La vie courante : les fonctions logistiques sont correctement assurées, l'accès des patients au restaurant commun avec le personnel favorise la sociabilité.

5.1.1 La restauration

Le self sert de lieu de restauration pour le personnel et les patients. Ils sont nombreux à y venir, sous réserve d'une prescription médicale ; à défaut, les patients prennent leurs repas dans les salles à manger des unités.

Les repas sont préparés par la cuisine centrale de l'établissement. Des inspections sont réalisées périodiquement par le service « Qualité et sécurité des aliments » de la direction départementale de la protection des populations. Au moment de la visite des contrôleurs, la dernière inspection, réalisée le 25 août 2015, avait signalé quelques non-conformités mineures et une fuite au niveau du faux-plafond de la zone de préparation chaude qui a donné lieu à des travaux réalisés le 8 octobre 2015.

Chaque unité passe une commande par ordinateur 48 heures à l'avance, en précisant éventuellement la présence de menus spécifiques ; il est possible d'indiquer des aversions particulières signalées par des patients. Il existe quatre séries de menus : une par saison ; chaque série de menus permet de faire varier les repas sur plusieurs semaines. Chaque repas est proposé avec les différents types de menus suivants : « normal salé », « normal sans sel », « hypocalorique salé », « sans matière grasse, sans sucre, salé », « sans matière grasse, salé », « mixé salé ».

Les plats sont livrés froids le matin ; ils sont maintenus à température puis réchauffés au moment du repas. En cas d'admission inopinée, chaque unité dispose toujours de rations supplémentaires.

Le soir, les horaires d'accès au self sont de 18h15 à 18h45. Les patients demandent une ouverture jusqu'à 19h30.

Bonne pratique

Une grande partie des patients et du personnel médical et administratif de l'établissement prennent leurs repas aux mêmes horaires dans le même restaurant.

5.1.2 L'hygiène

La buanderie assure gratuitement le nettoyage des effets des patients. Le linge est marqué et placé dans un filet spécifique à chaque unité. Les pertes sont rares : « de l'ordre de deux par an ; la dernière date de six mois ».

L'infirmière hygiéniste organise des actions de sensibilisation du personnel et des patients sur des thèmes tels que le traitement bucco-dentaire, le lavage des mains, etc. Au moment de la visite des contrôleurs, une telle animation a été organisée pendant toute une journée avec des conseils donnés à l'entrée du self sur la façon de se laver les mains.

Au sein du service « Qualité », une référente hôtelière est chargée du suivi de la qualité de la restauration, de l'hygiène, du ménage. Elle est membre du comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) et d'une commission de la restauration, qui se réunit une fois par an.

Un salon de coiffure, situé à l'unité intersectorielle de soins et de resocialisation (UISR, cf. § 5.3), est ouvert aux patients à des horaires spécifiques fixés par unité ; les rendez-vous sont pris par les soignants.

5.1.3 La sécurité

L'établissement est entouré d'une clôture de 2 m de hauteur. Il comporte deux accès pour piétons, fermés à clé, et une entrée principale dont le passage est soumis au contrôle d'un agent de sécurité, présent 24 h / 24.

En cas de déclenchement d'une PTI¹⁹, toutes les unités reçoivent l'alarme et les soignants disponibles interviennent, ainsi qu'un agent de sécurité qui vient en renfort, « *essentiellement pour faire nombre* ».

5.1.4 Les transports

Chaque pôle possède entre cinq et six véhicules financés par son budget de fonctionnement. Le nombre de véhicules destinés à transporter des patients, notamment dans le cadre d'activités à l'extérieur, varie d'un pôle à l'autre :

- « Gennevilliers » : un véhicule de cinq places ;
- « Asnières » : quatre véhicules de cinq places ;
- « Clichy » : quatre véhicules de cinq places ;
- « Levallois » : cinq véhicules de cinq places ;
- « La Garenne-Colombes » : deux véhicules de cinq places et un véhicule de neuf places.

5.1.5 L'accès au tabac

En 2014, le « groupe de réflexion éthique en psychiatrie » (GREP), a réalisé un audit sur la consommation du tabac. Toutes les unités ont été invitées à y participer en répondant à un questionnaire.

Cette étude a abouti à l'élaboration des préconisations suivantes :

- « améliorer l'information des patients et la formation des équipes concernant le tabagisme et les pratiques dérivées telles que le vapotage (sevrage, substituts nicotiques) ;
- mettre en œuvre des séances d'information par des professionnels en tabacologie, en prenant appui sur les réseaux anti-tabac existants ;
- réévaluer périodiquement les pratiques instituées vis-à-vis du tabac et des produits dérivés (cigarettes électroniques), en prenant en compte l'objectif de réduction du tabagisme, qui doit être continu ;
- harmoniser ces pratiques pour l'ensemble de l'établissement en tenant compte des situations spécifiques liées à des contraintes architecturales ».

D'une façon générale, les patients conservent leur tabac mais pas systématiquement leur briquet. Certains préfèrent laisser leur tabac au personnel soignant et le demander lorsqu'ils en

¹⁹ PTI : protection du travailleur isolé.

ont besoin, notamment pour éviter les « emprunts ». Certains patients se voient imposer une consommation limitée sur décision médicale.

5.2 Les relations avec l'extérieur sont mises à l'épreuve par l'éloignement géographique

La principale atteinte au maintien des liens familiaux est liée à l'éloignement géographique de l'établissement du département des Hauts-de-Seine, où résident par hypothèse les patients et donc la majorité de leurs proches. Si cet éloignement est parfois présenté comme un avantage, la rupture avec l'environnement immédiat contribuant à créer des conditions propices aux soins, il doit être souligné que cette rupture est en principe réalisée par le principe de l'enfermement. Cette situation, dont les soignants ont évidemment conscience, doit entraîner une vigilance accrue à permettre, dans les meilleures conditions possibles, la communication des patients avec leurs familles.

Si les prescriptions médicales se doivent d'être individualisées, induisant des autorisations de communication avec l'extérieur plus ou moins étendues, les pratiques peuvent varier entre les différents pôles, s'agissant des horaires de visites, de l'accès au téléphone et à la télévision. Les paragraphes ci-dessous reflèteront donc les principes généraux et chaque descriptif de pôle en fera une présentation plus détaillée.

5.2.1 Le téléphone

Un *point phone* est à disposition des patients dans la galerie qui dessert les services, non loin de la salle de restaurant, dans un renforcement permettant une certaine confidentialité²⁰. Il est peu utilisé – notamment car il fonctionne à l'aide d'une carte à puce²¹, qu'il n'est pas possible d'acheter au sein de l'établissement. La proximité du *point-phone* avec un lieu de passage n'incite peut-être guère non plus à son utilisation pour des conversations privées. Une cabine téléphonique située immédiatement à l'entrée de l'établissement, en dehors de l'enceinte, était en dérangement lors de la visite. Par ailleurs, dans chaque unité, il est possible aux patients de passer un appel ou d'en recevoir, en fonction des consignes médicales, par le biais du téléphone du service, situé généralement à proximité du bureau des infirmiers, parfois à l'intérieur d'une petite cabine permettant que les conversations conservent un caractère privé. A Nanterre, ce *point-phone* se trouve à l'intérieur de la salle commune de repas. Lorsque le patient sollicite un appel ou en reçoit, les soignants lui passent la communication sur cet appareil. Ces cabines ne permettent pas d'effectuer des appels directement. Les horaires d'appels et de réception, lorsqu'ils sont autorisés, varient selon les services.

Enfin, s'agissant du téléphone portable, le principe est celui du retrait de l'appareil à l'arrivée des patients – à l'exception du pôle G02 où les patients peuvent conserver leur téléphone sauf contre-indication médicale. Les téléphones sont conservés dans le bureau des infirmiers, dans des casiers. Selon les unités, l'appareil pourra ou non être remis, sur avis médical. Il est fréquemment remis lorsque les patients sortent de l'unité, pour se rendre, par exemple, dans le parc (cas de l'unité 2 de « Levallois » et du pôle « Gennevilliers »). A été évoquée, par certains

²⁰ Il est situé à côté d'une machine distribuant des préservatifs.

²¹ Il est précisé sur l'appareil qu'il peut être utilisé avec une carte téléphonique, une carte bancaire, une carte monéo©.

patients, une pratique consistant à autoriser l'accès au téléphone portable pour un nombre d'appels limité dans la journée (un ou deux) ; les appareils peuvent également être laissés entre les mains du patient du petit déjeuner jusqu'à 20h (cas de l'unité 1 du pôle « Levallois »). Il a été précisé que, lorsque les patients n'ont pas l'autorisation de disposer de leur portable, ils peuvent néanmoins joindre leurs proches ou leurs familles *via* le bureau des infirmiers, en utilisant le téléphone du service.

Recommandations

L'accès au téléphone portable devrait être la règle, le non accès l'exception, motivée par des raisons médicales. Les patients doivent avoir accès à un téléphone librement, sans avoir à demander l'intervention d'un soignant, sauf exception individuelle dument justifiée par des motifs thérapeutiques.

5.2.2 Le courrier

Le courrier est géré par le vagemestre dont le bureau est situé au rez-de-chaussée du bâtiment administratif. Au pôle G05, au CASH de Nanterre, il est géré par le vagemestre de l'hôpital et remis au secrétariat de l'unité.

Le vagemestre arrive à l'établissement à 8h, prélève le courrier déposé par le personnel ou les patients dans la boîte aux lettres percée dans le mur de son bureau et en assure le tri. Le courrier interne est déposé dans la case correspondant au service concerné. Il y a déjà déposé la veille le courrier interne collecté dans les services lors de la distribution du courrier « arrivée ».

S'agissant du courrier au départ, après la pesée et l'affranchissement (gratuit pour les patients), il se rend à *La Poste* pour déposer ce courrier et y chercher le courrier « arrivée » du jour.

À son retour, il procède au tri du courrier reçu. Lorsque des lettres recommandées, des mandats ou des colis arrivent, il en note la date, l'expéditeur, le destinataire et le numéro d'envoi dans un registre qu'il emporte dans sa tournée aux fins de signature lors de la remise. Le patient concerné descend récupérer le courrier ou le colis auprès du secrétariat du service. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les colis et mandats sont rares.

Après avoir rangé l'ensemble des enveloppes dans des pochettes au nom de chacun des services et rempli son chariot à roulettes, le vagemestre commence sa tournée de distribution et de collecte par un itinéraire fixe : d'abord les services administratifs du rez-de-chaussée, puis la pharmacie (où sont notamment récupérés les résultats d'exams médicaux), les services administratifs du premier étage, et enfin les pôles 1, 2, 3 et 4, où il dépose le courrier au secrétariat médical du rez-de-chaussée et recueille le courrier départ.

Selon les informations recueillies, le courrier des patients ne fait l'objet d'aucune censure.

5.2.3 Les visites

Sur le site internet de l'établissement, dans la rubrique destinée à l'espace patient et famille, sous-rubrique « modalités pratiques de votre séjour », il est indiqué que les visites se déroulent de 14h à 20h sur les secteurs de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne et Asnières-sur-Seine. Les visites ont lieu de 14h à 18h sur le secteur de Clichy-La-Garenne, de 13h à 18h sur le secteur de Levallois-Perret et de 11h à 17h pour le foyer de postcure, uniquement sur rendez-vous.

Il est également précisé que « les visites sont soumises à un accord médical préalable. Le médecin peut restreindre ou suspendre les visites pour des raisons liées à votre état de santé. Si vous souhaitez ne pas recevoir certains visiteurs, prévenez le cadre de santé de votre unité qui fera le nécessaire. » Il est indiqué que les visites des « jeunes de moins de 15 ans » ne sont en principe pas autorisées dans les unités, mais peuvent avoir lieu après accord du médecin. Ces autorisations semblent toutefois assez rares, le personnel indiquant généralement que l'accès aux services est interdit aux enfants. Ils peuvent cependant voir leur proche hospitalisé dans des lieux communs ou, au sein du pôle, dans une salle qui peut avoir été prévue à cet effet. Dans certaines unités, les visites dans les chambres sont autorisées sous réserve que le patient soit en chambre individuelle (tel est le cas dans l'unité 1 du pôle Levallois alors que l'unité 2 l'interdit).

D'une manière générale, il est indiqué que les visiteurs rencontrent fréquemment leur proche à l'extérieur des unités, à la cafétéria ou dans le parc. La fermeture de la cafétéria un week-end sur deux est pénalisante pour les visites, notamment par mauvais temps, car les lieux couverts sont en faible nombre.

Pour accéder à l'établissement public de santé de Moisselles, les visiteurs du Nord des Hauts-de-Seine qui se déplacent en transports en commun supportent un temps de trajet d'environ deux heures. À l'arrivée à la gare de Bouffémont ou au RER de Garges/Sarcelles, trois lignes de bus (269, 270 et 370) conduisent à un arrêt situé, pour l'aller comme pour le retour, devant l'établissement (arrêt CHS). Ceux des visiteurs qui se rendent sur place en voiture bénéficient de places de parking dans l'enceinte de l'établissement.

À Nanterre, le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) est correctement desservi par plusieurs lignes de bus (304, 378, 262) dont les arrêts sont situés devant l'établissement et permet l'accès à la station de RER la plus proche (Nanterre Université). Les familles se déplaçant de Colombes ou La Garenne-Colombes, secteurs de compétence de l'unité 5, ont environ 30 minutes de trajet pour visiter leurs proches.

Le nombre de visites ou visiteurs n'est pas relevé par l'établissement ; il a été constaté que peu de patients, lors du déplacement des contrôleurs, étaient privés de visites sur décision médicale.

Recommandation

La cafétéria devrait être ouverte tous les week-ends afin que les visiteurs puissent disposer d'un lieu couvert, à l'extérieur des unités, pour rencontrer leurs proches.

5.2.4 La télévision

Dans chaque unité, une salle de télévision est aménagée à destination des patients. Les téléviseurs sont protégés derrière des vitres elles-mêmes insérées dans un dispositif grillagé. Les télécommandes sont laissées à disposition des patients ou peuvent également être conservées dans le bureau des infirmiers qui les remettent sur demande aux patients. La salle est d'accès libre, jusqu'à un horaire en soirée variable selon les unités. Toujours selon les unités, la salle peut rester accessible même la nuit, mais non pas l'accès à la télévision, pas plus que l'accès au balcon.

Les salles de télévision sont équipées de fauteuils, dans un état variable d'usure, permettant que puissent s'asseoir de six à huit personnes. La décoration est minimaliste et les espaces semblent peu investis, que ce soit par les patients ou le personnel. On y trouve également souvent un poste de radio, quelques jeux de société.

Ces salles de télévision s'ouvrent sur un balcon-fumoir entièrement barreaudé et équipé de chaises de jardin et d'un cendrier, d'une dimension de 4 à 5 m².

Un deuxième téléviseur, dépourvu de protection, est installé dans la salle à manger de chaque unité. Il semble être moins utilisé, les salles étant occupées, non seulement par les repas, mais également parfois par des activités « cuisine ».

Les horaires auxquels il est possible de regarder la télévision sont variables selon les unités. L'amplitude la plus importante relevée par les contrôleurs est de 6h45 à 23h.

5.2.5 L'informatique et l'accès à internet

L'accès à l'informatique et à internet n'est pas organisé à l'établissement. Il est possible dans le bureau de l'assistante sociale²² dès lors qu'il s'agit de consulter un compte en banque ou de faire des recherches en vue d'une sortie.

Les ordinateurs portables lorsqu'ils sont en possession des patients à l'arrivée sont retirés et peuvent être remis provisoirement au cas par cas. Tel était le cas pour un patient qui, au moment de la visite, préparait les épreuves du baccalauréat.

Néanmoins, une activité informatique est mise en œuvre dans le cadre de l'unité intersectorielle de soins et de resocialisation (cf. § 5.3.3).

5.3 L'accès aux lieux collectifs : l'UISR dispose d'équipements très adaptés et permet d'assurer la continuité des activités thérapeutiques.

5.3.1 La cafétéria

Lieu central de l'UISR, la cafétéria est ouverte du lundi au samedi de 9h30 à 11h45 et de 14h à 17h ainsi qu'un dimanche sur deux. Un bar est ouvert sur une grande salle de 400 m², quelques tables et chaises sont disposées en son centre ainsi qu'un baby-foot. Face à l'un des murs, se trouve un espace protégé par un paravent où les patients peuvent utiliser des vélos d'appartement. Ce lieu de convivialité est agréable, bien agencé et bénéficie d'un éclairage naturel grâce à de grandes baies vitrées.



Vues de la cafétéria

²² Ce bureau est occupé par un personnel administratif qui n'est pas assistante sociale, mais en fait fonction.

Les patients interrogés ont tous déclaré s'y sentir bien.

La cafétéria est à la fois un lieu de consommation mais aussi et surtout un lieu à visée thérapeutique. Un patient est systématiquement derrière le bar en compagnie de l'un des soignants. Il sert patients, visiteurs et membres du personnel et, peu à peu, en fonction de son état de santé, encaisse les montants correspondant aux consommations ou aux ventes de friandises.

5.3.2 La bibliothèque

La bibliothèque de l'établissement, aménagée de manière contiguë à la cafétéria s'ouvre sur la salle commune. Elle est gérée par les patients, par demi-journée. Le planning est donc affiché hebdomadairement.

La pièce est équipée de sept tables rondes de 1,50 m de diamètre entourées de quatre chaises. Des fauteuils regroupés en forme de fleur de quatre sièges complètent les possibilités de s'asseoir pour lire. Les ouvrages, provenant tous de dons, sont classés par thématique. On y trouve également un rayon de remise à niveau scolaire. Des jeux de société sont disponibles pour ceux des patients qui ne souhaitent pas lire.

Outre son rôle de prêt d'ouvrages, la bibliothèque vend quelques objets : stylos, enveloppes, blocs de papier, piles, cartes postales, cartes d'anniversaire, cadenas etc.

La pièce est dotée d'un bureau, d'un ordinateur pour la gestion des prêts, de deux caisses (l'une pour la papeterie, l'autre pour les objets) ainsi que d'un coffre permettant la régie courante.

Le prêt donne lieu à l'établissement d'une carte d'abonnement avec paiement d'une caution de 2 euros restituée à la sortie du patient contre remise des documents ou ouvrages empruntés.

5.3.3 Les activités thérapeutiques

Des activités sont organisées dans chacun des pôles et chacune des unités d'hospitalisation et, en outre, de manière intersectorielle par l'UISR.

Toutes sont néanmoins financées par l'association de santé mentale (ASM) des secteurs Nord des Hauts-de-Seine. Cette association à laquelle adhèrent tant les soignants que les patients (essentiellement ceux des structures de l'extra hospitalier) a pour objectif de développer toute initiative concourant au bien-être des patients. Elle est représentée dans chaque pôle par un comité composé *a minima* d'un président, d'un adjoint, d'un trésorier et d'un secrétaire.

En fin d'année, chaque comité réunit les équipes de soignants volontaires qui souhaitent présenter des projets d'activités ainsi que des séjours thérapeutiques pour leur unité. Le comité fait remonter ses propositions au siège de l'association dans la limite d'une enveloppe préétablie et correspondant peu ou prou à celle de l'année précédente.

Les ressources de l'association sont constituées des adhésions (2 euros minimum), des subventions de l'Etat et du département, de dons et legs et de recettes éventuelles de tombolas, kermesses ou vente de produits dans le cadre d'activités ergothérapeutiques (en extra hospitalier).

La participation de l'établissement correspond à la mise à disposition des locaux, du matériel et des soignants qui gèrent l'UISR.

L'inscription des patients aux activités mises en place dans leur propre unité d'hospitalisation ne requiert pas de formalités particulières hormis une autorisation médicale ; en revanche, un protocole a été établi pour l'inscription aux activités intersectorielles qui permet de mettre en

œuvre le planning d'activités les plus adaptées au patient dans leur dimension thérapeutique. Un bilan à trente jours (ou antérieur si nécessaire) est fixé afin d'évaluer l'adhésion du patient aux activités et la pertinence du choix. Un réajustement est opéré si nécessaire.

Les activités organisées par l'UISR respectent un planning hebdomadaire, hormis les sorties et séjours thérapeutiques.

Au-delà des activités permanentes, des sorties peuvent être organisées soit par les unités de manière indépendante, soit par l'UISR. Chacune d'entre elles a un but précis qui peut aller de la simple insertion dans un groupe à des objectifs thérapeutiques plus importants : sorties en randonnées avec pique-nique si le temps le permet, visite d'une jardinerie pour y découvrir des plantes ou encore d'une ferme ; sorties au cinéma dans une localité voisine (bien qu'une salle en sous-sol de l'UISR permette de visionner des films) et dans des musées.

Il n'existe pas de service des sports mais les psychomotriciens et les ergothérapeutes interviennent dans un cadre sportif soit par des marches ou du jogging dans le parc, soit dans le cadre des activités individuelles de l'UISR.

Les contrôleurs ont examiné les demandes d'autorisation de sortie pour la période du 29 mars au 18 avril, soit sur quinze jours ouvrables. Sur les soixante-six patients concernés, trente-quatre étaient en soins sans consentement et trente-deux en soins libres. Les patients sont sortis douze demi-journées avec en moyenne des groupes constitués de cinq à six patients.

L'UISR organise également des moments festifs ou événementiels : les patients admis en SPDRE et SPDT n'ont alors pas besoin de bénéficier d'autorisation spéciale pour rester au-delà des horaires qui leur sont habituellement consentis.

Des séjours thérapeutiques sont programmés d'une année sur l'autre et font l'objet d'une concertation à l'intérieur de chaque pôle. Le projet doit être étayé et chaque demande de participation faite par un médecin pour l'un de ses patients fait l'objet d'une argumentation clinique. Ces séjours peuvent mêler des patients de deux unités ou être programmés en intersectorialité.

Les activités proposées à l'UISR sont encadrées et variées ; les patients peuvent participer à : des ateliers de créations manuelles, qi gong²³, bibliothèque, groupes actualités, écoute musicale équi-thérapie²⁴, art et couleur, randonnée, VTT, informatique, cinéma, snoezelen²⁵, bowling, théâtre, poterie, sculpture sur métal.

L'UISR dispose aussi d'une piscine permettant la pratique de séances d'aquagym et de balnéothérapie.

²³ Le qi gong, chi gong ou chi kung, est une gymnastique traditionnelle chinoise et une science de la respiration, fondée sur la connaissance et la maîtrise de l'énergie vitale, et associant mouvements lents, exercices respiratoires et concentration.

²⁴ L'équi-thérapie est une prise en charge thérapeutique, non conventionnelle, complémentaire aux soins médicaux, qui prend en considération le patient dans son entité physique et psychologique, et utilise le cheval comme partenaire thérapeutique afin d'atteindre des objectifs fixés en fonction de la spécialité du thérapeute.

²⁵ Le snoezelen est une stimulation multi sensorielle contrôlée, une pratique visant à éveiller la sensorialité de la personne stimulée, dans une ambiance sécurisante.



Espaces d'activité de l'UISR

Cependant, selon les informations recueillies, au moment de la visite, l'équipe s'interrogeait sur le sens du travail réalisé à l'UISR, des insatisfactions et constats d'échec relatifs à la qualité des prises en charge pour certains patients ayant été formulés. Ces difficultés sont de plusieurs ordres :

- difficultés organisationnelles liées au manque d'assiduité des patients aux ateliers ; les soignants de l'UISR perdent beaucoup de temps à contacter les équipes des unités de soins pour faire venir les patients ;
- difficultés de communication, manque d'informations ou de transmissions émanant des unités de soins (ex : sortie des patients sans que l'UISR soit informée) ;
- interrogations sur le sens clinique liées à l'absence récurrente de la psychologue du service et à la rareté des échanges avec les unités d'hospitalisation. L'équipe est peu sollicitée pour les synthèses des patients ;
- certains outils de fonctionnement qui ne semblent plus adaptés (feuille de présentation) car souvent mal utilisés ou partiellement remplis ;
- l'accueil réservé aux professionnels des unités qui se déplacent pour présenter un patient est souvent trop rapide ; par ailleurs, ils manquent de temps pour préparer une présentation complète et pertinente des patients.

L'insatisfaction ressentie par l'équipe est essentiellement liée au déficit de temps de rencontres avec les agents des unités d'hospitalisation et au sentiment de ne pas être suffisamment intégrée au projet de soin des patients confiés à l'UISR.

Recommandation

La mise en place d'un groupe de travail et d'échanges entre l'UISR et les unités d'hospitalisation serait de nature à optimiser la prise en charge des patients au sein de cette unité intersectorielle.

5.4 Les soins somatiques se sont nettement développés depuis l'arrivée d'un second médecin somaticien

5.4.1 L'accès au médecin généraliste

L'unité de soins somatiques (USSO), ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 17h, est installée depuis le mois de novembre 2015 dans les anciens locaux du service administratif du pôle de Levallois ; elle dispose désormais de locaux adaptés, implantés au cœur des unités d'hospitalisation. Ces locaux comprennent :

- deux bureaux médicaux de consultation ;
- un bureau infirmiers ;
- une salle d'attente ;
- une salle de réunion ;
- un bureau prévu pour le secrétariat ;
- une salle de vie ;
- un local de rangement ;
- des sanitaires et un vestiaire.

Administrativement rattachée au pôle 7 et sous la responsabilité de son chef de pôle, l'USSO est composée de :

- un praticien hospitalier en médecine générale à temps plein, chef de l'unité ;
- un assistant spécialiste en médecine générale ;
- quatre infirmiers à temps plein ;
- un cadre de santé pour 0,5 ETP, également cadre de l'UISR ;
- un cadre supérieur de santé du pôle 4 en mission transversale.

Faute de budget, l'USSO ne dispose pas de poste de secrétaire ; ce qui, selon les informations recueillies, limite les actions des infirmières en matière d'éducation thérapeutique et leur participation aux consultations des médecins somaticiens puisqu'elles doivent assurer de lourdes tâches administratives et logistiques.

Cependant, la prise en charge somatique s'est nettement améliorée depuis l'arrivée d'un second médecin somaticien à temps plein en novembre 2015. Les deux médecins se répartissent par pôle la prise en charge des patients du site de Moisselles. Les patients du pôle G05 hospitalisés au CASH de Nanterre ne bénéficient pas du suivi somatique de l'USSO mais sont suivis par les équipes médicales de cet hôpital (cf. § 6.5).

Les patients admis en soins sans consentement à Moisselles proviennent généralement des urgences d'un hôpital de la région parisienne, un examen somatique a dû donc être pratiqué. De ce fait, le médecin généraliste ne réalise pas systématiquement l'examen prévu par la loi du 5

juillet 2011. L'ensemble des patients est cependant systématiquement vu en consultation dans les 72h au plus tard suivant son admission. Un bilan biologique complet, un électrocardiogramme (sauf s'il a été réalisé aux urgences) et une radiographie du thorax sont systématiquement programmés. Le site de Moisselles dispose d'un appareil de radiologie, un manipulateur radio vient effectuer des clichés « standards » deux fois par semaine.

Par la suite, les médecins rencontrent les patients selon un suivi qu'ils ont eux-mêmes planifié, sur signalement du personnel ou à la demande d'un psychiatre ; les patients peuvent être reçus au sein des locaux de l'USSO ou dans les unités. Selon les informations fournies, les médecins somaticiens passent quotidiennement dans les différents services même en dehors de toute consultation programmée.

Depuis 2014, l'USSO réalise des campagnes de vaccination antigrippe auprès des patients ainsi que des campagnes de dépistage de certains cancers (côlon, sein, col de l'utérus) pour les patients au long cours. Au moment de la visite, l'équipe avait également pour ambition de développer des actions d'éducation thérapeutique (sur le diabète notamment) mais dont les réalisations étaient conditionnées au recrutement d'une secrétaire afin de libérer les infirmières de tâches administratives chronophages.

5.4.2 Les consultations de spécialités

Les consultations spécialisées sont prescrites par les médecins somaticiens et ont lieu à l'extérieur à l'hôpital d'Eaubonne, de Pontoise, de Sarcelles... ou dans des cabinets libéraux de proximité. Selon les informations fournies, les délais sont tout à fait satisfaisants – y compris pour les actes d'imagerie et l'ophtalmologie – à l'exception des rendez-vous d'orthophonie et de kinésithérapie en raison du manque de praticiens dans ces spécialités.

Les infirmières de l'USSO organisent ces consultations de spécialités, accompagnent les patients et assurent les transmissions orales et écrites relatives au contenu des rendez-vous et au comportement des patients aux équipes des unités et aux médecins somaticiens.

En 2015, 1 021 consultations externes ont été traitées.

Les urgences non vitales sont assurées en première intention par le praticien de permanence, puis adressées au service des urgences de l'hôpital de secteur à Eaubonne ; les patients y sont accompagnés par un soignant de l'unité d'hospitalisation et non par un infirmier de l'USSO. En 2015, vingt-cinq patients y ont été transférés.

L'USSO ne gérant pas les urgences vitales au sein de l'établissement, il est fait appel au centre 15.

5.5 L'isolement s'avère trop long et est pratiqué dans des installations parfois inadaptées ; le recours à la contention semble peu fréquent.

Au moment de la visite, le registre prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique n'était pas mis en place au sein de l'établissement et, selon les informations recueillies, la CME n'avait pas encore réfléchi à la forme qu'elle souhaitait lui donner. Par ailleurs, les consignes médicales, y compris celles relatives à un placement à l'isolement ou à une mise sous contention, n'était pas encore renseignées informatiquement sur *Cariatide*, leur traçabilité ne pouvant être assurée qu'au travers des dossiers papier des patients.

Recommandation

Le registre prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique doit être mis en place et renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention, quel que soit le lieu où s'exerce cette mesure.

5.5.1 L'isolement

Le site de Moisselles (l'unité d'hospitalisation du pôle n°5 située au CASH de Nanterre est dépourvue de chambre où peuvent être pratiquées des mesures d'isolement) est doté de huit chambres d'isolement, également appelées chambres de soins intensifs (CSI), et de six chambres dites « sécurisées » – au sein desquelles des mesures d'isolement sont susceptibles d'être prises – réparties comme suit :

Pôle n° 1

L'unité G1 comporte deux CSI et l'unité G2, une ; les deux unités ne disposent pas de chambre sécurisée. Les trois CSI sont semblables : la chambre n'est meublée que d'un lit scellé au sol ; une douche, un lavabo et un wc sont accessibles dans un sas, qui possède deux accès dans la chambre. Ces deux accès étant fermés en permanence, le patient ne dispose que d'un seau hygiénique pour se soulager. Une horloge avec indication du jour de la semaine est placée dans le sas de façon à être visible depuis le fenestron de la porte de la chambre.

Lors de la visite, une patiente en SPDTU était hébergée depuis près de cinq ans dans l'unique chambre de soins intensifs de l'unité G2 ; elle était autorisée à en sortir, accompagnée, plusieurs fois par jour, pour aller prendre ses repas dans l'unité – à moins qu'elle ne préfère les prendre dans sa chambre – ou, parfois, se promener dans le parc.



Une chambre d'isolement du pôle n°1

Pôle n° 2

L'unique unité du pôle dispose d'une chambre d'isolement et de deux chambres sécurisées.

La chambre d'isolement, d'une surface de 31 m² est accessible depuis un sas qui dessert également des sanitaires équipés d'une douche, d'un lavabo et de wc. Elle est uniquement meublée d'un lit de type *Cumbria* et d'un bloc sanitaire en aluminium et dotée d'un bouton d'appel. Au premier jour de la visite, cette chambre était inoccupée et faisait l'objet de travaux

de maintenance du système d'aération. Un patient y a été placé du 4 au 9 mai de façon séquentielle de 9h à 11h et de 13h à 18h.



Chambre d'isolement du pôle n° 2

Les chambres sécurisées sont des chambres « standard » dont certains équipements ont été modifiés afin de renforcer la sécurité de ses occupants (miroir incassable, portes des placards retirées, absence de poignée à la porte d'entrée de la chambre et à celle de la salle de douche). Comme les autres chambres de l'unité, elles sont équipées d'un bouton d'appel. Selon les informations fournies, ces chambres peuvent être utilisées en « transition » de sortie de CSI, sur prescription médicale qui peut prévoir des plages horaires d'ouverture de la porte ; dans ce cas, la prescription est renouvelée toutes les 24h comme pour les placements en CSI. Elles sont le plus souvent utilisées comme chambre « normale ».

Pôle n° 3

Chaque unité comporte une chambre d'isolement et une chambre sécurisée, fermable par le personnel et sans verrou de confort.

Les chambres de soins intensifs ouvrent sur un sas qui comporte un cabinet de toilette (lavabo, douche et wc). À la date du 3 mai 2016, les deux chambres de soins intensifs étaient occupées ; dans l'unité Clichy 1, elle était occupée depuis le 29 avril 2016 au soir par un patient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État. Il était indiqué qu'un infirmier passait toutes les heures le voir. Il était également précisé qu'il avait l'autorisation de prendre ses repas dans la salle à manger du service. A l'unité Clichy 2, la CSI était occupée depuis 11 jours²⁶ par un patient admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers²⁷. Il était précisé qu'un infirmier passait toutes les deux heures et que le patient était autorisé à sortir de sa chambre, notamment pour les repas (qu'il prenait néanmoins dans l'unité).

A ces deux situations, il convient d'en ajouter une troisième ; les contrôleurs se sont en effet interrogés sur la situation d'une patiente, hébergée à Clichy 2, dans une chambre dite « sécurisée »²⁸, dont l'apparence et l'aménagement évoquent une CSI bien plus qu'une chambre d'hospitalisation classique.



Chambre sécurisée de Clichy 2

Cette chambre, vide, à l'exception d'un lit de type *Cumbria*, était occupée par une patiente depuis plus de huit ans²⁹. Lourdemment handicapée, cette patiente reste dans sa chambre, fermée – à l'exception de deux à trois sorties quotidiennes accompagnées dans le couloir, selon la disponibilité des infirmiers, et pour certains soins³⁰. **Il est indiqué que la patiente, hospitalisée à**

²⁶ Date de son admission.

²⁷ Ce dernier patient était du secteur de Gennevilliers et avait été affecté sur le secteur de Clichy faute de disponibilité des CSI de son secteur.

²⁸ Un membre du personnel d'encadrement a souhaité préciser que cette désignation était « historique » et qu'il est désormais question de « chambre spécialement adaptée à la sécurité des patients ». Les contrôleurs ont toutefois constaté que de nombreux agents continuent de les désigner sous l'appellation « chambres sécurisées » et que, du reste, chacun savait quelles étaient les chambres concernées lorsqu'elles étaient ainsi nommées.

²⁹ Il existe un bloc sanitaire, qui a été condamné, afin d'éviter que la patiente – insuffisamment autonome – n'y accède. La patiente porte des protections et changes jetables.

³⁰ A notamment été évoquée une séance de snoezelen par semaine.

la demande de ses parents, ne relevait en principe pas d'une prise en charge au sein d'un établissement de santé mentale. Il a néanmoins été indiqué qu'avant elle, un autre patient polyhandicapé y était resté deux ou trois années dans des conditions semblables, avant d'être transféré vers un établissement plus adapté à sa prise en charge, en Belgique. Cette patiente était également en attente d'un éventuel transfert en Belgique. Dans ses observations, la directrice précise que « la chambre personnelle de la patiente hospitalisée dans le pôle G03 Clichy a été adaptée sur le plan de la configuration architecturale, avec des aménagements (en particulier la salle de bains). Ces aménagements ont été pensés afin de permettre que la patiente soit en sécurité. Des activités spécifiques sont également organisées à son attention ».

Recommandation

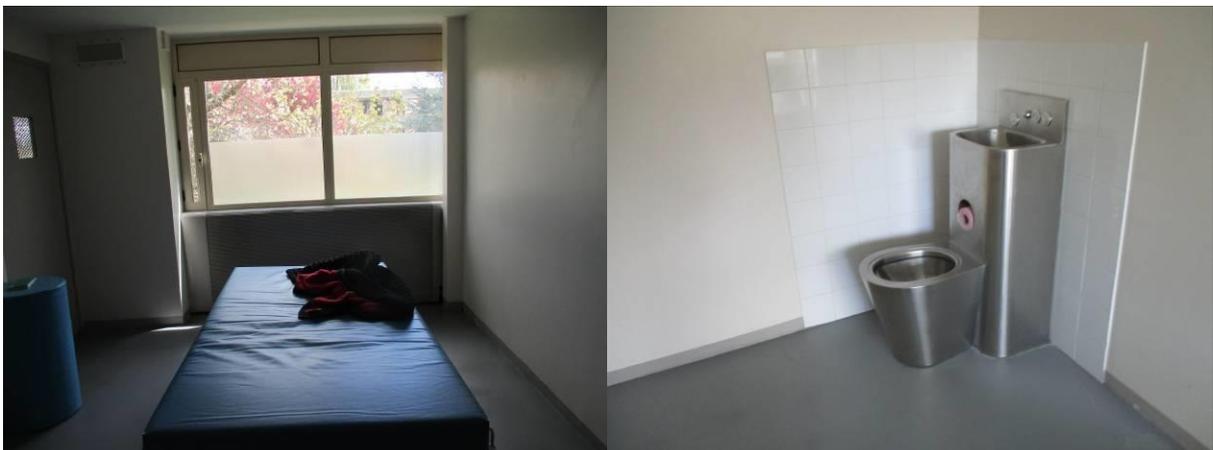
Le placement à l'isolement d'un patient doit être une solution de dernier recours, temporaire et justifiée par une prescription médicale. Il est contraire à la dignité qu'une personne subisse une telle situation pendant des années sans interruption.

Dans le service Clichy 1 se trouve une autre chambre sécurisée, dont la porte, fermable, est munie d'un oculus permettant d'en surveiller l'intérieur. Le patient qui l'occupe est libre d'en sortir, la porte étant en pratique laissée ouverte.

Pôle n° 4

Chaque unité comporte une chambre de soins intensifs (CSI) et une chambre sécurisée. A la date du 12 mai, la CSI de l'unité 1 était libre ; celle de l'unité 2 était occupée par un patient en fenêtre thérapeutique. La chambre sécurisée de l'unité 1 était libre et celle de l'unité 2, occupée par un patient au long cours et dont la porte n'était fermée à clé qu'occasionnellement pour durées courtes, de l'ordre d'une heure.

Les CSI sont équipées de façon identique. Un sas donne accès à la CSI et au local sanitaire. Deux larges fenêtres laissent passer la lumière du jour ; une fenêtre peut être ouverte de quelques centimètres de largeur par les soignants. La climatisation est commandée du sas, comme les volets roulants des fenêtres. Un sommier métallique est placé au milieu de la chambre. Un matelas placé dans une enveloppe étanche est posé sur le sommier. Dans la même pièce, dans un coin à l'abri des regards depuis la porte, est vissé un bloc sanitaire en acier inoxydable. La porte de la CSI donnant dans le sas comporte un fenestron qui permet de voir, depuis la CSI, une horloge. Une douche est accessible depuis le sas.



Chambre de soins intensifs du pôle n° 4

Les chambres sécurisées sont des chambres individuelles, fermables à clé, dont le lavabo n'est pas équipé d'un miroir, avec un wc en acier et dont les arrivées d'eau peuvent être commandées depuis le couloir. Elles sont meublées selon l'état du patient. Ainsi à l'unité 1, la chambre était équipée du mobilier habituel tandis qu'à l'unité 2, la chambre n'était équipée que d'un lit de type *Cumbria*. Lors de la visite des contrôleurs, les sanitaires de la chambre sécurisée de l'unité 2 n'étaient alimentés en eau (lavabo et WC) que temporairement, sur l'intervention d'un soignant. Cette chambre est parfois fermée à clé – une à deux heures – « *quand le patient devient violent* ». Ce patient est hébergé depuis une trentaine d'années, selon les informations recueillies.



Les chambres sécurisées des unités 1 et 2 du pôle Levallois

Recommandation

Les chambres de soins intensifs et les chambres sécurisées doivent être équipées d'un dispositif d'appel des soignants ; tout patient placé à l'isolement doit avoir un accès libre à des wc et à un interrupteur pour la lumière.

Les contrôleurs ont obtenu des données relatives au nombre de journées d'occupation des chambres d'isolement (les chambres sécurisées ne sont pas prises en compte) entre le 1^{er} janvier et le 10 mai 2016 (soit 131 journées). Ce nombre oscille entre 79 (CSI de l'unité 2 du pôle 3) pour le plus faible et 131 (CSI de l'unité 2 du pôle 1 et CSI de l'unité 1 du pôle 4), le taux moyen d'occupation des chambres d'isolement étant de 79 %. Ces chiffres confirment l'impression des contrôleurs, fondée sur leurs observations et les témoignages recueillis, d'un usage intensif du recours à l'isolement et qui les interroge.

La « procédure de mise en chambre d'isolement », rédigée par un groupe de référence chambre d'isolement et validée par le président de la CME et la coordinatrice des soins, date du 6 septembre 2006. Elle précise que la mise en chambre d'isolement ne peut se faire qu'à partir d'une prescription médicale écrite et/ou en cas de situation d'urgence sur décision d'équipe. Dans tous les cas, il faut faire appel au praticien du service ou au médecin de garde afin d'obtenir une prescription médicale écrite. Ces mesures doivent rester thérapeutiques et relationnelles et ne jamais devenir répressives et punitives.

Le document précise les mesures à prendre avant et pendant la mise en chambre d'isolement ainsi que les rôles de l'équipe infirmière, du médecin référent et du médecin de garde après la

mise en chambre d'isolement (notamment, pour le médecin référent, motiver la prescription et la renouveler toutes les 24h). La procédure ne prévoit pas de passage systématique du médecin somaticien ; selon les informations fournies, ce dernier est uniquement contacté en cas de problème.

Il existe un document spécifique de « prescription médicale de mise en chambre de soins intensifs (MCSI) » validé le 21 septembre 2011 et remis à jour en mars 2014.

5.5.2 La contention

Contrairement à ce qui existe pour l'isolement, aucun protocole formalisé n'a été rédigé au sujet de la contention. Cependant, un document spécifique de « prescription médicale de mise sous contention », rédigé dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles en juin 2011 et validé par la CME le 30 septembre 2011, a été remis aux contrôleurs.

Deux lignes sont prévues pour le motif. L'heure de début de la mesure doit être indiquée sur le document ainsi que la durée évaluée. Le nom du médecin prescripteur et sa signature sont mentionnés mais pas l'identité du patient.

Le nombre de sangles de contention est précisé ainsi que leur positionnement aux membres inférieurs, membres supérieurs et ventral. Il est également mentionné si le patient est détaché lors de la toilette, des repas et de l'élimination. Un traitement anticoagulant est prescrit (sauf contre-indication) ainsi qu'un traitement préventif de la constipation.

Enfin, le document prévoit d'indiquer l'heure de retrait de la contention.

Un autre document intitulé « surveillance infirmière d'un patient mis sous contention », validé le 5 mars 2007, décrit la procédure en rappelant que *« les méthodes d'isolement et de contention représentent une réduction significative de la liberté de la personne et nécessitent un cadre médical, législatif et institutionnel. Il est important de rappeler que ces mesures doivent rester thérapeutiques et relationnelles et ne jamais devenir répressives ni punitives. La mise sous contention se pratique uniquement en chambre d'isolement ou en chambre sécurisée. Elle fait l'objet d'une prescription médicale écrite »*.

Ce document précise que *« le patient peut à tout moment communiquer avec un membre de l'équipe (interphone ouvert) »* ce qui n'est matériellement pas possible puisque les chambres d'isolement et les chambres sécurisées sont dépourvues de système d'interphonie.

Selon les informations fournies, la pratique de la contention est rare au sein de l'établissement (voire inexistante dans certaines unités comme au sein du pôle G02) et aucune mesure n'est prise en « si besoin ». Les médecins somaticiens ne reçoivent pas d'appel systématique lors de la mise sous contention d'un patient mais, puisqu'ils passent chaque jour dans l'ensemble des unités, ils sont amenés à le rencontrer.

Concernant les pratiques d'isolement et de contention, la directrice de l'établissement a, dans son courrier de septembre 2017, précisé certaines évolutions notoires : *« l'établissement a porté une attention particulière depuis 18 mois, dans le prolongement de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, à l'organisation des soins dans les domaines des prescriptions de situation d'isolement, de contention et des restrictions de liberté. Les procédures relatives à la décision d'isolement, à la surveillance des patients en situation d'isolement, à la pose de contention ont été actualisées (août 2016) et évaluées (juin 2017). Un protocole de vérification quotidienne des chambres d'isolement a été défini (vérification du bon*

fonctionnement du système d'appel, accès à un repère temporel, température...). Des travaux ont été réalisés pour permettre l'installation de WC avec lave mains dans chaque chambre concernée. Les unités de Gennevilliers bénéficieront de ces travaux dès leur déménagement, prévu en septembre 2017. Un registre des décisions d'isolement et de contention prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est opérationnel depuis septembre 2016. Une première analyse des données a été réalisée et communiquée aux instances de l'établissement (commission des usagers, commission médicale d'établissement, conseil de surveillance) ».

5.6 Les incidents : la gestion des disparitions inquiétantes est à améliorer

De nombreuses actions ont été mises en œuvre par le service qualité ces dernières années afin d'améliorer la politique de signalement et de gestion des événements indésirables. Une plateforme unique de déclaration de l'ensemble des événements indésirables a été installée sur l'intranet de l'établissement, les professionnels ont été formés à son utilisation ainsi qu'à l'analyse des causes profondes et différents comités de retour d'expérience ont été créés.

En 2015, 128 événements indésirables ont été enregistrés.

Les disparitions de patients en soins sans consentement, dont une partie a été signalée à la brigade territoriale autonome de gendarmerie de Domont, sont en nombre stable sur les deux dernières années. Le pôle Gennevilliers, dont les unités sont fermées, et le pôle d'Asnières dont l'unité est ouverte, connaissent le même nombre de disparitions.

Nombre de disparitions et de retours de patients en soins sans consentement

		Secteurs					Total
		G01 Gennevilliers	G02 Asnières	G03 Clichy	G04 Levallois	G05 La Garenne	
2014	SDRE	9	2	2	0	0	13
	SDD	11	17	3	4	1	36
	Total	20	19	5	4	1	49
	Retours	19	18	4	4	1	46
2015	SDRE	4	7	1	2	0	14
	SDD	14	14	3	5	0	36
	Total	18	21	4	7	0	50
	Retours	18	21	4	7	0	50

SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat

SDD : soins sur décision du directeur

La « conduite à tenir en cas de disparition d'un patient hospitalisé à Moisselles » est définie par la note A11 de juillet 2007, mise à jour en janvier 2012 :

- dans un premier temps une recherche est lancée par l'unité dans le parc et un contact téléphonique est pris avec la famille, le tuteur ou la personne de confiance ;

- si cette démarche n'a pas abouti dans un délai raisonnable (trente minutes pour les mineurs et les majeurs protégés ; deux heures pour les autres patients), cette disparition est signalée au secrétaire général ou à l'administrateur de garde, et au cadre supérieur de santé du pôle ou à celui d'astreinte. Le directeur ou l'administrateur de garde décide, en fonction des éléments communiqués par l'infirmier ou le cadre du pôle, et de critères préétablis, si la disparition est inquiétante. Dans ce cas, la gendarmerie de Domont et les commissariats de police – dont la liste apparaît sur la note A11 – sont informés par téléphone ; le cadre d'astreinte se rend à la gendarmerie pour délivrer des informations complémentaires (état civil, description de la personne, coordonnées de la personne à prévenir) et signer le procès-verbal.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, la plupart des disparitions se produisent pendant les heures non ouvrables. Même si cela n'est pas prévu par le protocole, en général, l'infirmier de l'unité prend contact avec le médecin de permanence à défaut de présence médicale dans le pôle. Le caractère inquiétant de la disparition est décidé à trois – l'infirmier de l'unité, le médecin de permanence et le cadre d'astreinte – sachant que généralement seul l'infirmier connaît le patient. Ainsi, le plus souvent, dans le doute la disparition est déclarée inquiétante et la gendarmerie est informée.

Les contrôleurs ont constaté qu'aucune photographie de la personne disparue n'était remise à la gendarmerie de Domont, responsable de la recherche.

6. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

6.1 Le pôle n°1 : deux unités fermées vétustes n'offrant pas d'activité ni d'espace extérieur mais d'où les patients en soins sans consentement peuvent sortir

6.1.1 Présentation générale

Le pôle G01 « Gennevilliers » comprend les communes de Gennevilliers et de Villeneuve-la-Garenne, soit une population de 65 000 habitants. Il comporte deux unités d'hospitalisation situées à Moisselles – « G1 » et « G2 » de vingt lits chacune –, un centre médico-psychologique (CMP) à Gennevilliers et un autre à Villeneuve-la-Garenne, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) à Gennevilliers, une unité de géronto-psychiatrie à Villeneuve-la-Garenne, un hôpital de jour – de vingt-cinq places – situé à Gennevilliers pour les deux communes et un hôpital de nuit de quinze lits, situé également à Gennevilliers, fonctionnant pour l'ensemble des secteurs de l'établissement.

L'unité intersectorielle de soins et de resocialisation (UISR) (cf. § 5.3) est rattachée à ce pôle.

La population du pôle est décrite comme précaire : les deux communes sont les plus pauvres du département des Hauts-de-Seine. Le taux de chômage y est élevé ainsi que le nombre d'immigrés. L'appartenance à la cité est une notion à prendre en compte dans la prise en charge des patients.

Les caractéristiques de ce pôle sont le fort taux d'admissions de patients sans leur consentement et la sur occupation des lits.

La distance entre le lieu d'habitation est celui de l'hospitalisation est décrite comme problématique, entraînant une moindre fréquence des visites et du travail avec les familles. Plusieurs membres de l'équipe ont fait part aux contrôleurs de leur souhait d'être relocalisé dans le département des Hauts-de-Seine.

Les deux unités sont fermées. La mise en pyjama des patients, y compris dans la phase d'observation n'est pas systématique. Les patients ne sont mis en pyjama que lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement ou lorsqu'il existe un risque de fugue.

Initialement, les fonctions des deux unités d'hospitalisation, « G1 » et « G2 », étaient différentes : les patients étaient admis à G1 et, si leur hospitalisation devait se prolonger, ils étaient placés à G2. Au moment de la visite des contrôleurs, cette répartition n'a plus lieu et la répartition entre les deux unités se fait essentiellement en fonction des places disponibles mais également des antécédents du patient : « *Dans la mesure du possible, un patient qui a déjà été hospitalisé dans une unité du pôle y sera placé en priorité* ».

Le conseil de pôle se réunit trois fois par an. Il permet de faire le bilan des actions menées, donne des directives sur les futures missions, recueille les propositions et doléances des uns et des autres et informe des mouvements du personnel au sein du service.

Le projet médical du pôle est en cours de rédaction depuis plusieurs années.

Il existe des réunions de transmissions matin et soir aux changements de personnel durant une heure à midi et quinze minutes le matin et le soir.

Chaque semaine, le lundi après-midi et le jeudi après-midi, deux réunions de synthèse sont organisées en présence des psychiatres intervenant dans les deux unités. Il a été indiqué aux

contrôleurs que, lorsqu'un seul psychiatre est présent sur l'intra hospitalier, la réunion de synthèse est annulée ; de même, en cas d'incident, sa durée est raccourcie.

Il n'existe pas de réunion soignants/soignés ; ce qui a été rapporté aux contrôleurs comme un manque à la dynamique du service.

Il n'existe pas de supervision régulière des membres de l'équipe soignante. Lorsqu'un agent est « choqué » à la suite d'un événement particulier, il peut rencontrer le psychologue du travail ; « *cela arrive trois à quatre fois par an* ».

6.1.2 Les locaux

L'unité G1 comporte onze chambres individuelles et trois chambres à trois lits. L'unité G2 comporte dix chambres individuelles, deux chambres à deux lits et deux chambres à trois lits ; les deux chambres à deux lits peuvent recevoir un troisième lit en cas de nécessité absolue.

Chaque chambre individuelle dispose d'un coin toilette comportant un wc et un lavabo, fermé entre deux murs, le dos d'une armoire et un portillon type saloon ; la plupart des portillons sont manquants. Chaque chambre à trois lits comporte trois coins toilette fermés par un rideau, avec un placard et un lavabo.

Chaque unité dispose de quatre douches communes, dont une accessible par une personne à mobilité réduite, une salle de bains avec baignoire et deux (pour G1) ou trois (pour G2) wc.

Les deux unités étant en étage, les patients qui ne sont pas autorisés à en sortir peuvent se rendre sur un balcon d'1 m de large qui prolonge la salle de télévision, notamment pour fumer. Il a été déclaré aux contrôleurs que des denrées interdites – en particulier des stupéfiants – étaient introduites par les balcons au moyen de ficelles et qu'il était envisagé de grillager les balcons qui sont pourtant déjà barreaudés et donnent à ce lieu un aspect particulièrement carcéral.



La salle de télévision et le balcon de G1

Il n'existe pas de salle d'activité dans les unités.

Il n'existe pas de salon pour recevoir les visiteurs ; ceux-ci voient les patients à l'extérieur de l'unité, notamment à la cafétéria ou dans une salle d'attente située au rez-de-chaussée du pôle

« Gennevilliers » ; si le patient n'est pas autorisé à sortir de l'unité, les visites ont lieu dans la salle à manger.

L'ensemble des locaux est dans un état d'usure avancée, les chambres sont vétustes, ne disposent pas du minimum de mobilier dont tout patient est en droit de bénéficier – pas de table de chevet, de table, de chaise – et n'ont aucune décoration.

Recommandation

Les locaux des unités d'hospitalisation du pôle « Gennevilliers » doivent être rénovés.

6.1.3 Le personnel

Cinq praticiens hospitaliers à temps plein interviennent dans les deux unités d'hospitalisation. Ils assurent une permanence de deux ou trois médecins chaque jour. Ils exercent le reste de leur activité dans les deux CMP.

Le pôle dispose d'une équipe commune aux deux unités d'hospitalisation : un cadre supérieur de santé, une psychologue à 0,24 ETP, une assistante sociale à 0,8 ETP et deux assistantes médico-administratives.

L'équipe soignante du G1 est ainsi composée : une cadre de santé, un psychologue à 0,3 ETP, douze infirmiers totalisant 10,8 ETP, cinq aides-soignants totalisant 4,5 ETP et deux agents des services hospitaliers (ASH).

L'équipe soignante du G2 est ainsi composée : une cadre de santé, un psychologue à 0,3 ETP, huit infirmiers totalisant 7 ETP, cinq aides-soignants et deux agents des services hospitaliers.

L'équipe de nuit est formée de six infirmiers et trois aides-soignants.

Les infirmiers exercent leur activité de 6h45 à 14h45 et de 13h15 à 21h15.

Le planning prévoit la présence de trois agents par étage dont deux infirmiers.

La nuit, un infirmier et un aide-soignant assurent le fonctionnement de chaque unité.

6.1.4 Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs, quarante-six patients étaient hébergés pour une capacité de quarante lits : vingt dans chaque unité du pôle, quatre en soins libres dans l'unité L1 du pôle « Levallois » et deux dans l'unité C2 du pôle « Clichy » dont un en soins libres et un en SPDT placé en CSI.

Leurs statuts de soins étaient les suivants :

- ASPDRE : treize hommes :
 - o SDRE normal : dix
 - o en urgence : un ;
 - o sur décision judiciaire : deux ;
- ASPDT : huit hommes et dix femmes :
 - o SDT : trois hommes et quatre femmes ;
 - o en urgence : trois hommes et trois femmes ;
 - o en péril imminent : deux hommes et quatre femmes ;
- soins libres : sept hommes et sept femmes.

Le patient le plus jeune avait 22 ans dans chaque unité ; le plus âgé avait 81 ans à G1 et 72 ans en G2, tous deux en SPDT – l'un en péril imminent et l'autre en urgence.

A G1, un patient était présent depuis près de 4 ans, un depuis près de 18 mois et un depuis 1 an ; à G2, un patient était présent depuis près de 19 ans, une patiente était présente et placée en chambre d'isolement depuis près de 5 ans, un patient était présent depuis près de 3 ans et un depuis 2 ans.

Il a été expliqué aux contrôleurs que les patients « au long cours » étaient peu nombreux dans les unités du fait de l'existence d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) au sein de l'établissement.

Un accord de gré à gré avec des établissements belges permet d'y envoyer des patients en soins libres. Il a été dit aux contrôleurs que cette pratique devenait rare et que, depuis 2014, aucun patient n'avait été concerné.

6.1.5 La vie quotidienne dans l'unité

Pour chaque patient, est établie une « fiche des prescriptions médicales » qui précise notamment les éventuelles restrictions qui lui sont imposées concernant les visites, l'accès au téléphone, les sorties et l'accès au self.

Le service s'attache à permettre aux patients de se rendre dans le parc, aux activités et à prendre leurs repas au self dès que leur état le permet. Les soignants du deuxième étage accompagnent les patients au self et sont considérés en « repas thérapeutique » à raison d'un soignant pour cinq patients. A ce titre, ils ne règlent pas le montant de leur repas. Un soignant reste dans le service pour s'occuper des patients placés en chambre d'isolement.

Le règlement intérieur, identique aux deux unités, date de 2010 ; « *il n'est plus à jour* ». Il est affiché sur les parois vitrées du poste de soins. Il précise :

- les horaires des douches et bains : entre 7h et 11h puis entre 19h et 20h ;
- les heures des repas : petit déjeuner entre 8h et 9h, déjeuner entre 12h et 13h et dîner entre 18h et 19h ; le retour du self doit s'effectuer à 13h et 19h ; il est également précisé qu'une bouteille d'eau est fournie par personne et par jour ;
- selon la disponibilité des soignants, un accompagnement cigarettes est prévu vers 9h, vers 11h, vers 13h pour les personnes déjeunant dans le service ; vers 15h, vers 17h, vers 19h pour les personnes dînant dans le service et vers 20h ; il est rappelé l'interdiction stricte de fumer dans les unités ; ces dispositions ne sont plus en application : désormais, les patients conservent leurs cigarettes dans la journée, avec parfois une limite à dix cigarettes par demi-journée ;
- les sorties se font à partir de 10h pour les bons de régie et les bons de sortie et à partir de 14h pour les bons de sortie ;
- les visites ont lieu de 14h à 18h. Elles sont interdites dans les chambres ainsi que les denrées périssables, les objets en verre et les substances illicites. L'inventaire des effets rapportés par les familles sera effectué dès l'entrée dans l'unité. Dans le cas où les visites sont interdites, les familles peuvent déposer un seul sac de vêtements de petit volume, une cartouche de cigarettes et 50 euros par semaine au CMP de Gennevilliers ;

- le téléphone de l'unité est accessible sur prescription médicale selon les horaires suivants : appels reçus entre 14h et 18h et appels donnés entre 19h et 20h. Leur durée est limitée à cinq minutes. Les téléphones portables sont interdits dans l'unité ; ils sont délivrés lors des sorties dans le parc suivant l'autorisation médicale ;
- les objets électroniques, type ordinateurs portables ne sont pas autorisés ;
- les consoles de jeux, baladeurs, MP3, lecteurs DVD portables sont autorisés au cas par cas et restent sous la responsabilité de leurs propriétaires ;
- les chèquiers, cartes bleues et l'argent sont déposés à la régie à l'entrée de l'établissement. Une somme de 10 euros peut être conservée sous la responsabilité de l'utilisateur ;
- dans les règles de vie, il est indiqué que les patients doivent respecter les temps de transmissions, que les chambres ne sont pas des lieux de réunion et qu'il faut veiller à les tenir propres et respecter le travail des ASH et des aides-soignants.

Des casiers individuels sont placés dans le bureau des soignants ; ils contiennent des objets que les patients préfèrent ne pas conserver avec eux ou qu'ils n'ont pas le droit de conserver, notamment des briquets. Ils peuvent venir les demander et les rendent après les avoir utilisés.

Les chambres sont fermées dans la journée « *par mesure de sécurité mais sont accessibles à la demande* ».

Les familles sont reçues sur rendez-vous. Le patient est toujours informé de la visite de ses proches. Dans le cas où la famille est perçue comme « envahissante », un cadre est fixé avec un rythme de deux visites par semaine en présence d'un infirmier. Au moment de la visite des contrôleurs, sept des quarante-six patients ne recevaient jamais de visite.

La majeure partie des patients prennent leurs repas au self ; certains sont accompagnés par un soignant.

a) Les activités

Aucune activité n'est programmée par l'équipe soignante. Parfois, un soignant propose de jouer à un jeu de société ou d'emmener des patient marcher dans le parc ; l'unité G1 dispose d'une table de ping-pong ; un atelier pâtisserie est organisé une à deux fois par mois pour les patients de G1 ; il arrive que des patients soient accompagnés au cinéma.

Souvent, les patients qui peuvent sortir de leur unité ne le font pas : « *on s'ennuie* ». Il a été expliqué aux contrôleurs que cette absence d'activités encadrées était due au faible effectif d'infirmiers : « *un aide-soignant ne peut pas animer seul une activité* ».

Les patients qui ne sont pas inscrits à une activité organisée à l'UISR occupent leurs journées entre la télévision et de courtes sorties hors de l'unité pour ceux qui en ont le droit.

Au moment de la visite des contrôleurs, seuls quatre patients, dont deux arrivants encore en phase d'observation, n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité ; tous les autres pouvaient sortir, certains accompagnés et certains pour des durées limitées – entre une demi-heure et une heure par demi-journée.

b) Les soins psychiatriques

Le médecin psychiatre passe tous les jours dans l'unité. Il s'entretient avec les soignants avant de fixer les entretiens de la journée en fonction de l'état des patients et de leurs demandes. Il voit chaque jour les patients qui sont en CSI. « *Chaque patient voit son psychiatre référent en moyenne une fois tous les quinze jours, parfois plus souvent et au moins une fois par mois* ».

Recommandation

Dans une unité de soins aigus, il est souhaitable que les patients aient des entretiens très réguliers avec leur psychiatre référent. L'absence de sous-effectif médical dans l'établissement devrait le permettre.

La distribution des médicaments se fait de manière individualisée au poste infirmier à 8h, 12h, 18h, 20h et à 22h dans les chambres.

6.2 Le pôle n° 2 : l'unique unité d'hospitalisation est installée dans des locaux entièrement rénovés en 2013 ; c'est la seule unité ouverte de l'établissement.

6.2.1 Présentation générale

Le pôle 2 est constitué par la commune d'Asnières qui comportait 83 000 habitants au recensement effectué en 2011. Selon les informations recueillies, la population est hétérogène, séparée en deux parties géographiques, l'une située au Nord, paupérisée, représentant environ 70 % des habitants et la seconde, au Sud, beaucoup plus aisée.

L'implantation des structures extrahospitalières a respecté ces particularités sociologiques. Le pôle dispose en effet de deux CMP – dont un situé dans un quartier sensible du Nord de la commune et le second, dans un quartier plus cossu – d'un CATTP, d'un hôpital de jour, d'un appartement à visée thérapeutique de cinq places dans un quartier défavorisé et d'un studio à visée thérapeutique.

A l'issue des travaux de réhabilitation, les deux unités d'hospitalisation à temps complet du pôle ont été regroupées en une seule unité de trente-deux lits. Cette unité est ouverte en permanence pendant la journée.

Le pôle a largement développé son activité de formation : il organise notamment chaque mois à Asnières un séminaire d'orientation psychanalytique auquel sont conviés tous types de public, y compris les patients.

Au sein du pôle, l'accent est mis sur la transversalité entre les différentes institutions, le travail sur le mouvement des patients à l'intérieur du secteur et la lutte entre les clivages professionnels ; la notion de « référence médicale », et plus généralement de « référence soignante », est primordiale, « *on connaît l'histoire du patient et on peut le suivre* ».

Par ailleurs, chaque activité groupale de soins mise en place est suivie par une supervision réalisée dans le cadre d'un « post-groupe » animé par un psychologue du secteur mais extérieur au service.

6.2.2 Les locaux

L'unité d'hospitalisation est située au deuxième étage du bâtiment le plus ancien du site de Moisselles, au-dessus des locaux de la MAS ; des bureaux et plusieurs espaces thérapeutiques sont situés au troisième étage.

L'unité comporte dix chambres individuelles (dont deux dites « sécurisées »), huit chambres à deux lits, deux chambres à trois lits et une CSI. Chaque chambre est dotée d'une salle d'eau équipée d'une douche, d'un lavabo et de wc.

Les chambres sont équipées de boutons d'appel mais leurs portes, comme celles des salles d'eau, ne disposent pas de verrous de confort.

Les patients bénéficient également à l'étage d'une salle de bains, d'un salon – où se trouve le poste de télévision – d'une salle à manger et d'une vaste salle d'activités thérapeutiques qui fait également office de salle de réunion.

Les locaux sont spacieux, en bon état et propres ; cependant, les chambres, comme dans la plupart des unités de l'établissement, sont très pauvrement meublées, la majorité ne dispose pas de table, de table de chevet ni de siège.

Recommandation

Les chambres de l'ensemble des unités d'hospitalisation de l'établissement doivent être équipées a minima d'une table de chevet, d'une table et d'un siège.

6.2.3 Le personnel

Outre le chef de pôle, cinq psychiatres assurent le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation ; un interne est également présent huit demi-journées par semaine. Le psychiatre responsable est présent huit demi-journées par semaine. La prise en charge intra hospitalière est valorisée autant que celle de l'extra hospitalier ; la majorité des psychiatres du pôle y ont une activité.

Les effectifs du personnel paramédical sont les suivants :

Secteur G02	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	1	1
IDE (CS et CN)	15	14,92
Aide-soignant	5	5
ASH	3	3
Assistante médico-administratif	2	2
Psychologue	1	0,80

6.2.4 Les patients

Le 3 mai 2016, premier jour de la visite, trente-sept patients étaient hébergés pour une capacité de trente-deux lits ; quatre étaient hébergés dans d'autres secteurs du site et deux étaient en permission.

Leurs statuts de soins étaient les suivants :

- ASPDRE : neuf hommes (dont deux sur décision judiciaire) ;
- ASPDT : cinq hommes et six femmes :
 - o SDT : quatre ;
 - o en urgence : quatre ;
 - o en péril imminent : trois ;
- soins libres : sept hommes et dix femmes.

Le patient le plus jeune avait 18 ans, le plus âgé 69 ans. Un patient était présent depuis plus de huit ans dans l'unité.

6.2.5 Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique repose notamment sur l'ouverture des portes de l'unité d'hospitalisation à temps complet du pôle. Un protocole daté du 17 juillet 2013 en rappelle les objectifs : *« un travail visant un meilleur accueil des patients en hospitalisation, l'amélioration de l'ambiance au sein du pavillon d'hospitalisation complète ainsi qu'une diminution des soins sans consentement du fait d'une meilleure acceptation par les patients de leur séjour hospitalier. Cette modalité de fonctionnement vise également à prendre en compte les remarques réitérées du Contrôleur des Libertés, Monsieur Jean-Marie Delarue, au sujet des libertés fondamentales concernant les patients en Hospitalisation Libre qui sont la majorité des patients »*.

L'ouverture des portes du pavillon n'empêche pas l'interdiction de sortie pour un patient donné, sur prescription médicale.

Le protocole prévoit également que *« lorsqu'un patient hospitalisé pose des questions cliniques particulières, faisant craindre une fugue mettant en danger la sécurité de ce patient, les moyens habituels sont utilisables, sur prescription médicale (mise en pyjama, port de tongs, mise en Chambre de Soins Intensifs, ajustement du traitement médicamenteux...) »*.

Selon les responsables du pôle, les professionnels peuvent dorénavant se consacrer à d'autres tâches qu'à ouvrir la porte ; il n'a pas été noté d'augmentation du nombre de fugues. Le déménagement de l'équipe sur un seul niveau a permis de donner une cohérence au projet. *« La porte fermée donne l'illusion de la sécurité. Les patients acceptent mieux d'être soignés et l'ambiance du pavillon est meilleure quand la porte est ouverte. Ce n'est pas un dogme, mais cela fonctionne »*.

Bonne pratique

L'unité d'hospitalisation du pôle d'Asnières fonctionne porte ouverte. Cette pratique devrait être étendue à l'ensemble des pôles de l'établissement. De façon plus générale, une réflexion globale et une harmonisation entre les unités des modalités de restriction des libertés individuelles des patients devraient être menées au sein de l'hôpital.

Par ailleurs « le pack » fait partie intégrante du projet du pôle. Il est pratiqué dans une pièce spécifique située au troisième étage du bâtiment. La pratique du pack fait l'objet d'un document qui a été communiqué aux contrôleurs. Il décrit la technique, la composition de l'équipe référente, l'organisation pratique, les modalités du soin, les objectifs et les indications.

Selon ce document, « le pack » vise à :

- *apaiser les angoisses dissociatives des patients en offrant une enveloppe corporelle médiatisée par les draps et une enveloppe psychique par la mobilisation régulière d'une équipe autour du patient ;*
- *redynamiser l'équipe soignante en difficulté par rapport à une situation d'impasse thérapeutique apparemment sans issue ;*
- *offrir à certains patients une médiation lorsque la médiation verbale n'est plus possible. Mettre le patient dans une situation qui l'encourage à formuler une demande d'aide et donc à s'adresser à l'autre ;*
- *proposer une alternative aux moyens de contention classiques dans les états d'agitation aiguë ».*

Au moment de la visite, deux patients bénéficiaient de soins de pack.

Plusieurs réunions de service rythment l'organisation de l'unité :

- tous les matins de 9h à 10h a lieu « le petit staff » : il s'agit de voir rapidement ce qui est prévu pour chaque patient dans la journée : entretiens, rendez-vous... ;
- la réunion institutionnelle se tient tous les lundis de 13h30 à 15h en présence, notamment d'une infirmière du CMP. Celle-ci est présente dans l'unité d'hospitalisation toute la journée afin de s'entretenir avec tous les nouveaux patients de la semaine. Elle présente les patients déjà suivis au CMP qui ont été admis durant la semaine écoulée ;
- une réunion fonctionnelle, à laquelle l'ensemble des professionnels sont conviés, est organisée mensuellement ; elle a une vocation de « régulation institutionnelle » et permet de faire avancer les méthodes de travail. Au moment de la visite, le nouveau règlement intérieur de l'unité d'hospitalisation était à l'ordre du jour de cette réunion ;
- le jeudi matin de 10h30 à 11h30, réunion soignants/soignés.

a) La vie quotidienne

L'unité est ouverte de 7h30 à 19h30 et jusqu'à 20h30 en été ; les patients ont donc un accès libre au parc de l'établissement.

Les chambres des patients sont accessibles durant toute la journée.

Selon les informations recueillies, le port du pyjama est prescrit lorsque « il n'existe pas de confiance entre le psychiatre et le patient et jamais au-delà de 48 heures (à l'exception des placements en chambre d'isolement). Il peut également être indiqué pour « poser le cadre de soins » ; lors de la visite, aucun patient, à l'exception de celui placé en chambre d'isolement, n'était soumis à ce type de prescription.

Chaque patient a un psychiatre référent pour son séjour et une ou plusieurs infirmières référentes. Les consignes concernant les visites, l'accès au téléphone, les sorties, l'accès au self, sont effectuées lors de l'entretien d'accueil. L'inventaire est réalisé. Les papiers d'identité sont rangés dans un coffre dédié à chaque patient. L'argent est placé à la régie de l'établissement.

Le jour de la visite des contrôleurs, neuf patients, dont celui placé en chambre d'isolement et un en fauteuil roulant, prenaient leur repas dans la salle à manger du service. Tous les autres se rendaient au self. Il a été précisé que certains patients ne souhaitaient pas se rendre au self en raison de son éloignement de l'unité.

Les téléphones portables sont autorisés sauf contre-indication médicale. Par ailleurs, un téléphone sans fil est à la disposition des patients, entre 14h et 20h, pour passer ou recevoir des appels dans le lieu de leur choix (par exemple leur chambre).

Le jour de la visite des contrôleurs, tous les patients recevaient des visites. Elles sont interdites dans les chambres afin de ne pas pénaliser les patients hébergés en chambre double ou triple ; elles peuvent se dérouler dans un bureau de l'unité, dans un salon spécifique au 3^{ème} étage du bâtiment ou ailleurs à l'extérieur de l'unité.

Il n'existe ni fumoir, ni lieu aménagé (type balcon) dans l'unité d'hospitalisation. La position de l'équipe soignante est de privilégier les sorties dans le parc. Les deux premiers jours suivants l'admission, les soignants conservent cigarettes et briquets. Ensuite l'ensemble est à la disposition du patient sauf si celui-ci demande à être protégé des pressions exercées par les autres. S'ils n'ont pas le droit de sortir seuls, ils sont accompagnés pour fumer par un soignant, tel est notamment le cas des patients placés en chambre d'isolement.

b) Les activités

L'unité d'hospitalisation du pôle G02 est celle dans laquelle le plus d'activités thérapeutiques sont proposées aux patients qui, naturellement, peuvent également bénéficier de celles organisées par l'UISR.

Les activités suivantes sont proposées : balnéothérapie, expression corporelle, pâtisserie et cuisine, journal et activités récréatives.

Par ailleurs, une sortie cinéma est organisée chaque mois et un séjour thérapeutique chaque année.

6.3 Le pôle n°3 : deux unités fermées, un personnel concerné mais une dynamique qu'il faut renouveler

6.3.1 Présentation générale

Le pôle numéro 3 regroupe les patients de la ville de Clichy-la-Garenne, dont la population s'élève à 56 316 habitants, selon les chiffres du recensement de 2013. Il comporte deux unités d'hospitalisation à temps plein sur le site de Moisselles (dites Clichy 1 au premier étage du bâtiment et Clichy 2 au second étage), d'une capacité totale de quarante lits. La commune de Clichy, dont la population est en hausse régulière³¹ comporte plusieurs quartiers classés en zone urbaine sensible (priorité 1) et d'autres classés en zones prioritaires. La population est relativement jeune, la part des demandeurs d'emploi est sensiblement supérieure à la moyenne départementale (9,5 % contre 5,65 %) et il s'agit d'une population décrite comme précaire. 23 % de la population vit sous le seuil de pauvreté (contre 11 % dans le département) et la ville

³¹ La ville a connu une augmentation de sa population de 20 % entre 1999 et 2007.

comporte 35 % de logements sociaux. Il doit également être précisé, d'après les éléments recueillis dans le projet de service 2014-2018, que Clichy est l'une des villes d'Ile-de-France avec la plus faible densité de médecins généralistes par nombre d'habitants. La ville compte enfin trois psychiatres exerçant à titre libéral, pour un équivalent de deux temps plein.

Le secteur comporte, en plus des deux unités d'hospitalisation, un CMP situé à Clichy, un CAATP, des appartements associatifs (rattachés au CMP), un hôpital de jour (d'une capacité de vingt places) ainsi que d'un hôpital de jour pour personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques (d'une capacité de dix places), une unité d'accueil parents-enfants (UAPE). Ont également été développés de nombreux partenariats auprès des structures de la ville ; s'est ainsi notamment mis en place un conseil local en santé mentale³², à Clichy, ainsi que des collaborations avec les centres d'addictologie ou les services de gérontologie.

6.3.2 Les locaux

Le bâtiment, qui accueille des patients hospitalisés sous contrainte comme des patients admis en soins libres, offre un régime d'hospitalisation fermé.

Il s'organise autour d'un patio paysagé d'une cinquantaine de mètres carrés. On accède au pôle par la galerie qui dessert tous les services de l'établissement de deux manières :

- une double porte vitrée (précédée d'une boîte à lettres destinée à recueillir les questionnaires de satisfaction) donne accès au rez-de-chaussée muni d'un ascenseur privatif (une clé est nécessaire à son utilisation par le personnel) ;
- le second accès se fait, à partir du côté opposé de la galerie, par un escalier destiné aux patients.

À chacun des étages, le service est accessible par une porte fermée à clé, percée d'un oculus, il est munie d'une sonnette d'appel pour alerter le personnel, qui doit alors se déplacer pour ouvrir la porte.

Le rez-de-chaussée du pôle, sur sa partie gauche, est équipé de l'ascenseur et aménagé de quatre bureaux à l'usage du personnel administratif, ainsi que d'une salle de réunion. Sur sa partie droite, le rez-de-chaussée accueille les bureaux du chef de pôle et des praticiens hospitaliers, une salle servant à des réunions ou des activités de 22 m², les bureaux du psychologue et de la pédicure, la salle de radiologie, le bureau du médecin du travail (compétent pour tout l'établissement) et les vestiaires du personnel.

Les deux étages se présentent de manière identique, s'organisant autour d'une ouverture donnant sur le patio central, jouté de la salle des infirmiers. Immédiatement après la porte d'entrée se trouvent, sur la gauche une salle à manger³³ d'une vingtaine de mètres carrés et un office, dans lequel se trouve une petite cuisine. À droite, se trouvent deux bureaux administratifs et la pharmacie. Les chambres individuelles sont au nombre de dix-huit (huit à l'unité 1 et dix à

³² Ce conseil, mis en place en février 2014, réunit la mairie, le secteur de psychiatrie adulte, l'UNAFAM 92, le centre de santé somatique Marc Chagall, le SAU Beaujon, la direction de la santé publique de sécurité de la ville, l'ARS Ile-de-France et sa délégation territoriale du 92, le CSAPA, le conseil de l'Ordre des médecins, et d'autres structures médicales de ville. Il a pour objectif de permettre une meilleure articulation des acteurs de la santé, de la ville et des organismes sociaux à Clichy.

³³ Meublée de quatre tables pour quatre personnes et une table pour deux.

l'unité 2) ; il existe une chambre double (unité 2) et six chambres triples (quatre à l'unité 1 et deux à l'unité 2). La surface des chambres individuelles est d'un peu plus de 10 m², les chambres doubles ou triples étant sensiblement plus grandes (jusqu'à 25 m²). Chaque unité comporte une chambre d'isolement. Enfin, les deux unités comprennent également une chambre dite « sécurisée ».



Une chambre triple du pôle n° 3

Chaque unité dispose d'une salle de télévision de 25 m² dans laquelle se trouvent sept fauteuils, le téléviseur, un poste de radio et, dans des rangements, quelques jeux de société et une console de jeux. Les patients qui y ont été croisés en journée ne sont pas nombreux et y regardent la télévision ou s'installent sur le balcon barreaudé, où ils sont autorisés à fumer. Les chambres individuelles disposent d'un lavabo et de toilettes fermées. Les chambres doubles et triples ne disposent pas de toilettes mais d'autant de lavabos (cloisonnés) qu'il y a de lits. Toutes les chambres disposent d'un petit dressing et d'une tablette de faible profondeur, permettant d'y écrire.

Enfin, à chaque étage se trouvent cinq salles de douches et quatre toilettes, accessibles à la demande, dont une salle de bains accessible aux personnes à mobilité réduite. Les patients disposent en général de leurs propres produits d'hygiène, mais il est indiqué que le service en fournit aux patients de long cours. Les services sont dans un état d'entretien correct, mais les peintures s'écaillent et l'ensemble donne l'impression d'une certaine vétusté. Il est relevé que les chambres sont peu investies par les patients qui y exposent peu d'objets ou affaires personnelles. Lors de la visite, un wc était bouché et fermé aux patients. Il était indiqué que des travaux de remise en peinture étaient prévus courant juin 2016.

6.3.3 Le projet thérapeutique

a) Le modèle organisationnel du secteur

Le modèle organisationnel du secteur de Clichy (extra et intra hospitalier) est axé sur le parcours de soins du patient. Tous les patients ont un référent psychiatre, pérenne, qu'il soit en intra ou en extra hospitalier, afin de garantir une continuité et une adaptabilité des soins. Cette option permet au patient de bénéficier d'une prise en charge individualisée sur différentes structures

de soins gérées par le pôle de Clichy, en fonction de l'évolution de son état de santé³⁴. Selon les informations recueillies, sur ce pôle, 85 % des patients sont uniquement suivis en extra hospitalier et ne sont jamais hospitalisés.

Le chef de pôle organise des réunions de service regroupant les médecins et cadres de l'intra et de l'extra, le lundi et le mardi matin. La relation mise en place avec la municipalité et notamment son service sécurité a permis la signature, en septembre 2012, d'un protocole qui organise un parcours spécifique lors des demandes d'admission en psychiatrie d'un clichois. Un signalement est fait par la mairie au CMP aux fins d'évaluation de la situation : amorce de suivi, reprise de suivi ou éventuellement hospitalisation. La personne concernée est invitée à se présenter au CMP, si elle est en capacité de le faire ; dans le cas contraire, les soignants peuvent effectuer une visite à domicile. Dans l'urgence, les équipes peuvent accompagner la police municipale et le patient jusqu'aux urgences de l'hôpital Beaujon, de manière à ce qu'aucune hospitalisation ne se fasse vers l'EPS de Moisselles sans évaluation et bilan somatique. En retour, lors de situations difficiles au sein des structures extra hospitalières, la police municipale peut venir en aide aux soignants.

Le chef de service co-anime également avec le président de l'UNAFAM un cycle d'échanges et de rencontres afin de promouvoir et d'expliquer le parcours de soins d'un patient souffrant de troubles psychiatriques aux familles et amis des patients des communes du Nord des Hauts-de-Seine. Une thématique est mise à l'ordre du jour : le 24 novembre 2015, le thème était celui de la dignité de la personne (restriction des libertés, service fermé, etc.). Ces rencontres, selon les propos recueillis par les contrôleurs, permettent non seulement la transmission d'informations, l'échange mais également la prise en compte des contraintes des professionnels et des familles.

b) Le projet de service

Le pôle fonctionne selon le modèle sectoriel avec articulation entre l'intra et l'extra hospitalier et la volonté d'assurer une continuité des soins, conformément au projet de service. Des réunions au sein du pôle regroupant les praticiens hospitaliers et les cadres sont organisées par le chef de pôle dans cet objectif. Il a été rapporté aux contrôleurs que ces réunions pouvaient être l'occasion de travailler sur des thématiques relatives aux conditions d'hospitalisation des patients admis sans consentement.

Aucun règlement intérieur n'existe, la raison invoquée étant liée à la rigidité que risquait d'entraîner l'adoption d'un tel outil.

Recommandation

Chaque service doit se doter rapidement d'un règlement précisant les règles de vie au sein du service et le faire connaître des patients.

Dans ses observations au rapport de constat, la directrice annonce que « *outre le pôle d'Asnières qui avait précédemment engagé cette démarche, les pôles de Clichy et de Levallois ont actualisé les règles de vie définies pour chacune de leurs unités. Ces règles de vie sont portées à la connaissance des patients* ».

³⁴ Cf. *supra* pour une présentation des structures extra hospitalière.

La problématique du choix de l'ouverture ou de la fermeture des portes des unités fait l'objet d'une réflexion au sein du pôle 3. Au jour de la visite des contrôleurs, le principe est l'ouverture à la demande pour les patients en soins libres et suivant les consignes médicales pour les patients sous contrainte. Il est constaté que l'ensemble des patients libres circulaient aisément dans l'établissement, en dépit, parfois, d'un certain délai d'attente lorsque le personnel est occupé. Des patients sous contrainte peuvent également circuler – notamment pour se rendre aux activités, dans le parc, ainsi qu'au réfectoire. Lors de la visite, six patients prenaient leur repas au sein de l'unité, vingt-quatre (parmi lesquels un patient en soins sur décision du représentant de l'État) prenait son repas au réfectoire.

Il a cependant été indiqué aux contrôleurs qu'un projet d'aménagement des locaux du service Clichy 2 avait été adopté, afin d'ouvrir une partie du service (donnant sur la porte d'entrée) ; seule resterait fermée l'aile droite – comprenant la salle de télévision, un bureau de consultation polyvalent – mais non la salle à manger – et sept chambres³⁵ (dont la chambre sécurisée) ainsi que la chambre de soins intensifs. Selon les informations fournies par la directrice de l'établissement, ce projet a été mis en place en juin 2017, « *en fonction des résultats de cette expérience, cette organisation a vocation à être déployée dans les autres unités de l'établissement* ».

Le projet d'aménagement précise : « *en aménageant le service en une partie ouverte et une partie fermable, l'aile fermée devrait permettre de traiter la phase aiguë qui nécessite, dans environ 20 % des cas, une hospitalisation en soins sans consentement, sous-tendant en général une non adhésion aux soins dans un premier temps. Cette absence d'adhésion peut nous imposer la mise en œuvre et le recours à des moyens parfois contraignants pour initier une thérapeutique. Toutefois, la résolution de celle-ci entraîne la plupart du temps une acceptation de l'hospitalisation et, la relation de confiance s'instaurant, une acceptation et une compréhension de la nécessité de la poursuite des soins qui permet de limiter dans le temps la mise en œuvre de ces contraintes, ceci dans la majorité des cas.*

Dans l'aile fermée, l'objectif est de permettre aux patients hospitalisés sous le régime des soins sans consentement de ne pas subir plus de restrictions de liberté d'aller et venir que nécessaires, tout en proposant des conditions d'hospitalisation respectant la dignité et l'intimité en offrant un espace suffisamment spacieux permettant de réaliser les soins en minimisant les risques inhérents à leur état clinique ».

Recommandation

Le CGLPL relève avec intérêt l'existence d'une réflexion engagée en faveur d'une plus grande liberté d'aller et venir pour les patients, et, en tout premier lieu, pour les patients en soins libres.

La nouvelle organisation de la prise en charge ne devra pas avoir pour effet d'emporter des restrictions accrues dans le régime d'hospitalisation des patients admis sans leur consentement, notamment s'agissant de leur accès aux espaces d'activités ou de convivialité.

³⁵ Et dix lits.

On devra veiller à ce que la fréquence de soins, activités, visites et sorties des patients sous contrainte n'en soit pas affectée.

Les journées sont rythmées par la relève du personnel et les horaires de repas. Le petit déjeuner est pris entre 8h30 et 9h30, le déjeuner entre 12h et 13h30, le dîner à partir de 18h et une tisane vers 22h. Les douches sont ouvertes dans la matinée, entre 7h30 et 11h et l'après-midi, à la demande. L'accès aux salles d'eau médicalisées se fait obligatoirement accompagné d'un soignant.

S'agissant des activités quotidiennes des patients – dont la plupart ont accès à l'unité intersectorielle –, elles se déroulent soit dans la salle de restauration de l'unité, située à proximité d'une petite cuisine, soit dans la salle de télévision. Elles sont peu nombreuses et sont proposées « au fil de l'eau » par le personnel, en fonction du nombre de patients n'accédant pas à l'UISR et de la disponibilité du personnel. Sont notamment régulièrement organisés des ateliers de cuisine et des parties de jeux de société, qui permettent également aux infirmiers de proposer des activités autres que collectives à des patients qui les refusent ou les craignent. Il faut également préciser que les soignants et intervenants proposent un accès régulier à des activités extra hospitalières (atelier théâtre, bowling, etc.) qui prennent la forme d'autorisations de sorties accompagnées. Plusieurs patients sont également suivis, sous cette forme, en hôpital de jour et y pratiquent les activités qui y sont proposées.

Lors de la visite, il était relevé que, sur l'ensemble des patients du pôle, une dizaine ne pratiquait aucune activité – pour certains d'entre eux par impossibilité physique (handicap, cécité ou grand âge). Il leur est alors proposé des soins de psychomotricité, le cas échéant dans les locaux de l'UISR. D'autres les refusaient, parfois par crainte du groupe. Un patient en soins sous contrainte avait été hospitalisé la veille, en soins pour péril imminent, et était encore en période d'observation. Un autre patient, en soins sur décision du représentant de l'État, n'était inscrit à aucune activité mais avait bénéficié, en un peu plus de deux mois, de sept sorties accompagnées, avec deux soignants, à son domicile ou en CMP, afin d'y travailler un projet progressif de sortie. Les patients hors secteur accueillis se voient rarement proposer des activités au sein de l'unité, « sauf s'ils restent suffisamment longtemps ».

Lors de la visite, aucun patient ne portait de pyjama par prescription médicale³⁶.

6.3.4 L'activité du pôle 3

Lors de la visite de l'établissement, l'activité du pôle 3 pouvait être présentée ainsi.

Nombre total de patients	Hommes	Femmes	Dont patients sous tutelle	Patient le plus jeune	Patient le plus âgé
Nombre total	20	12	5	19 ans	89 ans
Dont en soins sur décision du représentant de l'État	5	0			
Soins à la demande d'un tiers	4	2			

³⁶ Une patiente, en chambre sécurisée, était vêtue d'un seul pantalon, confectionné par le personnel, maintenu autour de la taille par une ceinture serrée ; il était précisé que son état rendait risqué le port de vêtements.

Soins libres	11	10			
--------------	----	----	--	--	--

Durant l'année 2015, la durée moyenne des séjours au sein du pôle était évaluée à moins de quatre semaines. La majorité des patients hospitalisés le sont sous le régime des soins libres (75 % contre 25 % en soins psychiatriques sans leur consentement). Cette activité est stable depuis plusieurs années.

Les effectifs du personnel paramédical se présentent ainsi :

Secteur	N	ETP
Cadre supérieur de santé	1	1
Cadre de santé	2	2
Cadre socio-éducatif	0	0
IDE (CS et CN)	18	22,40
Aide-soignant	8	8
ASH	4	4
Assistante médico-administratifs	2.90	2.90
Psychologue	2	1.90

La plupart sont titulaires, cinq d'entre eux sont contractuels³⁷ – dont un employé à durée indéterminée.

Pour sa part, le personnel soignant fonctionne par trois, à savoir deux infirmiers et un aide-soignant ou deux aides-soignants et un infirmier. Les phases de transmission des informations entre équipes sont prévues par un quart d'heure de fonctionnement en commun – le temps des transmissions prenant en réalité rarement moins d'une demi-heure.

L'assistante sociale commune aux deux unités (en réalité dénommée secrétaire sociale car elle n'a pas le diplôme d'Etat) est, selon les propos recueillis lors de la visite des contrôleurs, un élément majeur de l'équipe paramédicale.

Elle reçoit les patients, juste après les soignants, afin de faire le point sur leur situation tant familiale que professionnelle et sociale. Elle est en contact avec tous les organismes sociaux des Hauts-de-Seine où elle accompagne les patients dès lors qu'une démarche personnelle est à effectuer (caisse de sécurité sociale, caisse d'allocations familiales, mutuelles, espace d'insertion pour initier le revenu social de solidarité etc.). Elle prend en charge le renouvellement des documents d'identité et des papiers de séjour, gère les dossiers de retraite et constitue un lien permanent avec les structures extra hospitalières du pôle 3 du département. Elle intervient dans

³⁷ Deux psychologues, un assistant médico-administratif, un infirmier et un aide-soignant.

le cadre de la continuité des soins, en vue de la sortie d'hospitalisation, en organisant des stages en établissement de service d'aide par le travail (ESAT) ou en cherchant des structures de soins adaptées (maisons de retraite, maisons d'accueil spécialisées).

Personnel médical :

Secteur	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	5 ³⁸	2,50
Praticien hospitalier généraliste	0	0
Assistant	0	0
Interne	0	0

6.4 Le pôle n°4 : deux unités fermées remises en état mais offrant peu d'activités et aucun espace extérieur

6.4.1 Présentation générale

Le secteur géographique du pôle G04 « Levallois-Perret » ne comprend qu'une seule commune, celle de Levallois-Perret. Sa population compte 65 264 habitants au recensement de 2013 et est en croissance depuis le début des années 1990. La population du pôle est décrite comme plutôt riche, le revenu fiscal médian par ménage étant de 38 300 euros en 2010. Le taux de chômage y est faible.

Le pôle comporte deux unités d'hospitalisation situées à Moisselles de vingt lits chacune, un CMP, un CATTP et un hôpital de jour situé au centre Jean Ayme à Levallois-Perret, un service d'hospitalisation à domicile (HAD) implanté rue Camille Desmoulins à Levallois-Perret. Le pôle s'appuie sur l'association de recherche et d'application de lieux d'accueil à Levallois (ARALAL) qui met quatorze hébergements transitoires à disposition des personnes suivies par le pôle.

Il existe une offre psychiatrique privée à Levallois-Perret.

La caractéristique de ce pôle est une sous-occupation fréquente des lits compensée par le transfert de patients venant de pôles en sur occupation tels que « Gennevilliers » et « Asnières ». Les deux unités sont fermées. La mise en pyjama des patients, y compris dans la phase d'observation n'est pas systématique. Les patients ne sont mis en pyjama que lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement ou lorsqu'il existe un risque de fugue.

Les fonctions des deux unités d'hospitalisation sont similaires. Le principe est d'affecter les nouveaux entrants non connus dans la même unité une semaine sur deux, afin d'équilibrer les flux ; les entrants déjà connus étant hospitalisés dans l'unité où ils ont déjà été admis.

³⁸ Quatre médecins psychiatres et le chef de service.

Il existe des réunions de transmissions lors des changements d'équipe de soignants durant une heure à midi et quinze minutes le matin et le soir.

Une réunion de synthèse par unité est organisée entre les médecins et l'équipe soignante dans le bureau des soignants tous les jeudis de 13h30 à 14h45 ; une affichette est collée sur la porte avec mention « *Mesdames, Messieurs, les médecins ainsi que l'équipe soignante vous informent que nous sommes en réunion tous les jeudis de 13h30 à 14h45, ne pas déranger, l'équipe sera disponible pour les cigarettes et les sorties qu'après 14h45* ».

Chaque semaine, le mardi et le mercredi matin, deux réunions de synthèse de pôle sont organisées en présence des psychiatres intervenant dans les deux unités, de la cadre supérieure de santé, des cadres de santé, de l'assistante sociale et de la secrétaire de pôle.

Il n'existe pas de réunion soignants/soignés.

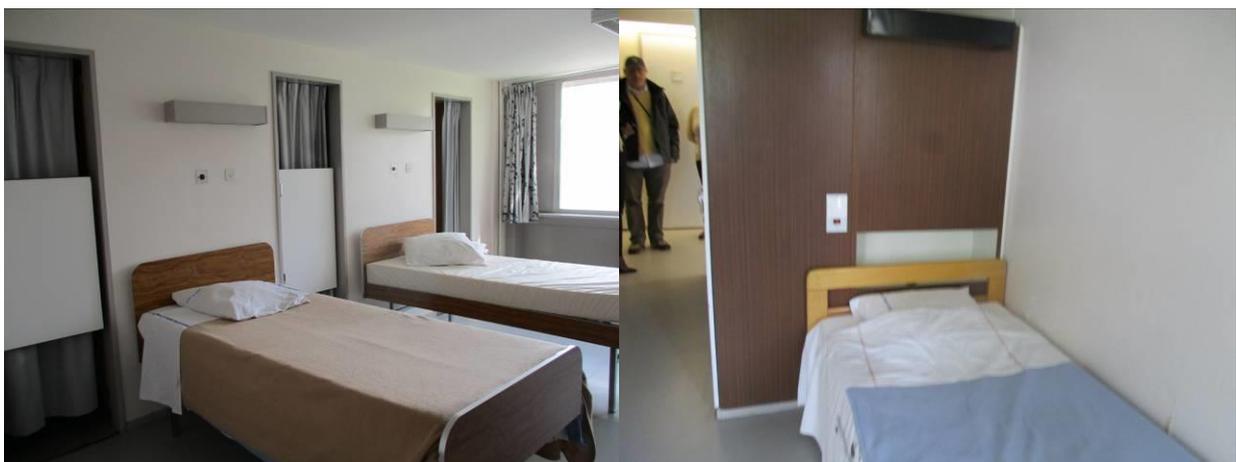
6.4.2 Les locaux

L'unité L1 occupe le premier étage, l'unité L2 le second étage. Les locaux du rez-de-chaussée sont utilisés principalement par des bureaux (médecins, cadre supérieure de santé, psychologue, assistante sociale), un salon pour les visiteurs, une salle de réunion et une vaste salle d'activité utilisée pour le sport, une cuisine.

L'unité L1 et l'unité L2 comportent chacune une chambre de soins intensifs et douze chambres : neuf chambres individuelles, une chambre à deux lits et deux chambres à trois lits. Une chambre individuelle par unité est dite chambre sécurisée.

Les trois niveaux sont construits autour d'un patio.

Chaque chambre individuelle dispose d'un coin toilette comportant un WC et un lavabo, fermé entre deux murs, le dos d'une armoire et un portillon type saloon. Chaque chambre à deux ou trois lits comporte trois coins toilette fermés par un rideau, avec un placard et un lavabo ; le cabinet de toilette des chambres à deux lits comporte un WC. Les fenêtres sont équipées de rideaux occultants ; elles peuvent être ouvertes sur quelques centimètres.



Une chambre à trois lits et une à un lit

Chaque unité dispose de quatre douches communes, dont une accessible par une personne à mobilité réduite, une salle de bains avec baignoire et quatre WC. Ces pièces peuvent être fermées de l'intérieur, ce qui préserve l'intimité des utilisateurs.

Un bouton d'appel, avec répétition dans le bureau des infirmiers est placé au-dessus de chaque lit, sauf dans les chambres de soins intensifs et les chambres sécurisées. Les salles d'eau, les salles de bains et les WC ne sont pas équipés de bouton d'appel.

Les deux unités étant en étage, les patients qui ne sont pas autorisés à en sortir peuvent se rendre sur le balcon d'un mètre de largeur qui prolonge la salle de télévision, notamment pour fumer.

Chaque unité dispose d'une salle à manger pouvant accueillir simultanément seize personnes, alors que chaque unité compte vingt lits. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, cela montre que le but recherché est que les patients prennent leur repas au self – à l'exception du petit déjeuner.



L'accès au balcon fumeur se fait via la salle de télévision

Il n'existe pas de salle d'activité dans les unités ; une salle du rez-de-chaussée sert de cuisine pour les activités organisées par les soignants, notamment pendant les week-ends.

Il n'existe pas de salon pour recevoir les visiteurs au sein des unités. Ceux-ci rencontrent les patients dans la salle à manger de l'unité, dans les chambres pour les patients en chambre individuelle de l'unité, à l'extérieur de l'unité, notamment à la cafétéria, ou dans un salon situé au rez-de-chaussée du pôle.

L'ensemble des locaux est en excellent état, mais aucune chambre n'est équipée de table ni de motif décoratif. Les patients qui veulent écrire doivent utiliser les tables de la salle à manger. Seuls les patients en chambres individuelles disposent de table de nuit.

Recommandation

Les chambres des unités d'hospitalisation du pôle Levallois devraient être équipées de tables – une par patient – et mériteraient d'être agrémentées de décorations.

Un *point phone* est accroché au mur dans un couloir de circulation de chaque unité. La confidentialité des échanges est mal assurée ; à l'unité 2, le meuble assurant l'isolation phonique a été cassé et n'était pas remplacé lors de la visite des contrôleurs : le téléphone est suspendu au mur.

Le « bureau infirmier » et la « salle de détente » du personnel, qui communiquent, disposent d'un côté de portes sur le couloir et de fenêtres ouvrant sur le patio. Lorsque les portes donnant

sur le couloir sont fermées, en particulier pendant les réunions, les patients ne voient pas les soignants. Cette situation génère parfois chez les patients un sentiment d'abandon.

6.4.3 Le personnel

Trois psychiatres, praticiens hospitaliers, et un interne interviennent dans les deux unités d'hospitalisation. Ils assurent une permanence de deux ou trois médecins chaque jour. Deux des médecins hospitaliers exercent également au CMP, avec deux autres médecins hospitaliers et un praticien rattaché. Un des deux médecins somaticiens de l'USSO assure la continuité des soins somatiques du pôle.

Le pôle dispose d'une équipe commune aux deux unités : un cadre supérieur de santé, une assistante sociale et deux assistantes médico-administratives.

L'équipe soignante de l'unité 1 est ainsi composée : une cadre de santé, un psychologue à 0,8 ETP, un psychomotricien pour 0,12 ETP, dix infirmiers totalisant 10 ETP, trois aides-soignants totalisant 3 ETP et deux agents des services hospitaliers.

L'équipe soignante de l'unité 2 est ainsi composée : une cadre de santé, un psychologue à 0,4 ETP, un psychomotricien pour 0,12 ETP, huit infirmiers totalisant 7,4 ETP, quatre aides-soignants pour 3,8 ETP et trois agents des services hospitaliers.

L'équipe de nuit est formée de dix infirmiers et trois aides-soignants.

Les infirmiers exercent leur activité de 6h45 à 14h45, de 13h15 à 21h15 et de 21h à 7h (dix heures). Le cycle normal sur un mois conduit à travailler 39 heures par semaine. Les jours de repos sont fixes : un mercredi sur deux, un jeudi sur deux, un week-end sur deux.

Le planning prévoit la présence de jour d'au moins trois agents par unité dont deux infirmiers, et la présence de nuit de deux agents (deux infirmiers ou un infirmier et un aide-soignant). L'équipe de nuit est formée par les mêmes agents ; les agents de jour assurant parfois des nuits.

6.4.4 Les patients

Le 10 mai 2016, seize patients étaient hébergés dans l'unité 1 du pôle Levallois, dont quatre en provenance du pôle Gennevilliers et deux du pôle Asnières. Leurs statuts de soins étaient les suivants :

- ASPDRE : deux patients
- ASPDT : quatre patients :
 - o SDT : trois ;
 - o en urgence : un ;
 - o en péril imminent : trois ;
- soins libres : dix.

Le 9 mai 2016, dix-huit patients étaient hébergés dans l'unité 2 du pôle Levallois. Leurs statuts de soins étaient les suivants :

- ASPDRE : trois patients ;
- en péril imminent : un ;
- soins libres : quatorze.

6.4.5 La vie quotidienne

Les journées sont rythmées par les horaires des repas – le petit déjeuner est pris entre 8h30 et 9h15, le déjeuner entre 12h et 14h, le dîner à 18h, la tisane avec un fruit à 22h – et les activités programmées pour les plus matinales à compter de 9h et l'après-midi à compter de 15h.

Les douches sont ouvertes le matin de 7h30 à 11h et l'après-midi de 17h à 20h.

Les tableaux d'affichage des unités 1 et de 2 de Levallois présentent notamment :

- les tarifs des prestations de l'établissement public de santé au 3 août 2015 (hospitalisations, ticket modérateur, forfait journalier) avec les coordonnées et les heures d'ouverture du bureau des admissions ;
- les coordonnées de l'UNAFAM ;
- les voies de recours et moyens pour exprimer ses remarques et ses réclamations ;
- la composition nominative de la CRUQPC au 1^{er} février 2016 ;
- la charte des patients hospitalisés, celle des droits et libertés de la personne majeure protégée, celle de l'usager en santé mentale, la liste des droits prévus par l'article L3211-3 du code de santé publique pour les personnes hospitalisés sans consentement ;
- des renseignements pratiques sur les formalités administratives, le courrier, les horaires des repas (au self de 12h à 14h et de 18h15 à 18h45), le culte, les horaires d'ouverture de la régie (8h à 12h30 et 13h30 à 15h45), les horaires de visite (13h à 18h).

Le règlement intérieur est identique aux deux unités mais les règles de vie des deux unités diffèrent sur quelques points.

Les règles de vie à l'unité 1, signées par le chef de pôle, le responsable d'unité et la cadre de santé, portent sur les points suivants :

- les cigarettes : elles sont laissées entre les mains des patients, avec les briquets, entre 8h et 20h ;
- les téléphones portables : ils sont donnés aux patients, sauf contre-indication médicale, de 8h à 20h ;
- les denrées alimentaires sont conservées en cuisine, étiquetées au nom du patient, hors produits frais et « faits maisons » ;
- l'ouverture du service pour les patients pouvant sortir est fixée à 9h30 ;
- les horaires de visite sont de 13h30 à 20h dans la salle à manger, dans la chambre si le patient est en chambre individuelle ou à l'extérieur du service si les consignes médicales le permettent.

Les règles de vie à l'unité 2, non signées, portent sur les points suivants :

- les cigarettes : paquet remis au patient entre 8h et 9h30 (sauf patient limité par le personnel) ; retour des cigarettes et des briquets à 20h ;
- les téléphones portables sont autorisés à l'extérieur du service de 9h30 à 20h selon les consignes médicales. A chaque retour dans le service, le téléphone doit être rendu à l'équipe ;
- les horaires de visite sont de 14h à 20h ; les visites ne sont pas autorisées dans les chambres.

Les chambres sont fermées dans la journée « *par mesure de sécurité mais sont accessibles à la demande* ».

Les portes des placards dans les chambres peuvent être fermées à clé par un cadenas – les cadenas ne sont pas fournis par l'établissement de santé public ; en conséquence des placards restent ouverts.

a) Les activités

Les patients, qui ne sont pas inscrits à une activité organisée à l'UISR ou à une activité organisée par les équipes soignantes, occupent leurs journées entre la télévision et de courtes sorties hors de l'unité pour ceux qui en ont le droit.

L'examen de l'emploi du temps de l'UISR et de l'unité 2 du pôle Levallois a permis de constater qu'en moyenne un patient bénéficiait d'une activité thérapeutique par semaine, certains patients bénéficiant de bien davantage et d'autres d'aucune activité.

Les activités organisées par les équipes soignantes existent mais ne sont pas fréquentes. Un patient en bénéficie en moyenne d'une par semaine ; à titre d'exemple :

- un atelier pâtisserie est organisé une à deux fois par mois pour une demi-douzaine de patients quand la cafétéria est fermée ; des activités de fitness, de cuisine, de peinture peuvent être programmées sur un rythme de l'ordre d'une activité par semaine à une activité par mois pour à chaque fois au plus une demi-douzaine de patients ; une fois par mois, un repas thérapeutique organisé pour sept personnes par quatre patients et deux soignants qui font signe à un invité ;
- pendant la semaine du 26 avril au 2 mai :
 - pour l'unité 1 : deux patients sur treize ont participé à une randonnée de 8h30 à 17h30, deux patients n'ont pas pu participer à une sortie cinéma annulée pour des raisons administratives ;
 - pour l'unité 2 : cinq patients sur seize ont participé à une randonnée avec pique-nique de 9h30 à 14h.

Les sorties de courte durée, dans le parc ou à l'extérieur de l'hôpital sont fréquentes.

Ainsi le 3 mai 2016, sur les treize patients de l'unité 1 :

- neuf étaient autorisés à sortir seuls de l'hôpital et sont effectivement sortis ;
- trois étaient autorisés à sortir accompagnés, mais l'un d'eux n'est pas sorti faute d'agent disponible ;
- un était interdit de sortir, car placé en chambre de soins intensifs.

Le même jour, sur les seize patients de l'unité 2 :

- sept étaient autorisés à sortir seuls de l'hôpital et sont effectivement sortis ;
- trois étaient autorisés à sortir accompagnés, mais l'un d'eux n'est pas sorti faute d'agent disponible ;
- cinq étaient interdits de sortir (un en chambre de soins intensifs, un non autonome, un non stabilisé venant de l'EHPAD, un suicidaire et un irresponsable pénal interdit de sortir depuis quelques jours).

b) Les soins

Au moins un médecin psychiatre passe tous les jours dans chaque unité. Il s'entretient avec les soignants avant de fixer les entretiens de la journée en fonction de l'état des patients et de leurs demandes. Il voit chaque jour les patients qui sont en CSI.

La distribution des médicaments se fait de manière individualisée, les patients attendant leur tour devant la porte, au poste infirmier à 8h, 12h, 18h, 20h et à 22h dans la salle à manger pour ceux qui prennent une tisane et au besoin en chambre.

6.5 Le pôle n°5 est le seul implanté géographiquement dans son secteur, mais pâtit de l'éloignement.

6.5.1 Présentation générale

L'unité d'hospitalisation de vingt lits du pôle 5 de La Garenne-Colombes et Bois-Colombes est hébergée au sein du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre. Le pôle reste néanmoins géré par l'établissement psychiatrique de santé de Moisselles.

Le secteur comporte par ailleurs un CMP, une unité fonctionnelle d'hospitalisation à domicile, une structure intermédiaire comprenant un hôpital de jour, un restaurant psy et un foyer de postcure et une antenne de psychiatrie et psychologie légales.

Une convention signée entre le CASH et l'EPS le 21 avril 2008 définit les modalités de leur collaboration. Elle porte sur les conditions matérielles, administratives et financières applicables – notamment sur la mise à disposition des locaux – et sur l'admission des patients du secteur de la Garenne-Colombes et Bois-Colombes au sein de l'unité 1, dite « psy 1 », (pôle 5 de Moisselles) et - si leur état de santé justifie une hospitalisation en milieu fermé - au sein de l'unité 3, dite « psy 3 », gérée par le CASH de Nanterre. La convention, modifiée par avenant en 2010, prévoit la mise à disposition de deux lits dans cette unité fermée.

Selon les informations fournies, les patients en soins sans consentement du secteur sont quasi systématiquement admis au sein de l'unité 3 du CASH principalement pour deux raisons. D'une part, l'unité 1 qui ne dispose pas de chambre d'isolement (alors que la psy 3 en possède quatre) et qui ne peut pas faire appel aux services de sécurité du CASH de Nanterre n'est pas en mesure de prendre en charge les patients en crise et agités. D'autre part, le JLD compétent pour examiner la situation des patients en soins sans consentement hospitalisés en psy 1 est celui de Pontoise ; or le transfert des patients à Moisselles pour les présenter au juge dans les douze jours suivant leur admission mobilise deux soignants et prend énormément de temps alors que, s'ils sont hébergés en psy 3, c'est le JLD de Nanterre qui est compétent.

Interrogé par les contrôleurs, le président du TGI de Nanterre ne rejetait cependant pas *a priori* la compétence géographique de son tribunal pour les patients hospitalisés en psy 1.

De fait, les patients du secteur de La Garenne-Colombes et Bois-Colombes admis en soins sans consentement sont hébergés en psy 3, au sein du secteur de Nanterre, jusqu'à leur passage devant le JLD et plus longuement si leur état le justifie. Si la mesure de contrainte est levée avant le passage devant le JLD, ils intègrent la psy 1. Pendant toute la durée de l'hospitalisation, le « retour » en psy 3 reste une menace pour les patients non compliant selon les témoignages recueillis.

En 2015, vingt-huit patients hospitalisés sans consentement l'ont été en psy 3 avant d'intégrer la psy 1 et cinq patients de la psy 1 ont été transférés en psy 3 ; entre le 1^{er} janvier et le 2 mai 2016, dix-huit patients hospitalisés sans consentement l'ont été en psy 3 avant d'intégrer la psy 1 et six patients de la psy 1 ont été transférés en psy 3.

Recommandation

Il n'est pas admissible que, pour des raisons d'organisation matérielle, des patients en soins sans consentement soient hospitalisés dans une unité qui ne dépend pas de leur secteur, changés d'unité au gré de leur statut d'hospitalisation ou de leur degré d'agitation et, en conséquence, suivis par des équipes soignantes différentes.

6.5.2 Les locaux

Le pôle n°5 est le seul service situé au sein de son secteur, dans les Hauts-de-Seine, sur l'emprise du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre, dont il reste cependant structurellement indépendant. Correctement desservi par plusieurs lignes de bus (304, 378 et 262) et une gare de RER, son environnement est plus urbain que l'établissement de santé. Son mode de fonctionnement souffre cependant d'être à la fois en retrait de l'EPSM Roger Prévoit – dont les protocoles n'en font guère mention – et du CASH de Nanterre.

Le pôle 5 est situé sur l'emprise du CASH dont il est cependant un bâtiment à part ; d'architecture cubique, de type préfabriqué, de plain-pied, il comporte à l'entrée une zone administrato-médicale organisée autour d'un espace central qui sert de salle d'attente, autour duquel se déploient une douzaine de bureaux et salles de soins, une grande salle de réunion et des espaces sanitaires. Un large sas, fermé, donne accès à la zone hébergeant des patients – laquelle comporte vingt lits, répartis en cinq chambres doubles et dix chambres individuelles. L'unité comporte une chambre de soins intensifs, présentée comme inutilisée depuis plusieurs années. Les chambres sont dans un état d'hygiène et d'entretien satisfaisant.

Bien que les patients hospitalisés au sein de cette unité soient dans leur très grande majorité hospitalisés sous le régime des soins libres, l'unité est fermée ; il est indiqué que les portes sont ouvertes à la demande.

Les patients disposent d'une salle de télévision, dotée de canapés et fauteuils. Des équipements sont également à leur disposition dans le patio central (tables et chaises, qu'ils peuvent utiliser avec leurs visiteurs, jeux de société). Ils disposent d'une grande salle de restauration, dans laquelle se trouve également un *point-phone*, sur lequel le personnel infirmier peut, à leur demande, leur passer des communications. La salle ouvre sur un patio extérieur, entièrement fermé, qui donne d'un côté sur la salle de restauration, d'un autre, sur le patio intérieur et enfin, sur le bureau des infirmiers. Les patients y disposent de mobilier de jardin³⁹ sur lequel ils peuvent s'installer, mais d'aucun abri ; il s'agit du seul espace extérieur en libre accès – utilisé notamment

³⁹ Deux grandes tables en bois de type « pique-nique » et des chaises, un parasol.

par les fumeurs. Les chambres, si elles ouvrent toutes sur un jardin agréablement paysagé, n'en permettent pas l'accès.

6.5.3 Le personnel

Le personnel travaille en douze heures, de 6h45 à 18h45 ou de 9h15 à 21h15. L'organisation doit permettre de disposer, entre 9h45 et 18h45, d'un minimum de quatre infirmiers ou aides-soignants. Les temps de transmission sont prévus à 9h et 21h.

Les équipes se réunissent – en-dehors des temps de transmissions – au moins une fois par semaine, le lundi, dans le cadre d'une réunion de pôle qui rassemble des agents de l'intra et de l'extra hospitalier, et le mardi, à l'extérieur. Une supervision est également régulièrement organisée, à raison d'une réunion par mois, dont le programme est fixé à l'avance. Cette réunion permet d'analyser les pratiques professionnelles utilisées, en présence d'un cadre et d'un psychologue. Il peut être décidé en amont de la réunion d'aborder une thématique particulière, à la demande du personnel ou du cadre de santé.

Sont organisées trimestriellement des réunions entre médecins et cadres, sous la direction du chef de pôle, afin d'y aborder des questions organisationnelles.

Le chef de pôle organise également des réunions dites institutionnelles, sans périodicité particulière, qui rassemblent l'ensemble du personnel une à deux fois par an ; l'ordre du jour permet d'aborder des questions générales relatives le plus souvent à une réflexion sur le projet de pôle ou leur avancée.

Enfin, chaque année est organisée une fête dite « fête institutionnelle » qui rassemble non seulement les équipes – soignantes et administratives – mais également les patients et leurs proches, les intervenants, les interlocuteurs institutionnels, etc. autour d'un grand barbecue, financé en partie par les participants auxquels est demandée une participation aux frais⁴⁰.

Personnel paramédical :

<i>Secteur G05</i>	<i>N</i>	<i>ETP</i>
<i>Cadre supérieur de santé</i>	1	1
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Cadre socio-éducatif</i>	0	0
<i>IDE J/N</i>	16	14,55
<i>Aide-soignant J/N</i>	7	6,6
<i>ASH</i>	3	3
<i>Assistante sociale</i>	1	0,8
<i>Ergothérapeute</i>	0	0
<i>Psychologue</i>	3	1,24
<i>Assistant médico-administratif</i>	2	1
TOTAL	34	29,19

IDE : infirmier diplômé d'état

ASH : agent des services hospitaliers

⁴⁰ 5 euros pour les patients et 10 euros pour le personnel.

Personnel médical :

<i>Secteur G05</i>	<i>N</i>	<i>EPT</i>
<i>Praticien hospitalier psychiatre</i>	2	1,5
<i>Praticien hospitalier généraliste s</i>	0	0
<i>Assistant</i>	0	0
<i>Interne</i>	0	0

6.5.4 Les patients

A la date du 10 mai 2016, dix-sept patients étaient hospitalisés au sein du pôle 5. La durée moyenne de séjour, en 2015, s'élevait à 30 jours. Le patient le plus ancien était hospitalisé depuis 536 jours. Il s'agissait en l'occurrence d'une personne étrangère, hospitalisée sous le régime des soins libres, dont le titre de séjour avait expiré en cours d'hospitalisation. Sa situation était en cours de régularisation lors de la visite. Sans domicile fixe, et en l'absence de structure susceptible de l'accueillir à sa sortie, celle-ci s'était trouvée reportée. Il doit également être mentionné qu'un patient domicilié dans le secteur concerné était hospitalisé au sein du service de psychiatrie 3 du CASH de Nanterre, également au moment de la visite. Il était indiqué qu'il s'agissait d'un patient de 70 ans, extrêmement violent, dont la prise en charge posait des difficultés importantes compte tenu, en sus d'une pathologie psychiatrique lourde, de graves problèmes somatiques. Une récente réunion sur la prise en charge de ce patient – suivi par un psychiatre du pôle 5 – avait conclu à l'opportunité d'un transfert vers une unité pour malades difficiles (UMD).

6.5.5 La vie quotidienne

Comme il a été indiqué plus haut, le service présente un mode de fonctionnement autonome – pour ne pas dire isolé – tant de l'EPSM Roger Prévoit que du CASH de Nanterre. La convention qui relie les deux établissements est jugée insuffisante tant dans son contenu que dans sa mise en œuvre⁴¹.

Les portes de l'unité sont fermées. Bien qu'il ait été précisé que les portes pouvaient être ouvertes à la demande, il a été constaté qu'un jeune patient⁴², qui sollicitait l'autorisation de sortir pour faire un peu de jogging autour du bâtiment, se voyait renvoyer à la nécessité d'obtenir l'autorisation préalable de son médecin.

Les repas sont pris ensemble, dans la salle de restauration. Les repas sont livrés en barquettes et réchauffés sur place, mais toujours servis dans une assiette.

Des règles de vie sont affichées sur la vitre du bureau des infirmiers. Elles prévoient notamment les horaires de visites, dont il est précisé qu'elles sont soumises à autorisation médicale et doivent se dérouler dans les espaces communs du secteur. Les règles rappellent également les horaires des repas et la possibilité de prendre, en plus des trois repas du matin, du midi et du soir⁴³, une collation à 16h et une tisane au moment du coucher.

⁴¹ Il est indiqué que la convention, par exemple, ne prévoit pas de possibilité de brancardage.

⁴² Hospitalisé en soins libres.

⁴³ Le petit déjeuner est servi à 8h30, le déjeuner à 12h30 et le dîner à 18h30.

Les règles précisent également que les patients ont accès au *point-phone* situé dans le réfectoire, sauf au moment des repas, entre 15h et 20h. Les patients ne sont pas autorisés à conserver leur téléphone portable avec eux mais le laissent dans le bureau des infirmiers, qui peuvent les laisser l'utiliser – « uniquement lors de leur sortie » ; leur usage n'étant pas autorisé au sein du service. Plusieurs patients ont indiqué qu'il était d'usage de ne les autoriser à passer qu'un seul appel téléphonique par jour (un appel reçu, un appel émis).

Les patients peuvent librement accéder à la salle de télévision comme au patio extérieur, à partir de 6h30 du matin et jusque vers 23h ou 23h30 le soir. La télécommande de la télévision reste généralement dans la salle de télévision dans la journée, les infirmiers la récupérant en fin de journée et la conservant dans leur bureau jusqu'à la première demande, le lendemain.

Sur la vitre du bureau des infirmiers sont également affichées une Charte du droit des patients, en français, également traduite en arabe, en espagnol, en anglais et en portugais, et les coordonnées et informations relatives à la commission des relations avec les usagers.

Une difficulté particulière a été signalée relative à la conservation des valeurs, le pôle 5 n'ayant pas l'autorisation d'avoir recours aux services de la régie de Nanterre, dont bénéficie naturellement le CASH. Ainsi, les valeurs des patients demeurent au sein du pôle, qui dispose de deux coffres ; un coffre à fente, réservé aux plus grosses valeurs et un coffre fermable, conservé par les infirmiers, qui sert à conserver les valeurs moins importantes (l'argent de poche des patients). Le coffre « à fente » dispose d'une clé, détenue par le seul secrétariat du cadre supérieur de santé, lequel dispose pour sa part du code. L'inventaire doit en être fait régulièrement à deux.

Les patients du pôle 5 n'ont naturellement pas accès au service intersectoriel des activités dont les patients de l'EPSM bénéficient. L'offre d'activité en est donc légèrement réduite par rapport aux patients hospitalisés à Moisselles. Cela étant, des activités sont proposées chaque jour de la semaine ; sont ainsi proposées des activités de gymnastique douce hebdomadaire, une activité « massage » et des activités plus ponctuelles (cuisine, jeux de société, sorties...).

Au jour de la visite, sur dix-sept patients, deux d'entre eux n'avaient l'autorisation de sortir du bâtiment qu'accompagnés par un membre du personnel. Aucun n'avait d'interdiction de visites. L'un d'entre eux avait une autorisation d'appeler par téléphone limité à un appel par jour, mais aucune limite de réception d'appels ne lui était imposée. Il était indiqué que les patients reçoivent régulièrement des visites, lesquelles se déroulent sans difficulté particulière. Les familles profitent fréquemment de ces visites pour apporter du linge à leur proche hospitalisé.

7. CONCLUSION GENERALE

Accueillant des patients du nord des Hauts-de-Seine, l'établissement présente la particularité d'être situé dans le Val-d'Oise, éloigné du domicile des patients comme des structures extra hospitalières. Depuis vingt ans, plusieurs projets de relocalisation des unités d'hospitalisation se sont succédé sans jamais aboutir ; au moment de la visite, un nouveau projet (inscrit dans le projet régional de santé de l'ARS d'Ile-de-France) était en gestation. Ce projet, est globalement soutenu par les médecins alors que le personnel paramédical (qui vit en général à proximité et dispose de conditions avantageuses - vingt-sept jours de congés et vingt-cinq jours de RTT, crèche sur place -) y est globalement opposé.

Seule l'unité d'hospitalisation du pôle 5a, en 2007, été « relocalisée » au sein du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre.

En raison de ces projets successifs, l'établissement, qui présente un potentiel et des atouts certains (cadre agréable – dans un parc de sept hectares –, à l'équilibre financier et disposant de capacités d'autofinancement, un personnel relativement stable, en nombre conséquent – la quasi-totalité des postes sont pourvus – et attaché à la structure d'hospitalisation) souffre d'une absence de vision à long terme qui inhibe son fonctionnement à court terme ; la relocalisation qui tarde à se concrétiser limite chez certains une vraie implication dans « l'ici et maintenant » et par ailleurs empêche d'investir ce projet qui demeure nébuleux. Il n'y a pas, à ce jour, de projet d'établissement écrit, validé et crédible et le règlement intérieur qui date de 2003 est en cours de réécriture depuis des années.

Certains éléments sont très positifs dont, notamment :

- l'unité intersectorielle de soins et resocialisation (UISR) qui propose des activités nombreuses et diversifiées et permet d'assurer la continuité des activités thérapeutiques ;
- la cafétéria agréable et bien équipée mais fermée, de manière inopportune, un week-end sur deux ;
- le restaurant commun aux patients et au personnel ;
- la prise en charge somatique des patients, bien assurée par une équipe efficace et qui dispose de nouveaux locaux adaptés ;
- la préparation de la sortie qui fait l'objet d'un travail approfondi (progressivité dans les sorties et bonne articulation entre l'intra et l'extra).

Cependant, la quasi-totalité des points positifs relevés ci-dessus ne s'appliquent pas au pôle 5 qui souffre d'une convention *a minima* entre le CASH et l'EPS Moisselles et de relations conflictuelles entre les directions de ces deux établissements. Par ailleurs, cette unité d'hospitalisation accueille ses patients admis en soins sans consentement au sein d'une unité du CASH (où elle dispose de deux lits) afin d'éviter d'avoir à les présenter devant le JLD à Moisselles et parce qu'elle ne dispose pas des services de sécurité du CASH dont l'intervention peut être nécessaire pour ces patients potentiellement agités. Le pôle 5 les « récupère » donc généralement après le passage devant le JLD, quand la mesure de contrainte a été levée ou, plus rarement, quand l'agitation a cessé. Cependant, la menace d'un retour au sein de l'unité du CASH est toujours présente.

D'autres éléments plus négatifs sont à relever :

- sept des huit unités d'hospitalisation sont fermées ;
- le registre des mises en isolement ou sous contention n'avait pas encore été mis en place au moment de la visite, quatre mois après la promulgation de la loi ;
- le taux d'occupation des huit chambres d'isolement de l'établissement est très important et les durées de séjour peuvent être extrêmement longues pour certains (plusieurs années) « à défaut de trouver une autre structure d'accueil » ;
- l'absence de notification des décisions de placement ou de maintien le week-end, puisqu'elles sont faites par le bureau des admissions ;
- des conditions matérielles d'hébergement inégalement satisfaisantes d'un pôle à l'autre, certaines unités sont vétustes. A l'exception du pôle 5, le mobilier des chambres est insuffisant par rapport au nombre de patients par chambre, voire totalement inexistant (pas de table, ni de table de nuit...). Par ailleurs, les unités d'hospitalisation sont toutes situées en étage ; de ce fait, bien que l'hôpital soit implanté dans un grand parc, les unités fermées ne disposent pas de cour ou jardin clos. Les patients qui ne peuvent sortir de leur unité ont uniquement accès à des balcons barreaudés pour fumer ;
- la sur occupation chronique des unités de deux pôles conduit à l'hébergement des patients dans d'autres unités ; ce qui nuit à la prise en charge des patients même si le suivi médical est assuré par le médecin de l'unité d'origine.

Annexes

ANNEXE 1

Liste des sigles employés

- CDSP : commission départementale des soins psychiatriques
GREP : groupe de réflexion éthique en psychiatrie
PTI : protection du travailleur isolé