

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## **Rapport de visite :**

8 au 16 janvier 2018 – 1<sup>ère</sup> visite

Pôle psychiatrie-Addictions

Centre hospitalier universitaire

Henri Mondor de Créteil

*(Val-de-Marne)*



## SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite des services de psychiatrie de l'hôpital universitaire Henri Mondor de Créteil (Val-de-Marne) du 8 au 16 janvier 2018. Cette visite était la première consacrée à cet établissement. Elle a fait l'objet d'un rapport de constat qui a été transmis à la direction de l'établissement qui a pu faire valoir ses observations qui apparaissent dans le présent rapport.

L'hôpital universitaire Henri Mondor (HUHM) est l'un des douze groupes hospitaliers de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), troisième par la taille et la technicité. Situé sur cinq sites dans le département du Val-de-Marne, dont deux sont distants de moins de 2 km à Créteil (Henri Mondor et Albert Chenevier), il affiche une offre de soins complète, organisée en onze pôles. La psychiatrie constitue l'un d'entre eux, concentrant 25 % des moyens en psychiatrie de l'assistance publique-hôpitaux de Paris.

Le pôle de psychiatrie de l'hôpital Henri Mondor, créé en 2007, présente une double caractéristique. Tout d'abord, il s'inscrit dans une logique territoriale classique de sectorisation puisqu'il gère trois des seize secteurs de psychiatrie pour adultes du Val-de-Marne et en second lieu, le pôle remplit une fonction hospitalo-universitaire (enseignement, recherche) qui irrigue l'ensemble de ses activités, y compris celles qui sont sectorisées.

Les services intra-hospitaliers du pôle de psychiatrie sont répartis sur deux sites, très bien desservis par les transports en commun celui d'Henri Mondor et celui d'Albert Chenevier qui regroupe les cinq unités d'hospitalisation complète des trois secteurs. Ces dernières sont situées dans un même bâtiment de deux étages, construit il y a vingt ans au fond de la vaste emprise hospitalière du site. Ces structures immobilières pâtissent à l'évidence d'un entretien insuffisant notamment pour les nombreuses charpentes en bois et d'une topologie au minimum peu efficiente notamment celle des chambres d'isolement.

**Quelques éléments très positifs, et une prise en charge globalement respectueuse des patients doivent modérer les remarques critiques qui seront aussi formulées.**

On citera parmi ces points positifs, une vraie réflexion sur la sexualité, un comité d'éthique actif, un service "qualité" avec des évaluations des pratiques professionnelles pertinentes, un usage modéré de l'isolement et de la contention et un effort réel pour mettre en place un registre utile, effort qui cependant a besoin d'être poursuivi.

Parmi les points soulevant des interrogations, on notera d'abord la suroccupation des unités. Mal endémique de la région parisienne, cette sur occupation permanente a d'abord un effet particulièrement néfaste au niveau des urgences du site Henri Mondor, où certains patients attendent un puis deux et parfois trois jours un service d'accueil. **L'attente se déroule dans une chambre mal insonorisée au sein des urgences générales et trop souvent sur un brancard avec des contentions.** Le fonctionnement des unités est soumis en permanence à la "gestion des flux". Pour remédier à la situation, on peut toujours invoquer le manque de moyens et de dotation en lits, mais on doit aussi s'interroger sur la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation complète.

Ensuite la gestion des ressources humaines apparaît très problématique. Le *turn-over* permanent, le fort taux d'absentéisme, les discours permanents de mal-vivre à l'APHP alimentent une spirale négative aux effets délétères. De fait, il n'y aucune dynamique d'équipe dans les unités dont les soignants sont interchangeables et la mise en place d'un suivi individualisé des patients relève de l'utopie. Pire, pendant les congés scolaires, et de façon récurrente une unité de soins se retrouve fermée tout simplement par manque de personnel.

Très paradoxalement, pour un établissement hospitalier de cette importance, la prise en charge somatique des patients du pôle psychiatrie est très en-deçà de bien des établissements spécialisés et doit également être améliorée.

Au niveau des droits des patients, d'un côté l'établissement dispose d'un service administratif des soins sans consentement particulièrement compétent et pertinent qui permet d'assurer un vrai respect de la procédure et une information des patients et de leur famille exhaustive et accessible.

D'un autre côté, les restrictions apportées aux libertés des patients dans leur vie quotidienne sont singulièrement nombreuses et rigides. Leur application générale, et non justifiée par l'état clinique de chaque patient, les rend en tant que telles inacceptables. Outre qu'elles rendent l'hospitalisation particulièrement pesante pour les malades, les modalités de leur mise en œuvre font prévaloir la surveillance sur le soin dans les missions des soignants.

## OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

#### 1. BONNE PRATIQUE : ..... 21

L'hôpital a organisé en décembre 2017 une commission des usagers propre à la psychiatrie, permettant ainsi d'aborder spécifiquement les problématiques soulevées par cette spécialité.

#### 2. BONNE PRATIQUE ..... 40

Le service de psychiatrie a mené une réflexion sur le droit des patients à la sexualité qui a conduit à des actions d'information des soignants et des patients et à des mesures de protection de ceux de ces derniers dont la pathologie perturbe le consentement.

#### 3. BONNE PRATIQUE ..... 42

La rédaction de procédures relatives à la prévention et à la prise en charge de risques inhérents à certaines pathologies permet aux professionnels de santé concernés de disposer de cadres de référence clairs.

### RECOMMANDATIONS

#### 1. RECOMMANDATION ..... 16

Les fermetures d'unité décidées lors des congés en raison d'un trop fort absentéisme ne sont pas acceptables au regard de la prise en charge des patients.

#### 2. RECOMMANDATION ..... 22

Si la direction de l'hôpital entend promouvoir la procédure de désignation de la personne de confiance, il convient d'améliorer ses modalités d'application pratique qui, demeurant lacunaires, ne permettent pas d'appréhender l'information effective des patients sur cette question.

#### 3. RECOMMANDATION ..... 29

Le souci de l'établissement de limiter les fugues et d'éviter leurs conséquences néfastes aux fugueurs ne doit pas conduire à un enfermement exagérément strict des patients. Ceux-ci, quelle que soit leur unité d'hébergement, doivent, sans restriction, avoir accès à un espace à l'air libre, ce durant la plus grande partie de la journée.

#### 4. RECOMMANDATION ..... 31

Les restrictions apportées aux libertés des patients dans leur vie quotidienne sont singulièrement nombreuses et rigides. Leur application générale, et non justifiée par l'état clinique de chaque patient, les rend en tant que telles inacceptables. Outre qu'elles rendent l'hospitalisation particulièrement pesante pour les malades, les modalités de leur mise en œuvre font prévaloir la surveillance sur le soin dans les missions des soignants, dérive démobilisante pour ces derniers.

#### 5. RECOMMANDATION ..... 35

Les locaux des unités n'offrent pas les conditions de sérénité dont les patients d'un service de psychiatrie ont besoin ; ils ne permettent pas la conduite d'activités de manière adaptée aux pathologies. Leur défaut d'entretien rend le séjour inconfortable.  
L'amélioration des conditions matérielles d'accueil doit être réfléchi et financée.

**6. RECOMMANDATION .....36**

Les suroccupations doivent être gérées dans un meilleur souci de la qualité de la prise en charge des patients, notamment un accueil d'urgence dans les CMP sur des plages plus étendues permettrait d'éviter ou de différer des hospitalisations.

L'utilisation des chambres d'isolement comme chambres hôtelières ou la prolongation des mesures doivent être proscrites.

**7. RECOMMANDATION .....37**

La pérennité de la régie qui assure un service quotidien de proximité auprès des patients ne doit pas être remise en question

**8. RECOMMANDATION .....39**

Les effets délétères de l'insuffisance d'activité, tant pour les patients en souffrance que pour les soignants démobilisés dans leur mission, appelle une remobilisation de l'établissement sur cet aspect de la prise en charge.

**9. RECOMMANDATION .....41**

L'activité des unités de soins doit être individualisée et exploitée annuellement. Les transferts entre unités de soins doivent être tracés.

Le CHU Henri Mondor doit produire annuellement un rapport d'exploitation de ces données qui permettrait d'avoir une meilleure appréciation des difficultés rencontrées et de justifier les demandes de moyens nécessaires pour y remédier.

**10. RECOMMANDATION .....42**

Le renforcement de la mission de coordination sociale est indispensable pour contribuer à libérer des lits d'hospitalisation.

**11. RECOMMANDATION .....43**

Le CHU Henri Mondor doit prendre toute disposition pour affecter dans les meilleurs délais au service de psychiatrie sectorisé un temps plein de médecin somaticien.

**12. RECOMMANDATION .....44**

Au service des urgences, toutes mesures doivent être prises le plus rapidement possible pour éviter l'attente de patients sur des brancards, contenus et dans un lieu public, situation contrevenant à la dignité de ces personnes et à leur intégrité physique.

**13. RECOMMANDATION .....45**

Aux urgences, le « statut » de l'espace dédié aux soins psychiatriques doit être clarifié, notamment celui de l'utilisation de la chambre dite de soins intensifs de psychiatrie faisant office de lit porte en psychiatrie. Le personnel soignant en charge du suivi de ces patients doit être identifié.

**14. RECOMMANDATION .....45**

La procédure de contention aux urgences doit être actualisée et complétée d'une procédure sur le placement dans la chambre dite de soins intensifs.

**15. RECOMMANDATION .....46**

L'emplacement, la configuration et l'équipement des cinq chambres d'isolement doivent être revus dans les meilleurs délais afin de respecter la dignité des patients.

**16. RECOMMANDATION .....46**

La procédure de mise en chambre d'isolement avec recours à la contention « si besoin » doit être actualisée en intégrant les recommandations de la haute autorité de santé de février 2017.

**17. RECOMMANDATION .....47**

Le CHU Henri Mondor doit impérativement harmoniser les recueils de données concernant les mesures d'isolement et de contention et s'assurer de la qualité des données recueillies et de leur fiabilité.

**18. RECOMMANDATION .....48**

Une réflexion doit être conduite au sein du service de psychiatrie sectorisé sur les moyens à mettre en œuvre pour diminuer la durée moyenne de séjour dans les chambres d'isolement et la durée des mesures de contention conformément aux recommandations de la haute autorité de santé.

**19. RECOMMANDATION .....48**

Les décisions de mesures de contention doivent être tracées et intégrées au bilan annuel que doit produire le pôle de psychiatrie. La procédure relative à la contention physique doit être actualisée intégrant les recommandations de la haute autorité de santé.

**20. RECOMMANDATION .....50**

Le fonctionnement du groupe d'éthique mériterait d'être formalisé, en prévoyant des modalités de saisine et de rendus d'avis.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>9</b>
<b>1. PRESENTATION DE L'HOPITAL HENRI MONDOR ET DU POLE DE PSYCHIATRIE.....</b>	<b>10</b>
1.1 La psychiatrie à l'hôpital Henri Mondor s'inscrit à la fois dans une logique universitaire d'enseignement-recherche et territoriale de sectorisation .....	10
1.2 La sur occupation des unités de psychiatrie et l'engorgement des urgences conduisent à des réorganisations inscrites dans le projet médical du pôle .....	12
1.3 Les dépenses de fonctionnement du pôle de psychiatrie sont stables depuis trois ans .....	13
1.4 Absentéisme et turn-over marquent des équipes soignantes dont la formation aux droits des patients est insuffisante .....	14
<b>2. LES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>18</b>
2.1 En pourcentage le nombre de patients en soins sans consentement selon la procédure du péril imminent est supérieur à la moyenne nationale.....	18
2.2 Un souci de transmission aux patients hospitalisés d'une information sur leur statut et leurs droits respectueuse de leur état .....	18
2.3 Une information locale claire, concise et accessible mais un règlement global trop compliqué et surtout contradictoire avec les règles de vie des unités .....	19
2.4 Le traitement des plaintes et requêtes bien formalisé permet des réponses dans des délais rapides et fait l'objet d'une information détaillée lors des commissions d'usagers .....	20
2.5 Un représentant des usagers dédié au pôle psychiatrie : un louable souci d'efficacité.....	20
2.6 La mise en œuvre des procédures de désignation de la personne de confiance peut largement être améliorée .....	21
2.7 L'accès au vote a été facilité par une information préalable puis des permissions de sortie ou des procurations .....	22
2.8 L'accès aux cultes est prévu et organisé .....	22
2.9 La protection juridique des patients est exclusivement assurée par des tuteurs ou curateurs extérieurs à l'établissement .....	23
<b>3. LES CONTROLES DU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>24</b>
3.1 Les audiences du juge des libertés et de la détention permettant un véritable contrôle des motivations de l'hospitalisation complète dans le respect des patients.....	24
3.2 Longtemps sans activités, la commission départementale des soins psychiatriques du Val-de-Marne assume dorénavant ses compétences et assure les missions qui lui sont dévolues. ....	25
3.3 Les registres de la loi sont tenus avec rigueur et permettent une excellente traçabilité des soins sans consentement .....	25

3.4	Le collège des professionnels de santé se réunit effectivement.....	27
3.5	À l'inverse de l'autorité administrative et du maire de Créteil, l'autorité judiciaire visite deux fois par an l'établissement.....	27
<b>4.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>28</b>
4.1	Les préoccupations sécuritaires de l'établissement prévalent sur les considérations cliniques pour limiter la liberté de circulation des patients .....	28
4.2	Les restrictions très strictes qui pèsent sur les conditions de vie des patients ne sont pas individualisées en fonction de l'état clinique de chacun .....	29
4.3	Le port du pyjama n'est imposé qu'en chambre d'isolement.....	31
4.4	Le choix du médecin est limité par l'organisation des unités.....	31
<b>5.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS .....</b>	<b>32</b>
5.1	Les conditions matérielles d'accueil sont uniformément peu propices à une prise en charge de qualité.....	32
5.2	La sur occupation des quatre unités pour adultes est constante et appelle une réflexion avec l'ensemble des partenaires .....	35
5.3	Les biens des patients sont gérés avec souplesse et la régie implantée au sein de l'établissement permet un accès aisé et quotidien aux espèces.....	36
5.4	La restauration est caractéristique des grands services hospitaliers mais respecte les choix religieux et les aversions des patients .....	37
5.5	Les patients n'échappent pas à l'ennui.....	39
5.6	Les relations sexuelles sont reconnues comme un droit qui n'exclut pas le devoir de protection du patient.....	40
<b>6.</b>	<b>LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....</b>	<b>41</b>
6.1	Des soins psychiatriques de qualité qui gagneraient à être complétés par un renforcement des activités thérapeutiques .....	41
6.2	Des soins somatiques qui pâtissent de l'absence de médecin généraliste .....	42
<b>7.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>44</b>
7.1	Des modalités de prise en charge aux urgences ne respectant pas la dignité des personnes.....	44
7.2	Des mesures d'isolement et de contention insuffisamment respectueuses de la dignité des personnes .....	45
7.3	Un circuit du médicament qui n'appelle pas d'observation particulière .....	48
7.4	La déclaration d'évènements indésirables est facilitée pour une information exhaustive auprès du personnel .....	49
7.5	Le traitement des évènements indésirables est largement diffusé et utilisé pour l'amélioration des pratiques professionnelles.....	49
7.6	La réflexion éthique est réelle mais mériterait d'être mieux formalisée .....	50
<b>8.</b>	<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>51</b>

# Rapport

Contrôleurs : Philippe Nadal ; chef de mission,  
Christine Basset ; contrôleure,  
Pierre Duflot ; contrôleur,  
Anne Lecourbe ; contrôleure,  
Annick Morel ; contrôleure,  
Dominique Peton-Klein ; contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite des services de psychiatrie de l'hôpital universitaire Henri Mondor de Créteil (Val-de-Marne) du 8 au 16 janvier 2018.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 8 janvier 2018 à 14h30. Ils l'ont quitté le mardi 16 janvier à 16h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice du site Albert Chenevier. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont la directrice de l'hôpital universitaire Henri Mondor, les directeurs adjoints, la cheffe de pôle, des cadres de santé, des représentants des usagers et représentants du personnel.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Val-de-Marne, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Créteil, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Créteil. Le délégué territorial de l'agence régionale de santé a été prévenu de la visite par l'établissement. Les contrôleurs ont rencontré le président de la commission départementale des soins psychiatriques. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été, à leur demande, reçues par les contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite. Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de restitution a eu lieu mardi 16 janvier 2018 en présence de la hiérarchie médicale et administrative de l'établissement.

Un rapport de constat a été transmis le 31 juillet 2018 conjointement à la direction des hôpitaux universitaires, aux autorités judiciaires et administratives du département ainsi qu'à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France.

Par courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor a fait valoir ses observations qui ont été intégrées dans le présent rapport de visite sous une présentation particulière.

## 1. PRESENTATION DE L'HOPITAL HENRI MONDOR ET DU POLE DE PSYCHIATRIE

### 1.1 LA PSYCHIATRIE A L'HOPITAL HENRI MONDOR S'INSCRIT A LA FOIS DANS UNE LOGIQUE UNIVERSITAIRE D'ENSEIGNEMENT-RECHERCHE ET TERRITORIALE DE SECTORISATION

#### 1.1.1 La place et l'organisation de la psychiatrie à Henri Mondor et dans le département du Val-de-Marne

L'hôpital universitaire Henri Mondor (HUHM) est l'un des douze groupes hospitaliers de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), troisième par la taille et la technicité. Situé sur cinq sites dans le département du Val-de-Marne, dont deux sont distants de moins de 2 km à Créteil (Henri Mondor et Albert Chenevier), il affiche une offre de soins complète, organisée en onze pôles (urgences, activités chirurgicales et médicales de court séjour, soins de suite et de rééducation, soins de longue durée pour les personnes âgées) : la psychiatrie constitue l'un d'entre eux, concentrant 25 % des moyens en psychiatrie de l'assistance publique-hôpitaux de Paris.

Le pôle de psychiatrie de l'hôpital Henri Mondor, créé en 2007, présente une double caractéristique.

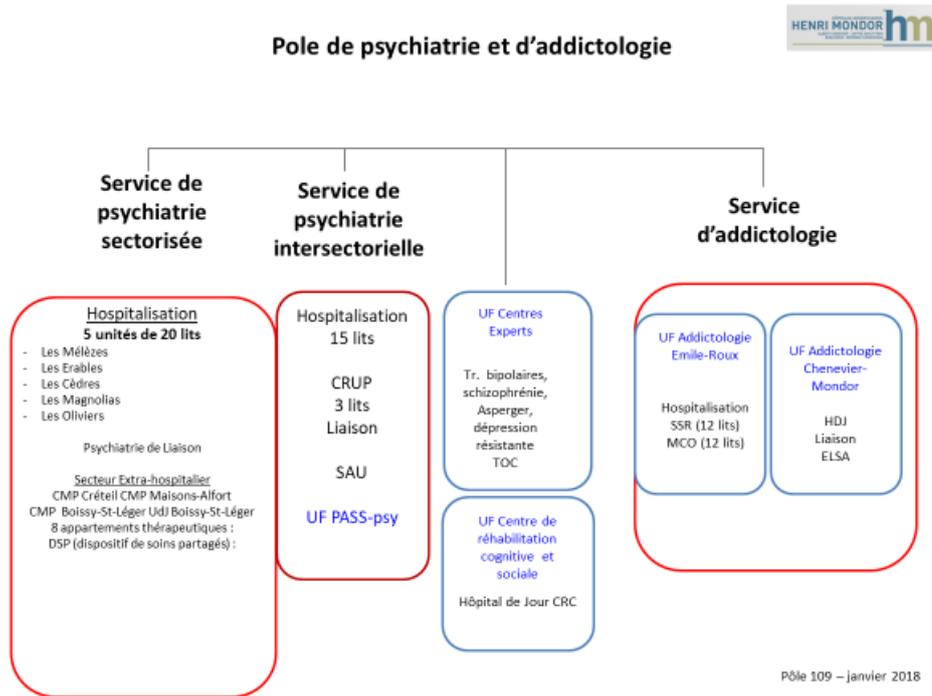
Tout d'abord, il s'inscrit dans une logique territoriale classique de sectorisation puisqu'il gère trois des seize secteurs de psychiatrie adulte du Val-de-Marne, couvrant les 215 000 habitants des communes de Maisons-Alfort (94G06), Créteil (94G07), Bonneuil-sur-Marne, Sucy-en-Brie, Marolles-en-Brie, et Santeny (94G08) :

- il s'appuie sur cinq unités d'hospitalisation complète de vingt lits chacune, trois centres médico-psychologiques (CMP), vingt-quatre places d'appartements thérapeutiques et un hôpital de jour ;
- afin de renforcer les liens ville-hôpital, une consultation multidisciplinaire, appelée « dispositif de soins partagés », a pour objectif depuis 2013 d'aider les médecins traitants ou d'autres spécialistes à prendre en charge ou orienter des patients présentant des troubles psychiques de tous ordres, tout en maintenant les médecins généralistes au centre des prises en charge ;
- une permanence d'accès aux soins et à la santé en psychiatrie (PASS-PSY) offre depuis 2012 des consultations programmées, non urgentes, mais dans des délais courts, à des patients présentant des troubles psychiatriques et des difficultés sociales ;
- une équipe de psychiatrie de liaison intervient enfin dans les autres services hospitaliers où sont présents des patients présentant des troubles psychiatriques. Le pôle s'articule pour sa mission « territorialisée » avec d'autres hôpitaux au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) du Nord et de l'Est notamment.

En second lieu, le pôle remplit une fonction hospitalo-universitaire (enseignement, recherche) qui irrigue l'ensemble de ses activités, y compris celles qui sont sectorisées, mais concerne plus particulièrement quatre centres experts dans des pathologies psychiatriques (Fondation « Fondamental », créée en 2007 par le ministère de la recherche) et un service intersectoriel de psychiatrie (SIP) de dix-huit lits. Ce dernier assure la prise en charge des patients suicidants ou présentant des intrications somatiques et psychiatriques ainsi que l'évaluation et la prise en charge de porteurs de pathologies psychiatriques résistantes aux thérapeutiques habituelles et nécessitant une expertise universitaire ainsi que des explorations para cliniques spécifiques. Il réalise également une activité d'électro-convulsivothérapie. Une équipe de « Psychiatrie translationnelle », implantée à l'institut Mondor de recherches biomédicales, est labellisée

INSERM. Les missions d'enseignement concernent les praticiens universitaires mais également hospitaliers du pôle.

Intégrant le service d'accueil d'urgence psychiatrique (SAU), le pôle de psychiatrie d'Henri Mondor s'est vu rattacher le service d'addictologie (2012) et un « centre de remédiation cognitive et sociale » (CRC) dans lequel sont proposés des bilans d'évaluation à des patients souffrant de schizophrénie, de dépression sévère, du syndrome d'Asperger et de troubles bipolaires ainsi que des stratégies thérapeutiques personnalisées à temps partiel.



Le pôle est placé sous la responsabilité d'un praticien universitaire, assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif, en charge notamment de la gestion du budget (cf. *infra* § 1.3) et a fait l'objet d'une certification sans réserve ni recommandations de la haute autorité de santé (HAS) en 2017.

### 1.1.2 L'implantation de la psychiatrie à Henri Mondor et à Albert Chenevier

Les services intra hospitaliers du pôle de psychiatrie sont répartis sur deux sites, bien desservis par la ligne 8 de métro et deux lignes d'autobus (217 et 237) :

- celui d'Henri Mondor où sont implantés le SAU, les quinze lits intersectoriels de psychiatrie et trois lits du centre renforcé d'urgences psychiatriques (CRUP), le PASS-PSY et l'équipe de psychiatrie de liaison ;
- celui d'Albert Chenevier qui regroupe les centres experts, le CRC ainsi que les cinq unités d'hospitalisation complète des trois secteurs. Ces dernières sont situées dans un même bâtiment de deux étages, construit il y a vingt ans au fond de la vaste emprise hospitalière du site d'Albert Chenevier.

Unités  
d'hospitalisation  
de la psychiatrie



Figure 1 : le bâtiment d'hospitalisation de la psychiatrie

Son architecture est censée représenter un bateau, le corps abritant les services administratifs, les trois « voiles », les unités. Les deux unités fermées (Mélèzes, Erables) où sont accueillis les patients en soins sans consentement sont au rez-de-chaussée, les unités ouvertes (Magnolias et Cèdres) au premier étage avec des patients en soins libres, les « Oliviers », dédié aux jeunes adultes (UJA), occupent le rez-de-chaussée du bâtiment central.

Les Oliviers (UJA)  
Les Magnolias

Les Mélèzes

Les Érables  
Les Cèdres



Services  
administratifs

Figure 2 : le bâtiment des cinq unités d'hospitalisation psychiatrique

A l'inverse de l'unité « Les Oliviers » qui accueille les jeunes adultes de l'ensemble du Val-de-Marne, les quatre autres unités reçoivent indistinctement les patients des trois secteurs dévolus à l'établissement, le choix de l'unité s'effectuant sur le critère de la nature juridique du soin et de la disponibilité des lits.

## 1.2 LA SUR OCCUPATION DES UNITES DE PSYCHIATRIE ET L'ENGORGEMENT DES URGENCES CONDUISENT A DES REORGANISATIONS INSCRITES DANS LE PROJET MEDICAL DU POLE

Le service des urgences et les unités d'hospitalisation du pôle connaissent une activité soutenue. Si le taux d'occupation global de l'ensemble des unités d'hospitalisation est en 2016 et 2017 d'un peu moins de 97 %, ce chiffre masque des disparités entre unités fermées et ouvertes. Sur l'année 2017, le taux était de plus de 104 % aux Mélèzes et 107 % aux Erables où les files actives augmentent sensiblement entre 2016 et 2017, de 102 % dans les unités ouvertes, de moins de

80 % au SIP et aux Oliviers qui ferme pendant les vacances. Les durées moyennes de séjour (DMS) des services traduisent également des tensions différentielles. En 2017, elle était de plus de 34 jours aux Érables, de près de 30 jours aux Mélèzes quand les unités ouvertes étaient à moins de 30 jours, et inférieures à 14 jours au SIP et à 17 jours à l'UJA. Les taux de ré-hospitalisation étaient de 32 % en 2016 et 28 % en 2017.

Ces difficultés résultent vraisemblablement d'une insuffisance de la prévention et de prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation, en dépit des dispositifs ville-hôpital (DSP, PASS-PSY) et des structures extra hospitalières : il faudrait notamment deux mois pour obtenir un rendez-vous post hospitalisation dans les CMP dont les horaires d'ouverture sont trop limités (en semaine et jusqu'à 18h).

Pour y remédier, dans le cadre de son projet médical 2015-2019, intégré à celui du CHUHM, le pôle s'engage dans une réorganisation de son dispositif extra hospitalier dont le déploiement est encore en cours de discussion et comporte plusieurs axes :

- structuration de quatre équipes transversales et spécifiques dans les CMP et création notamment d'une unité de soins ambulatoires intensifs, chargée du suivi rapproché de patients en attente ou en sortie d'hospitalisation en phase aiguë ou subaiguë, nécessitant des consultations fréquentes et une vigilance particulière ;
- regroupement des CMP de Créteil et de Maisons-Alfort, implantés sur le même site permettant d'accélérer les prises en charge programmées pour les sortants d'hospitalisation ;
- réflexion sur le rôle des appartements thérapeutiques ainsi que sur le fonctionnement de l'hôpital de jour.

Une amélioration des liaisons intra-extra hospitalières par une plus efficace présence des personnels des CMP aux réunions des unités examinant les sorties des patients est également envisagée.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*L'équipe de soins ambulatoires intensifs a été constituée en avril 2018 et a démarré son activité très ponctuelle du fait de manque de moyens humains dédiés par redéploiement des équipes paramédicales. Le regroupement des CMP de Créteil et Maisons-Alfort est effectif. Ils sont implantés sur le même site et ouverts tous les jours jusqu'à 18h permettant d'accélérer les prises en charges programmées pour les sortants d'hospitalisation.*

### 1.3 LES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT DU POLE DE PSYCHIATRIE SONT STABLES DEPUIS TROIS ANS

Le budget du pôle de psychiatrie est la résultante, d'une part, de la négociation annuelle globale de l'AP-HP avec l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France et d'autre part, des choix par la direction de l'AP-HP de répartition de cette enveloppe entre chaque hôpital pourvu d'un service de psychiatrie.

Si la dotation annuelle de financement (DAF) de l'AP-HP, attribuée par l'ARS, connaît une légère augmentation, hors services d'urgence, sur la période 2015-2017, celle d'Henri Mondor diminue de 2015 à 2016 pour remonter en 2017 en raison d'un changement de méthodologie dans la répartition de l'enveloppe par la direction centrale de l'AP HP.

		2015	2016	2017
DAF PSYCHIATRIE		25 645 448 €	25 081 301 €	25 348 133 €
GHM				

Écart		564 147 €	266 832 €
DAF PSY APHP	137 483 969 €	133 45 682 €	140 074 159 €

La direction de l'hôpital Henri Mondor affecte ensuite au pôle l'enveloppe reçue de la direction centrale, en distinguant les emplois et la dotation globale de fonctionnement à la main du pôle (dépenses médicales et hôtelières) et après avoir prélevé une participation aux charges communes de l'hôpital. Des enveloppes spécifiques peuvent être attribuées pour de nouveaux projets fléchés.

Le budget de fonctionnement du pôle est globalement stable sur les trois derniers exercices tandis que ses dépenses réalisées connaissent une légère augmentation.

Budget de fonctionnement du pôle	2015	2016	2017
Titre 2 enveloppe médicale	381 248 €	394 807 €	323 939 €
Titre 3 enveloppe hôtelière	478 955 €	465 776 €	520 854 €
Total	860 203 €	860 583 €	844 793 €

#### Dépenses réalisées par le pôle

	2015	2016	2017 provisoire
Titre 2	380 367 €	324 214 €	316 158 €
Titre 3	492 519 €	520 620 €	580 046 €
Total	872 886 €	844 834 €	896 204 €

Les demandes d'équipement et de travaux font l'objet d'une négociation spécifique entre le pôle, qui priorise les besoins, et la direction : elles ont concerné essentiellement l'achat de petit mobilier médical et la réfection de certaines parties du bâtiment de psychiatrie (huisserie, portes, salles de bains).

### 1.4 ABSENTEISME ET TURN-OVER MARQUENT DES EQUIPES SOIGNANTES DONT LA FORMATION AUX DROITS DES PATIENTS EST INSUFFISANTE

#### 1.4.1 Les effectifs médicaux et soignants du pôle

Le pôle de psychiatrie, y compris le service d'addictologie, compte 46 praticiens hospitaliers (45,4 ETP) et 242 personnels non médicaux (241,4 ETP). La semaine de la visite, selon les informations recueillies, sur l'ensemble du pôle, tous les postes de praticiens hospitaliers étaient pourvus, un poste de cadre de santé et huit postes d'infirmiers ne l'étaient pas.

Les soignants des unités d'hospitalisation psychiatriques (infirmiers et aides-soignants), représentent, de façon constante depuis trois ans, près de 66 % des effectifs non médicaux du pôle, et progressent légèrement sur la période (147,6 ETP en 2015, 140 en 2016, 154 en 2017).

#### 1.4.2 L'organisation des unités d'hospitalisation

Les cinq unités d'hospitalisation font l'objet d'une « standardisation » en ce qui concerne leurs équipes :

- chacune dispose d'au moins trois médecins (praticiens hospitaliers, internes ou assistants) qui peuvent pour les praticiens avoir également des fonctions d'enseignement ;
- les unités fermées fonctionnent théoriquement dans la journée avec quatre soignants (infirmiers et aides-soignants) et les unités ouvertes, avec trois ;
- les équipes de nuit sont dédiées et composées de deux soignants en unité ouverte et de trois soignants en unité fermée, supervisées par un cadre de santé mutualisé sur l'ensemble du site ;
- une assistante sociale (0,8 ETP), un psychologue (0,2 ETP), un psychomotricien (0,4 ETP), un ergothérapeute (0,2 ETP), un agent socio-éducatif à temps partiel ainsi qu'une secrétaire médicale à mi-temps complètent les équipes.

Les remplacements d'absences sont effectués par la « solidarité » entre les unités et le recours à un pool non spécialisé en psychiatrie de l'hôpital Albert Chenevier ou encore à l'intérim.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Les remplacements d'absences sont effectués par mutualisation des moyens et un principe de mobilité entre les unités. Le service a également recours à une équipe de suppléance des sites Henri Mondor-Albret Chenevier ou encore à l'intérim. Le principe est d'affecter les mêmes professionnels en psychiatrie.*

*Création d'une équipe de remplacement interne au pôle (quatre pour le moment un infirmier et deux aides-soignants) pour gérer les absences courtes en lien avec le projet du présentisme du groupe hospitalier.*

### 1.4.3 L'absentéisme et la mobilité

Les équipes soignantes, en théorie plutôt bien dotées en personnel, connaissent deux problèmes majeurs, l'absentéisme et la mobilité (*turn-over*) qui conduisent à l'instabilité des équipes et à la difficulté de construire des projets durables.

L'absentéisme des infirmiers et aides-soignants des unités psychiatriques est parmi l'un des plus élevées (avec la gériatrie) du CHUHM. Cette donnée rend aléatoire l'assurance de disposer au quotidien dans les équipes d'une compétence spécifique en psychiatrie, le recours au pôle mutualisé de l'hôpital ne permettant pas l'emploi d'infirmiers spécialisés. Afin de pallier cette difficulté, le pôle envisage de constituer un volant permanent de remplacement au sein du pôle.

Services	Absentéisme* 2016 en jours	Absentéisme 2017 en jours
<b>PÔLE PSYCHIATRIE ADDICTIONS</b>	<b>IDE</b>	<b>8,6 %</b>
	<b>AS</b>	<b>13,3 %</b>
<b>Total CHUHM</b>	<b>AS+ IDE</b>	<b>9,6 %</b>

Absentéisme maladie, maternité, adoption (hors formation)

Le *turn-over* des soignants du pôle est le deuxième facteur de fragilité des équipes : selon les informations recueillies, 27 % des infirmières du pôle avaient été renouvelées en 2017 et près de 17 % des aides-soignantes.

Lors de la visite, l'unité de jeunes adultes « les Oliviers » rouvrait après avoir été fermée pendant toute la durée des congés scolaires de fin d'année. Les patients qui n'ont pu passer les fêtes en famille avaient été répartis dans les autres unités du site qu'elles soient ouvertes ou fermées.

Ce type de décisions devenu systématique<sup>1</sup> pour les congés scolaires est motivé par le trop faible nombre de soignants présents.

### **Recommandation**

*Les fermetures d'unité décidées lors des congés en raison d'un trop fort absentéisme ne sont pas acceptables au regard de la prise en charge des patients.*

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Les postes non pourvus des paramédicaux, ainsi que la nécessité de permettre les congés annuels concourent à la fermeture annuelle d'une unité de soins de vingt lits (été et hiver). Ces fermetures annuelles permettent de planifier des travaux de réaménagement des unités de soins.*

#### 1.4.4 La formation des infirmiers

Dans ce contexte, les efforts de formation des infirmiers sont méritoires.

En effet, l'affectation en psychiatrie des nouveaux infirmiers est accompagnée, durant le premier mois, d'un tutorat par un infirmier expérimenté (souvent théorique en raison des problèmes décrits) et de formations obligatoires : enseignement à la clinique psychiatrique (trois sessions de trois heures), formation à la gestion de la violence, apprentissage de l'utilisation des logiciels de gestion des dossiers des patients (Orbis et Actipidos). D'autres pré requis sont listés dans la « check-list » des nouveaux arrivants qui vont de la connaissance des procédures de transport ou d'inventaire à la connaissance de la loi de juillet 2011 dont on ne sait pas comment elle est acquise.

Les formations continues du pôle relayent fortement la préoccupation de gestion de la violence. La formation OMEGA aurait été dispensée à plus de 70 % du personnel du pôle dont cependant la mobilité empêche une capitalisation. En revanche, aucune formation n'est proposée sur les droits des patients, complément intéressant à la thématique de la violence et permettant une approche du patient comme sujet de droit.

### **Recommandation**

*La formation du personnel aux droits des personnes en soins sans consentement doit être mise en place et ciblée sur les soignants des unités d'hospitalisation.*

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

---

<sup>1</sup> L'unité Les Magnolias, qui devait être fermée le 20 juillet 2018 l'a été dès le 8 juillet et jusqu'à la fin du mois d'août, conséquence d'un absentéisme accru du personnel.

*Depuis 2015, les actions de formation continue ont été prioritairement axées sur la prévention et la gestion de la violence. La formation Omega a été dispensée à plus de 75 % du personnel paramédical du pôle dont cependant la mobilité empêche la capitalisation.*

*Quant à la formation des droits des patients, des actions de formation ont été proposées par la direction « usagers risque qualité » à tous les pôles cliniques en 2016 et 2017 mais n'ont pas pu être organisées, l'encadrement du pôle étant dans l'impossibilité de détacher les professionnels (cf. fiche pédagogique).*

*L'encadrement supérieur du pôle s'est également formé le jeudi 6 octobre 2016 dans le cadre du programme module 8 « les droits des patients » du cycle de formation des cadres paramédicaux et administratifs de pôle.*

*Concernant les droits des patients en soins sans consentement, le psychiatre (pilote du processus « hospitalisation sans consentement ») a actualisé et communiqué l'ensemble des procédures aux équipes et a contribué en 2017 à l'évolution et l'intégration de tous les circuits et des certificats des soins sans consentement dans le cadre du déploiement du « dossier patient informatisé Orbis volet psychiatrie ». Les nouveaux psychiatres sont accompagnés dans cette démarche. Il était prévu qu'ils forment également les professionnels paramédicaux en 2017-2018 (programme d'amélioration qualité sécurité des soins 2016-2018 du pôle) mais ces actions n'ont pu se réaliser faute de temps disponible pour dispenser cette formation.*

*Ces actions de formation seront mises en place rapidement.*

## 2. LES DROITS DES PATIENTS

### 2.1 EN POURCENTAGE LE NOMBRE DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SELON LA PROCEDURE DU PERIL IMMINENT EST SUPERIEUR A LA MOYENNE NATIONALE

#### 2.1.1 Les patients et leur mode d'hospitalisation

L'établissement a fourni les chiffres et analyses suivantes sur le nombre de patients en en soins sans consentement pour l'année 2017. Sur 825 patients accueillis, 341 soit 41 % l'ont été en soins sans consentement. Ces 341 patients se partagent entre 313 sur décisions du directeur de l'établissement et 28 sur décisions du représentant de l'État.

Parmi les 313 sur décisions du chef d'établissement :

- 157 dans le cadre de la procédure des soins à la demande d'un tiers (SPDT);
- 59 dans le cadre de la procédure de soins à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) ;
- 86 dans le cadre de la procédure dite de « péril imminent » ;
- 11 en réadmissions.

Parmi les 28 sur décisions du représentant de l'État :

- 11 directement par le représentant de l'État (L3213-1 du code de la santé publique) ;
- 10 à la demande du maire (L3213-2 du code de la santé publique) ;
- 7 en réadmissions ;
- aucun à la demande de l'autorité judiciaire (L3213-7 du code de la santé publique).

Pour commenter ces chiffres, il convient de rappeler les chiffres nationaux sur la part respective des types d'hospitalisation sans consentement :

- 64 % de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (un ou deux certificats) ;
- 21 % « péril imminent » sans tiers ;
- 15 % soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

Puis sur la même période, les proportions relevées au CHU de Créteil sont les suivantes :

- 63 % pour les SPDT (un ou deux certificats) ;
- 25 % pour les « périls imminents » ;
- 8,2 % pour les SPDRE.

Le pourcentage de patients hospitalisés selon procédure dite du « péril imminent », c'est à dire sans tiers identifié est supérieur à la moyenne nationale et contraire au texte de loi et à l'esprit du législateur pour lequel la procédure de l'article 3212-1-II 2° du code de la santé publique (dite « péril imminent ») devait conserver un caractère exceptionnel.

### 2.2 UN SOUCI DE TRANSMISSION AUX PATIENTS HOSPITALISES D'UNE INFORMATION SUR LEUR STATUT ET LEURS DROITS RESPECTUEUSE DE LEUR ETAT

L'immense majorité des patients admis en soins sans consentement à l'hôpital A. Chenevier y sont orientés par le service des urgences psychiatriques de l'hôpital H. Mondor où ils se sont entretenus avec un médecin psychiatre qui les a informés de la décision dont ils faisaient l'objet. Leurs observations qui y ont été recueillies sont consignées dans le logiciel d'informations médicales. Les médecins psychiatres du service des urgences psychiatriques ne sont pas censés informer les patients de leurs droits, sauf si ces derniers restent dans leur service plus de 24 heures.

A leur arrivée au sein de l'hôpital A. Chenevier, les patients sont informés de la décision d'hospitalisation en soins sans consentement dont il leur est remis copie. Il leur est explicité ce qu'implique une telle hospitalisation ainsi que les droits y afférents.

Si les contrôleurs ont reçu et lu des informations divergentes sur la personne effectivement en charge de cette information, il semble que l'information soit délivrée par les soignants ainsi que les adjointes administratives du secrétariat des soins sans consentement en semaine et par le psychiatre de garde et l'équipe infirmière de l'unité en période de garde, c'est-à-dire en semaine après 18h30, les fins de semaine et jours fériés.

En tout état de cause, ces divergences ne semblent pas se traduire par un défaut d'information du patient. Ce dernier est effectivement informé de son statut ainsi que de ses droits dans les meilleurs délais.

Un formulaire type de l'AP-HP de notification de la décision d'hospitalisation sans consentement précise la situation juridique du patient, ses droits ainsi que ses garanties et voies de recours. Le patient reçoit copie de la décision ainsi que du formulaire qu'il est invité à signer. Mention de son éventuel refus de signer est portée sur le dit formulaire. Le contenu de ce formulaire est explicité au patient par l'agent qui le lui notifie. Les adjointes administratives jouent un rôle particulier d'explicitation du rôle et du contrôle exercé par le juge des libertés et de la détention (cf. *infra* § 3.1).

Le patient peut formuler des observations sans que celles-ci soient systématiquement suscitées. Lorsque le patient n'est pas en état de comprendre ces informations dans un délai de 24 heures à compter de son admission, il en est fait mention sur un formulaire idoine qui prévoit la mention selon laquelle l'état du patient ne lui permet pas de prendre connaissance et de recevoir en mains propres la notification de la décision d'hospitalisation en soins sans consentement, formulaire dont on notera qu'il n'est pas connu de tous les soignants. Le formulaire prévoit que soient retranscrites la date et l'heure à laquelle la notification aura finalement pu être effectuée.

Les patients sont ensuite informés au fur et à mesure de leur hospitalisation des décisions dont ils font l'objet (certificats médicaux de la période d'observation puis certificats mensuels).

Les contrôleurs ont observé le souci des adjointes administratives et des soignants de s'adapter à l'état du patient et de nouer avec une lui une relation de confiance respectueuse de sa personne. Les observations du patient ne sont pas systématiquement suscitées à chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant le projet de prise en charge.

### **2.3 UNE INFORMATION LOCALE CLAIRE, CONCISE ET ACCESSIBLE MAIS UN REGLEMENT GLOBAL TROP COMPLIQUE ET SURTOUT CONTRADICTOIRE AVEC LES REGLES DE VIE DES UNITES**

Le centre hospitalier dispose d'un volumineux règlement intérieur général de l'AP-HP qui n'est pas adapté aux patients hospitalisés au sein de l'établissement A. Chenevier.

On notera qu'existe un règlement intérieur propre aux unités fermées de l'hôpital A. Chenevier. Il mentionne une interdiction de principe du téléphone portable au sein des unités fermées qui apparaît en contradiction avec l'article 100 du règlement intérieur général qui dispose que les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice des libertés des personnes atteintes de troubles mentaux sont strictement limitées à celles nécessitées par l'état de santé et la mise en œuvre de leur traitement.

Les règles de vie sont explicitées au patient en insistant sur ce que recouvre la notion de soins sans consentement ainsi que sur les restrictions de liberté que ce mode d'hospitalisation peut entraîner.

Le livret d'accueil de l'hôpital A. Chenevier offre aux patients une information claire sur l'entrée, le séjour, la sortie de l'établissement mais également sur les modalités selon lesquelles le patient peut s'informer et agir. Deux formulaires détachables relatifs à l'obtention des documents médicaux ainsi qu'à la personne de confiance, y figurent. Un petit fascicule d'information spécifiquement dédié aux personnes hospitalisées sans leur consentement leur est remis à leur arrivée. Il précise leurs droits, garanties et voies de recours. Il est clair et concis.

#### **2.4 LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET REQUETES BIEN FORMALISE PERMET DES REPONSES DANS DES DELAIS RAPIDES ET FAIT L'OBJET D'UNE INFORMATION DETAILLEE LORS DES COMMISSIONS D'USAGERS**

Le traitement des plaintes et requêtes des patients est formalisé dès l'arrivée du patient et la remise du livret d'accueil. On peut y lire page 17 dans le chapitre « s'exprimer » un paragraphe sur les modalités pour déposer une réclamation et les suites éventuelles qui y seront réservées. Les plaintes ou réclamations orales sont prises en compte comme celles exprimées par écrit quel qu'en soit le support.

L'ensemble des réclamations est traité par la direction « usagers-risques-qualité » au niveau de l'établissement avec un relais au sein du pôle psychiatrie-addiction.

Pour le pôle psychiatrie, le nombre de plaintes et réclamations enregistrées s'élève à dix-neuf en 2015, douze en 2016 et quatorze en 2017.

Le délai moyen de réponses par courrier ou entretien a été de vingt et un jours en 2016 et seize jours en 2017.

Par motif, les réclamations de 2016 se classent ainsi :

- cinq pour l'accueil et l'organisation ;
- quatre pour les aspects médicaux de la prise en charge ;
- quatre pour les aspects paramédicaux de la prise en charge ;
- une pour le respect de la personne ;
- une relative à la vie quotidienne « perte/vol ».

Pour 2017 :

- quatre relatives à la vie quotidienne ;
- quatre pour les aspects médicaux de la prise en charge ;
- trois pour l'accueil et l'organisation ;
- deux pour les aspects paramédicaux de la prise en charge ;
- une relative au respect de la personne.

Une médiation en 2016 et une autre en 2017 ont été nécessaires.

L'ensemble de ces données est porté à la connaissance des représentants des patients ou des familles lors des commissions des usagers en précisant qu'il se tient en plus des commissions d'établissement une commission spécifique au pôle psychiatrie-addiction la dernière ayant eu lieu le 20 décembre 2017.

#### **2.5 UN REPRESENTANT DES USAGERS DEDIE AU POLE PSYCHIATRIE : UN LOUABLE SOUCI D'EFFICACITE**

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec l'un des quatre représentants des usagers en charge des différents pôles du centre hospitalier universitaire. Les représentants des usagers essaient en

conséquence de participer aux commissions des usagers de tous les services, et donc notamment du pôle de psychiatrie.

Le représentant affecté à ce pôle indique nourrir de très bonnes relations avec les médecins comme avec le personnel soignant. Il souligne le souci du service de relever le défi que constitue l'amélioration de la prise en charge des patients postérieurement à leur hospitalisation.

Il relate ne pas avoir été saisi de réclamation de la part des patients ou de leur famille si ce n'est pour des problèmes matériels de chauffage par exemple. Il précise ne pas avoir de contacts directs avec les patients tout en étant disposé à se rendre dans les unités si cela lui était demandé.

On notera que l'information des patients sur l'existence même de la commission des usagers mériterait d'être améliorée. Il en est certes fait mention dans le livret d'accueil dédié aux personnes hospitalisées sans leur consentement mais ce mode d'information n'est pas le plus efficace pour ces patients. Un affichage, plus accessible, pourrait utilement être mis en place.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Une affiche « des interlocuteurs à votre écoute » (communiquée par la direction « usagers-risques-qualité ») qui précise les membres et l'accès à la commission des usagers est diffusée dans une vitrine au sein de chaque unité de soins (en face de chaque poste de soins) en plus de la mention dans le livret d'accueil dédié aux personnes hospitalisées sans leur consentement.*

*Cet affichage devra être plus accessible au sein du service, notamment au niveau des sas d'attente à l'accueil de chaque unité de soins.*

#### **Bonne pratique :**

*L'hôpital a organisé en décembre 2017 une commission des usagers propre à la psychiatrie, permettant ainsi d'aborder spécifiquement les problématiques soulevées par cette spécialité.*

## **2.6 LA MISE EN ŒUVRE DES PROCEDURES DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PEUT LARGEMENT ETRE AMELIOREE**

Le livret d'accueil de l'hôpital Albert Chenevier contient un formulaire détachable aux fins de désignation d'une personne de confiance. Le rôle de cette personne y est clairement exposé. Le patient est invité à indiquer les coordonnées de cette personne. Il est en outre précisé qu'« *il appartient au patient d'informer la personne qu'il entend désigner et de s'assurer de son accord* ». La direction de l'hôpital fait preuve d'implication sur cette question qui compte parmi les critères d'évaluation de la qualité des dossiers des patients.

Il résulte cependant des « *résultats IQSS\* 2016* » (\*Indication pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé) que le critère de la mention de la protection juridique et des personnes désignées (personnes à prévenir et personne de confiance) apparaît le moins bien noté.

En pratique, les soignants ne s'impliquent nullement dans la procédure de désignation. Il appartient aux internes de remplir les informations relatives à la personne de confiance dans le dossier informatisé du patient. Trois rubriques sont à cet égard prévues : « information », « désignation » et « incapacité ». L'interne est donc supposé donner l'information ou vérifier qu'elle a été reçue, auquel cas il coche « oui ». S'il a constaté qu'elle n'a pas été fournie et qu'il ne la donne pas lui-même, – ce dont on ne peut que s'étonner –, il coche « non ».

Or il résulte de la consultation des dossiers que ces rubriques ne sont pas toujours renseignées. On peut dès lors en conclure que soit l'information n'est pas systématiquement donnée aux patients, soit elle n'est pas systématiquement tracée.

Alors que le dossier informatisé permet théoriquement de suivre précisément la procédure de désignation d'une personne de confiance, le recueil des informations se révèle donc lacunaire et manque de suivi.

### **Recommandation**

*Si la direction de l'hôpital entend promouvoir la procédure de désignation de la personne de confiance, il convient d'améliorer ses modalités d'application pratique qui, demeurant lacunaires, ne permettent pas d'appréhender l'information effective des patients sur cette question.*

## **2.7 L'ACCES AU VOTE A ETE FACILITE PAR UNE INFORMATION PREALABLE PUIS DES PERMISSIONS DE SORTIE OU DES PROCURATIONS**

Pour les scrutins de 2017 (élections présidentielles puis législatives), une note de service datée du 18 avril 2017 de la direction générale du centre hospitalier universitaire Henri Mondor rappelait les modalités d'établissement des votes par procuration pour l'ensemble des patients en médecine générale ou en psychiatrie. La venue de policiers agréés pour le recueil des procurations était annoncée. Était jointe à cette note une affichette invitant les patients désirant connaître les modalités de vote par procuration à se mettre en rapport avec le cadre de santé du service. Il a également été mis à disposition des médecins un modèle de certificat médical pouvant servir de justificatif à l'impossibilité de se déplacer au commissariat pour y effectuer la formalité.

Dans les services ouverts de l'hôpital Albert Chenevier, les patients qui ont désiré aller voter ont bénéficié, pour ceux qui n'en avaient pas, de permission de sortie. Dans les deux unités fermées, les patients ont soit été autorisés à sortir pour l'occasion, soit ont déposé une procuration au bénéfice d'un proche de leur choix. Aux Mélèzes, trois patients ont voté ainsi (deux par procuration, une grâce à une permission de sortie), aux Érables il a été estimé qu'un quart des patients présents environ avaient été concerné par l'une ou l'autre de ses deux possibilités.

## **2.8 L'ACCES AUX CULTES EST PREVU ET ORGANISE**

Le livret d'accueil spécifique de l'hôpital Albert Chenevier précise sur les conditions d'accès au culte : « *L'hôpital est un service public soumis au principe de laïcité. Chaque usager est libre d'exprimer ses convictions religieuses à condition de respecter le bon fonctionnement du service, la sécurité des soins, et la tranquillité de ses voisins. La présence de divers cultes et religions est organisée à l'hôpital. Les personnes hospitalisées peuvent appeler le bureau des aumôneries qui préviendra les responsables concernés par leur demande.*

*Elles peuvent également s'adresser au personnel soignant pour effectuer cette démarche (poste 18070). La chapelle, située au sous-sol des pavillons Foix et Pagniez, est ouverte tous les jours. La messe est célébrée le dimanche à 10h15 à la salle Arc-en-ciel, pavillons Chiray et Sergent (accompagnement assuré par des bénévoles). Il est souhaitable de se faire connaître d'avance, aux infirmières et/ou service aumônerie (poste 18070). Cultes : catholique, israélite, musulman, protestant. »*

Les possibilités d'accès aux différents cultes sont également affichées dans les unités. Il a été indiqué aux contrôleurs que la difficulté principale était l'accès au culte musulman en l'absence d'interlocuteur identifié. Pour les autres, l'accès au culte se déroule dans les conditions prévues par le livret d'accueil sans difficulté majeure.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Un interlocuteur privilégié du culte musulman est désormais identifié au sein de l'établissement comme pour les autres cultes.*



Figure 3 : la salle « arc-en-ciel » pavillon Chiray et Sergent

## 2.9 LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS EST EXCLUSIVEMENT ASSURÉE PAR DES TUTEURS OU CURATEURS EXTERIEURS A L'ÉTABLISSEMENT

Il n'existe pas au sein du centre hospitalier universitaire Henri Mondor de service des tutelles. Les patients qui font l'objet d'une mesure de protection juridique ont donc des tuteurs ou curateurs extérieurs à l'établissement, mais tous bénéficient des services de la régie de l'hôpital (cf. *infra*. § 5.3.2), dès lors qu'il s'agit de récupérer des espèces.

Le travail de repérage des patients qui ont besoin d'une protection juridique est effectué par les assistantes sociales et débattu ensuite dans les réunions de synthèse. Lorsque la mesure est prise ou pour les patients déjà sous protection c'est également l'assistante sociale qui prend en charge les relations avec les tuteurs et curateurs.

Globalement, il est fait état de difficultés récurrentes avec les mandataires institutionnels qui ont un nombre conséquent de dossiers en gestion et ne peuvent répondre rapidement aux sollicitations des patients notamment pour les achats de tabac.

### 3. LES CONTROLES DU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

#### 3.1 LES AUDIENCES DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION PERMETTANT UN VERITABLE CONTROLE DES MOTIVATIONS DE L'HOSPITALISATION COMPLETE DANS LE RESPECT DES PATIENTS

Les patients sont bien informés du rôle du juge des libertés et de la détention (JLD). Les adjointes administratives du secrétariat des soins sans consentement prennent le soin de l'expliquer aux patients au cours d'un entretien spécialement prévu à cet effet. Les patients sont également informés des modalités d'appel de la décision qui sera rendue. Si les contrôleurs n'ont pas assisté à l'un de ces entretiens, ils ont pu constater lors de l'audience à laquelle ils ont assisté que les patients ne paraissaient pas angoissés.

Tous les patients sont assistés d'un avocat, dans la majorité des cas commis d'office. Afin d'assurer la présence obligatoire d'un avocat aux côtés du patient, le barreau de Créteil a mis en place un système de permanence qui, de l'avis de tous, fonctionne bien.

Les avocats disposent de bureaux pour s'entretenir avec leurs clients dans la partie administrative du pôle de psychiatrie. La confidentialité des échanges y est parfaitement assurée.

Les audiences se tiennent tous les vendredi matin dans la bibliothèque du pôle psychiatrie, également appelée « salle d'audience ». Lorsque le délai impose une audience avant le vendredi les patients sont amenés au groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif (Val-de-Marne). Un panneau indique dans le couloir qu'il s'agit d'une « annexe du tribunal de grande instance de Créteil ». Cette salle, claire et calme, se prête parfaitement à cet emploi. Cette salle faisant partie du bâtiment du pôle de psychiatrie, les patients y sont accompagnés à pied par les soignants.

Un système d'audience foraine quotidienne a été mis en place entre les établissements psychiatriques du ressort du TGI de Créteil. Si les délais requièrent que l'audience se tienne avant le vendredi, les patients sont transférés au sein de l'hôpital où se tient l'audience. Les équipes s'emploient à éviter un tel transfert mais ce n'est pas toujours possible. D'après les renseignements obtenus, environ un patient par quinzaine est ainsi transporté dans un autre établissement afin que le contrôle du JLD puisse s'exercer dans les délais légaux.

Le caractère public de l'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs pourrait être remis en cause dans la mesure où la porte de la salle n'a pas été laissée ouverte. Si les avocats portaient la robe, tel n'était pas le cas du magistrat, sans doute dans un souci d'apaisement des patients.

L'audience s'est déroulée dans le calme. Le magistrat a expliqué au patient son rôle ainsi que ce qu'il est à ce titre amené à contrôler. Il a exposé aux patients les conclusions des médecins et s'est entretenu avec chacun des patients, leur demandant notamment leur avis sur la poursuite de l'hospitalisation complète dont ils faisaient l'objet. Le JLD a ordonné des expertises lorsqu'il ne s'estimait pas suffisamment éclairé par les éléments mis à sa disposition. Le magistrat a statué sur le siège, expliquant sa décision au patient et lui en remettant copie. D'autres magistrats mettent leur décision en délibéré.

Il est à noter qu'un représentant de l'hôpital est systématiquement présent à l'audience. Il s'agit la plupart du temps de la cadre administrative du pôle psychiatrie. Son avis a été sollicité par le magistrat en particulier lorsqu'il s'est agi de retracer le parcours d'hospitalisation du patient au sein des différentes unités (ouvertes/fermées). Ce concours était d'autant plus éclairant que la représentante présente faisait montre d'une très bonne connaissance des patients hospitalisés. Cette présence active est d'ailleurs saluée par le JLD avec lequel les contrôleurs ont pu s'entretenir. Les échanges qui interviennent à l'occasion de l'audience permettent en outre un

meilleur suivi de la prise en charge des patients, y compris au plan social. Le magistrat indique en revanche que les tuteurs ne viennent pas à l'audience. Il regrette enfin le style souvent très « télégraphique » des certificats médicaux établis au sein de cet établissement et souligne en avoir déjà fait part à la direction.

Le pourcentage de décisions de mainlevées est faible. Ainsi en 2016, 323 patients ont été convoqués, 234 se sont effectivement présentés. 282 décisions de maintien ont été ordonnées, trois décisions de levée avec mise en place d'un programme de soins et deux décisions de mainlevée. En 2017, sur 280 patients effectivement présentés, 221 ont été maintenus en hospitalisation complète. Cinq décisions de mainlevée avec programme de soins ont été prises et deux décisions de mainlevée.

### **3.2 LONGTEMPS SANS ACTIVITES, LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DU VAL-DE-MARNE ASSUME DORENAVANT SES COMPETENCES ET ASSURE LES MISSIONS QUI LUI SONT DEVOLUES.**

Il avait pu être mesuré en juin 2016 lors d'une visite d'un autre établissement psychiatrique du Val-de-Marne que dans ce département la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne se réunissait plus depuis plusieurs années et n'assumait plus ses missions.

La visite du pôle psychiatrie du centre hospitalier universitaire de Créteil a permis de constater que la situation avait très favorablement évolué, puisqu'une CDSP à la composition renouvelée avait en 2017 visité l'hôpital Albert Chenevier le 13 novembre de 9h à 14h.

Ce jour-là, la CDSP a rencontré dix patients qui en avaient fait la demande, examiné et visé le registre de la loi, visité et décrit les unités fermées puis dans un rapport de six pages au format A4 rapporté ses observations et émis des conclusions.

Dans ces conclusions il y est notamment écrit :

*« Il n'y a pas à Mondor un centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) clairement identifié, comme cela existe à l'hôpital Sainte-Anne qui accueille, évalue et transfère sur le secteur dédié alors que Mondor joue en partie ce rôle.*

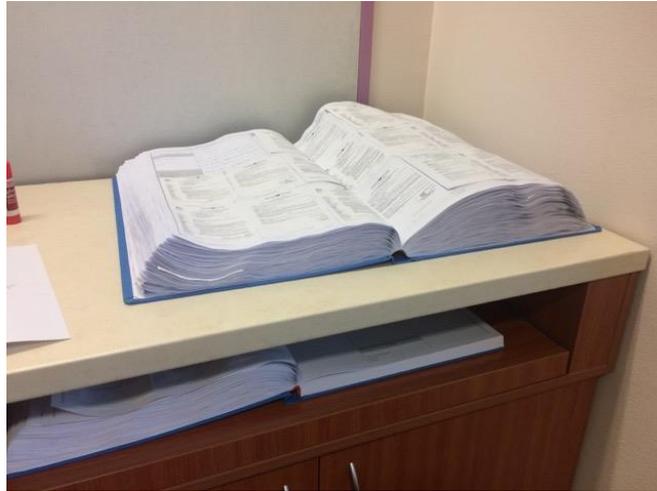
**Préconisations :** *Du fait de l'importance du nombre de lieux de soins psychiatriques dans notre département et de leur morcellement, envisager la création d'un service unique et intersectoriel d'urgence psychiatrique faciliterait l'accès aux soins, notamment sous contrainte. Le regroupement sur un même lieu de tous les moyens de la psychiatrie de garde permettrait aussi, en partenariat avec le SAMU, une intervention en urgence au domicile du patient.*

Le président de la CDSP a indiqué que la commission avait visité en 2017 l'ensemble des sites de son ressort territorial, et qu'avant la venue de la commission dans l'hôpital Albert Chenevier la visite avait largement été annoncée comme en témoigne le nombre de patients reçus.

### **3.3 LES REGISTRES DE LA LOI SONT TENUS AVEC RIGUEUR ET PERMETTENT UNE EXCELLENTE TRAÇABILITE DES SOINS SANS CONSENTEMENT**

Les registres de la loi sont tenus pour l'ensemble du pôle psychiatrie par le bureau des entrées. Il s'agit de livres cartonnés format A2 composés de 100 feuillets numérotés. Un registre est consacré aux soins sans consentement sur décision du chef d'établissement et l'autre aux soins sans consentement sur décision du représentant de l'État.

Il est consacré à chaque patient une double page, sur lesquelles il est collé l'ensemble des décisions concernant son hospitalisation. Pour des motifs de bonne tenue, chaque document de format A4 est réduit lors de la photocopie.



*Figure 4 : les registres de la loi*

L'ensemble des documents est collé chronologiquement. Lorsque la double page consacrée à un patient est entièrement remplie, il est fait mention du report à un autre numéro de page voire à un autre registre.

De l'examen des derniers registres SDRE ou SDT, il apparaît que l'ensemble des documents concernant l'hospitalisation est apparent sur le registre, la seule exception étant les documents relatifs aux sorties de 24 ou 48h qui sont conservés dans les dossiers. Les levées définitives sont par contre bien reportées.

Il n'a pas été relevé de l'examen des deux derniers registres ouverts<sup>2</sup> de carence ou d'erreur, au contraire. L'ensemble est tenu avec soin et permet un bon suivi des hospitalisations sans consentement.

Les observations suivantes ont pu être dégagées de l'examen des registres :

- les programmes de soins sont apparus conformes à leur vocation voulue par le législateur et rappelée par la cour de cassation dans l'arrêt du 4 mars 2015, l'hospitalisation y est l'exception ;
- à quatre reprises pendant l'année 2017 le préfet du Val-de-Marne a fait usage de son droit d'exiger un second certificat médical pour une levée de soins ;
- lors de l'application de la procédure dite du « péril imminent » il est établi un imprimé qui fait état des recherches vaines d'un tiers ;
- les certificats médicaux mensuels, particulièrement pour les patients en programme de soins, sont souvent mois après mois des copiés-collés.

Les registres examinés n'ont pas été visés par le maire de Créteil, ni par le président du tribunal de grande instance, ni par le préfet. La seule autorité dont la signature apparaisse est celle du président de la commission départementale des soins psychiatriques du Val-de-Marne le 13 novembre 2017. Mais il a été précisé que l'autorité judiciaire visitait l'établissement deux fois par an et signait ponctuellement le registre de la loi.

---

<sup>2</sup> Le numéro 4 pour les SDRE commencé le 4 janvier 2017 et le numéro 26 pour les SDT commencé le 20 avril 2017

Dans son compte rendu sur la visite de l'hôpital Albert Chenevier, effectuée ce jour-là, la CDSP a relevé la « *bonne tenue* » des registres ainsi que « *l'absence d'irrégularités* ».

### **3.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE SE REUNIT EFFECTIVEMENT**

Le collège des professionnels de santé est constitué d'un médecin de l'unité dans laquelle se trouve le patient, d'un médecin d'une autre unité et d'un soignant. C'est cette composition qui a été indiquée aux contrôleurs au sein des unités, et c'est également ce qui a été constaté dans le registre de la loi le 15 novembre 2011 pour un patient en soins sans consentement à la suite d'une déclaration judiciaire d'irresponsabilité pénale.

Au bureau des soins sans consentement, il a été indiqué que le collège dans cette composition se réunissait effectivement en général entre midi et 14h et qu'il était arrivé que l'avis du médecin extérieur à l'unité se révèle particulièrement utile pour la poursuite de la prise en charge.

### **3.5 À L'INVERSE DE L'AUTORITE ADMINISTRATIVE ET DU MAIRE DE CRETEIL, L'AUTORITE JUDICIAIRE VISITE DEUX FOIS PAR AN L'ETABLISSEMENT**

L'autorité judiciaire du siège ou du parquet du tribunal de grande instance de Créteil visite l'hôpital Albert Chenevier selon une régularité de deux fois par an, en visant ponctuellement le registre de la loi.

Par contre, ni l'autorité administrative du département, ni le maire de Créteil ne se sont rendus sur les lieux.

## 4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 4.1 LES PREOCCUPATIONS SECURITAIRES DE L'ETABLISSEMENT PREVALENT SUR LES CONSIDERATIONS CLINIQUES POUR LIMITER LA LIBERTE DE CIRCULATION DES PATIENTS

#### 4.1.1 Le cadre architectural

L'organisation architecturale de l'hôpital prend en compte une logique de séjours longs de patients ingambes comme en difficulté motrice : le parc offre des espaces végétalisés de déambulation accessibles à des personnes circulant en fauteuil roulant comme peuvent l'être les patients des services de soins de suite et de réadaptation.

On y pénètre par l'entrée des véhicules, ou encore, à certaines heures de la journée, par un portillon donnant sur le chemin d'accès à la station de métro. L'agent de sécurité qui se tenait à proximité de ce portillon pendant la visite n'exerce pas plus de contrôle que ceux gardant le portail d'entrée. Cette facilité d'accès permet aux patients qui y sont autorisés d'y donner rendez-vous à leurs visiteurs hors des unités de séjour, pour des moments de rencontre familiaux ou amicaux ou des commerces moins salutaires. A l'intérieur du parc, les patients autorisés à sortir de leur unité d'hospitalisation peuvent se rendre librement dans tous les bâtiments, singulièrement à la cafétéria et à la banque des patients ; de même, ils peuvent quitter l'établissement sans difficulté.

L'agrément du cadre architectural du service psychiatrique est sensiblement moindre. Les bâtiments des unités sont en vis-à-vis de bâtiments à usage administratif dont ils sont séparés par un espace de moins de 10 m, partiellement abrité et qui s'apparente à une coursive. Cet espace, largement utilisé comme déambulatoire et fumoir par les patients, est meublé de quelques bancs ; il est séparé du parc de l'hôpital par une grille qui est en permanence ouverte dans la journée.

#### 4.1.2 La liberté d'aller et venir

Les patients hébergés dans les unités ouvertes peuvent, en principe, en sortir librement pendant les plages d'ouverture : 7h30 à 20h45. Toutefois, ces unités sont fermées pendant que les soignants interviennent en chambre d'isolement et dans ces moments, le personnel disponible pour ouvrir la porte est *ipso facto* restreint. Par ailleurs, des prescriptions « *non sortie* » peuvent néanmoins être prises pour des patients de ces unités. L'hébergement aux Cèdres ou au Magnolias n'entraîne donc pas systématiquement liberté de sortir.

Les patients des unités fermées ne peuvent en sortir que sur prescription médicale, « *Permissions de parc* », avec ou sans accompagnement. Mardi 9 janvier, à l'unité Les Mélèzes, sur vingt patients, cinq n'avaient pas le droit de sortir.

L'accès au patio-coin fumeur ou à la grande cour n'est pas non plus libre : le souci de prévenir les fugues est si préoccupant pour les équipes que les patients ne peuvent profiter de l'air libre de ces espaces que lorsqu'un soignant s'y tient également pour en assurer la surveillance et que les conditions météorologiques le permettent. Faute de soignant disponible à cette fin, l'accès à ces espaces extérieurs est considérablement limité, notamment pour fumer (cf. *infra*. § 4.2.3).

La proximité des moyens de transport, qui permettent aux patients fugueurs de s'éloigner rapidement de l'établissement, rend les conséquences des fugues potentiellement particulièrement dommageables pour les patients (errances, vulnérabilité, consommations de toxiques). La préoccupation de l'établissement de les éviter est justifiée dans son principe. Les modalités mises en œuvre, enfermement strict, le sont moins.

Dans la journée, l'accès aux chambres est laissé libre – sauf pour les patients clinophiles – mais interdiction est posée de ne pas se rendre dans la chambre d'un autre patient. La configuration des lieux ne permet pas toujours aux soignants de surveiller les intrusions, ce dont des patients se sont plaints auprès des contrôleurs.

### **Recommandation**

*Le souci de l'établissement de limiter les fugues et d'éviter leurs conséquences néfastes aux fugueurs ne doit pas conduire à un enfermement exagérément strict des patients. Ceux-ci, quelle que soit leur unité d'hébergement, doivent, sans restriction, avoir accès à un espace à l'air libre, ce durant la plus grande partie de la journée.*

## **4.2 LES RESTRICTIONS TRES STRICTES QUI PESENT SUR LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS NE SONT PAS INDIVIDUALISEES EN FONCTION DE L'ETAT CLINIQUE DE CHACUN**

Les conditions de vie des patients diffèrent sensiblement selon leur unité d'hébergement. En unité ouverte, les restrictions se conjuguent avec les conséquences de la liberté de sortie.

En unité fermée, la situation est plus claire : la règle est la restriction sur la plupart des aspects de la vie quotidienne.

Les principes appliqués ne sont pas clairement perçus par les soignants qui témoignent d'un certain flottement dans leurs affirmations.

### **4.2.1 Le maintien des liens avec l'extérieur**

Ainsi, s'agissant du téléphone portable, il a été indiqué à l'unité des jeunes adultes (UJA) que selon le principe du pôle, en unité ouverte le téléphone est de droit, le retrait est individualisé sur prescription médicale. C'est donc ce principe qui est appliqué à l'UJA. Pourtant, à l'unité les Cèdres (ouverte), il a été précisé que les patients disposent de leur téléphone sur prescription en relevant que, de fait, la plupart en disposait.

Dans les unités fermées, aucun patient ne peut conserver son téléphone personnel. Les appareils sont conservés dans le coffre du service administratif du pôle. Les patients peuvent y accéder sur autorisation médicale et à condition que quelqu'un aille chercher leur téléphone pour le leur laisser consulter (et évidemment à condition que le téléphone soit chargé ...). Un poste mural à cartes est installé sur le mur en face du poste de soins. Les patients autorisés (sur prescription médicale) à téléphoner l'utilisent, les familles appellent le patient à ce numéro. La personne qui passe devant le poste et entend sonner décroche et, si elle en est capable, va chercher le destinataire de l'appel. La situation du poste ne permet aucune confidentialité des conversations, d'autant moins que les patients, totalement désœuvrés, déambulent ou se tiennent volontiers à proximité.

Le téléphone fonctionnant avec des cartes, ceux qui sont autorisés à téléphoner peuvent en prêter à ceux qui ne le sont pas, ce qui relativise la pertinence des restrictions, même si les soignants peuvent surveiller. Si les patients n'ont pas les moyens d'acheter une carte, il est toléré qu'ils appellent depuis le poste de soins afin de se faire rappeler au numéro du poste de téléphone.

Mardi 9 janvier 2018, à l'unité Les Mélèzes sur vingt patients, cinq n'avaient pas le droit de téléphoner.

S'agissant du courrier, en revanche, aucune restriction n'est opérée au départ ou à l'arrivée d'une correspondance. L'adresse de l'unité pour s'y faire expédier des lettres est explicitée dans les

« règles de vie ». Les courriers des patients sont transmis au vagemestre qui les envoie et l'hôpital affranchit les plis des indigents.

Les patients des unités ouvertes peuvent rencontrer leurs proches dans le parc, sans qu'aucune restriction ne puisse matériellement y être apportée. Pour les autres, les visites sont possibles sur prescription médicale, de 13h30 à 20h – avec une grande souplesse notamment sur les matinées, avec deux visiteurs au maximum. Elles se déroulent dans la salle polyvalente – sans aucune intimité – ou dans le sas notamment lorsque ce sont des visites potentiellement problématiques (reprises de contact, par exemple) ou encore lorsqu'il y a des enfants de moins de 15 ans (non admis à pénétrer dans les unités). Les visites des proches sont fréquemment interdites pendant la période d'observation. Une première d'une durée de 30 mn a lieu sous observation. La durée augmente progressivement, puis le cadre est ouvert aux sorties extérieures. Les soignants témoignent de leur souci de ne pouvoir vérifier si le visiteur est bien celui autorisé dans la mesure où on ne peut faire de contrôle d'identité et que des produits stupéfiants peuvent être apportés par les visiteurs.

#### 4.2.2 La vie collective

La configuration des lieux rend la vie de groupe particulièrement pesante : les patients partagent un unique espace collectif, dans lequel le téléviseur est constamment allumé, le son se mêle, le cas échéant, à celui de la balle sur table de ping-pong ou dans le baby-foot. Les patients « se mettent d'accord » sur la chaîne regardée. La lecture – des livres sont disposés sur des rayonnages – ne peut se faire tranquillement qu'en chambre.

Les repas sont servis à heures fixes. Par ailleurs à la demande du patient, le petit-déjeuner peut ne pas lui être servi afin de respecter son sommeil matinal. Les places à table sont librement choisies.

#### 4.2.3 Le tabac

Les conditions dans lesquelles les patients peuvent fumer témoignent de la rigidité de la prise en charge. Aucune interdiction n'est possible en pratique pour ce qui est considéré comme « *le nerf de la guerre* ». Un sevrage est proposé mais les patients n'en veulent pas.

Fumer à l'intérieur des locaux est évidemment interdit et sanctionné au risque d'exacerber les violences.

Les patients qui peuvent sortir ou les familles achètent le tabac. Sinon, l'équipe va retirer de l'argent à la régie et les achats éventuels sont effectués par l'équipe des « transversaux ».

Dans les unités ouvertes, les soignants gèrent l'accès au tabac les patients qui le nécessitent (vols, consommation exagérée notamment au regard des moyens financiers). Les patients sortent de l'unité pour fumer ce qui devient donc impossible après 20h45 : il a été indiqué que l'escalier descendant vers les cours n'est pas accessible aux patients même si un cendrier est disposé à son entrée.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*L'escalier descendant n'est pas accessible aux patients après 20h45 car des chutes de patients ont déjà eu lieu et les soignants ne peuvent surveiller les allers et venues des patients.*

Dans les unités fermées, les cigarettes sont conservées par patient, dans des bannettes individualisées et nominatives. Elles sont redistribuées selon le rythme suivant (mentionné dans les règles de vie) : trois après le petit déjeuner, deux après le déjeuner, deux à 16h (goûter), deux à 20h et deux à la tisane (mais les soignants de jour ne sont pas certains que cette distribution ait bien lieu). En outre, deux cigarettes sont distribuées pour les sorties de parc de 30 mn, quatre pour les sorties d'une heure et une par séance d'activité (ergothérapie, psychomotricité ou gymnastique). Le règlement précise « aucune cigarette n'est distribuée en plus, y compris pour dépanner les patients qui n'en ont pas ». Les patients qui roulent leurs cigarettes le font au moment des distributions et il est veillé à ce qu'ils n'en roulent pas plus que le nombre prévu par distribution et cachent le surplus dans leur poche.

Les cigarettes sont fumées dans la courette dépourvue d'auvent, ouverte à heures fixes (9h, 11h, 13h30, 15h, 16h, 18h, tisane) durant 20 à 30 mn et sous la surveillance d'un soignant qui les allume. Donc, pour fumer à chaque ouverture, il faut avoir conservé des cigarettes des distributions précédentes.

### **Recommandation**

*Les restrictions apportées aux libertés des patients dans leur vie quotidienne sont singulièrement nombreuses et rigides. Leur application générale, et non justifiée par l'état clinique de chaque patient, les rend en tant que telles inacceptables. Outre qu'elles rendent l'hospitalisation particulièrement pesante pour les malades, les modalités de leur mise en œuvre font prévaloir la surveillance sur le soin dans les missions des soignants, dérive démobilisante pour ces derniers.*

### **4.3 LE PORT DU PYJAMA N'EST IMPOSE QU'EN CHAMBRE D'ISOLEMENT**

Pendant la visite, les contrôleurs n'ont rencontré aucun patient portant de pyjama sur prescription médicale. Il a été indiqué que les seules obligations à ce niveau concernaient les séjours en chambre d'isolement pour des raisons de sécurité.

### **4.4 LE CHOIX DU MEDECIN EST LIMITE PAR L'ORGANISATION DES UNITES**

Un interne référent est désigné pour chaque patient lors de son arrivée.

Il est difficile pour un patient de changer de médecin même si deux seniors interviennent dans chaque unité. Changer d'interne référent est envisageable mais compliqué car il est considéré que l'interlocuteur serait toujours le « persécuteur » pour le patient. Néanmoins, il est possible de changer de médecin ou d'équipe si des difficultés de prise en charge sont constatées mais jamais sur la demande du patient.

La consultation du dossier médical est une procédure totalement formalisée qui fait l'objet ensuite de compte-rendu lors des commissions des usagers.

En 2017, quarante-trois demandes de consultations ont été formulées, elles ont toutes été satisfaites dans un délai moyen inférieur à un mois.

## 5. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS

### 5.1 LES CONDITIONS MATERIELLES D'ACCUEIL SONT UNIFORMEMENT PEU PROPICES A UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE

#### 5.1.1 L'organisation des unités

##### a) Les chambres

Les plans des unités sont identiques, trois unités sont en rez-de-chaussée et les deux autres – Magnolias et Cèdres – sont au premier étage, superposées aux unités « Les Oliviers » et « Les Erables ».

Ces pièces sont différemment affectées selon les unités, ce qui conduit à un nombre de chambres qui diffère de treize à quinze ; dans chaque unité on compte des chambres doubles, sept dans les deux unités ouvertes, six aux Magnolias et cinq aux Oliviers.

Chaque chambre offre à chaque patient un lit – surmonté d'une rampe lumineuse s'il est placé en dessous de celle-ci – et une table de chevet. Une armoire en deux parties de 0,50 m de large, chacune pour un des patients, une table, une chaise et une corbeille complètent le mobilier. Les patients ne peuvent pas fermer à clef la porte de leur partie d'armoire ; les soignants doivent donc régler les problèmes de vols entre patients. Il a été indiqué que ceux-ci peuvent demander que leur partie d'armoire soit fermée. Les soignants disposent d'un passe qui ouvre tous les placards donc non remis aux patients.

La fenêtre est en six parties, trois en haut et trois en bas : celle du milieu en haut peut s'ouvrir mais elle est protégée par des claies et barreaudée. Les battants hauts de chaque côté ne font que 10 cm de large mais peuvent être ouverts par les occupants.



Figure 5 : une chambre double



Figure 6 : armoire pour deux patients

Les sols sont en balatum, souvent usé et laissant apparaître le béton qu'il recouvre.

Chaque chambre comporte une salle d'eau qui offre un lavabo en céramique surmonté d'une tablette et d'un miroir en métal poli, des toilettes avec abattant, des patères, un porte-serviettes, un radiateur. L'équipement est le même, que la chambre soit double ou individuelle. Les soignants signalent des difficultés ponctuelles mais récurrentes pour obtenir de l'eau chaude. Certaines pommes de douches orientent le jet trop près du mur de sorte que les patients ont du mal à se mouiller ce qui pose problème, singulièrement pour les patients souffrant d'incurie donc déjà peu enclins à se doucher. La plupart des salles d'eau reçoivent la lumière du jour par un œil-de-bœuf.

Les infirmiers indiquent qu'ils ne sont pas censés distribuer des kits hygiène, la famille doit pourvoir aux besoins. Néanmoins, les unités disposent en effet de produits d'hygiène qui peuvent être fournis aux patients dépourvus, même si les soignants affirment qu'ils sont prévus : doses de gel douche, shampoing, dentifrice, peigne, pyjamas en papier. Il a été indiqué que, parfois, ce matériel n'est pas livré.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Un recensement hebdomadaire est réalisé par l'aide-soignant pour les patients et le matériel livré le vendredi matin.*

Un vestiaire a été constitué par les dons de vêtements usagés faits par le personnel qui peuvent être donnés en dépannage. Malheureusement, les donateurs n'imaginent pas apporter des gants et serviettes de toilette, on donne donc un drap et des gants jetables aux patients qui n'en ont pas.

Pour le linge, il sera confié aux familles ou lavé dans la laverie située dans le bâtiment principal et donc accessible aux patients des unités ouvertes. Le coût s'élève à 3 euros le lavage, 1 euro le séchage. L'unité des Mélèzes dispose d'un lave-linge (pas de sèche-linge) pour les personnes qui n'ont pas de famille pouvant entretenir leur linge et pas d'argent pour utiliser la laverie du pôle.

Les locaux sont entretenus (sols et sanitaires) par les agents d'une entreprise extérieure. Ils sont dans un état de propreté correct.

Les patients ne peuvent s'enfermer dans leur chambre ; la pose de verrous de confort a été vainement demandée. Certains se sont plaints d'intrusions d'autres patients la nuit et même dans la journée.

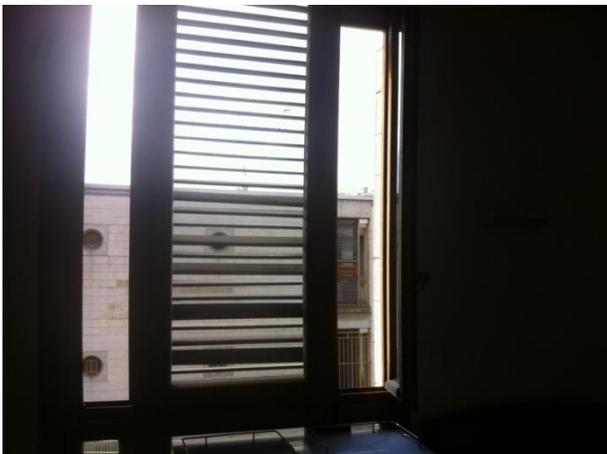


Figure 7 : fenêtrage de chambre



Figure 8 : salle d'eau

Une chambre de l'unité est médicalisable (arrivée d'oxygène).

Un problème général d'aération est souligné par les patients. Il est constaté dans les chambres comme dans la grande salle polyvalente.

#### *b) Les locaux collectifs et professionnels*

Les locaux de chaque unité sont précédés d'un vaste vestibule éclairé par une fenêtrage et meublé de fauteuils bas et d'une table basse. Du matériel y est également entreposé : lits d'appoint, tables de ping-pong ou autre. Ce vestibule dessert un bureau médical et la porte d'entrée proprement dite de l'unité. Dans les unités fermées, les deux portes, celle d'accès au vestibule

et celle d'accès à l'intérieur de l'unité sont fermées et l'ouverture doit en être demandée par un interphone placé à l'extérieur.

Les locaux sont organisés autour d'une pièce de vie qui sert à la fois de réfectoire, de salle d'activité, de salon de télévision (qui est allumée toute la journée), éventuellement de salon pour les visiteurs voire de bureau d'entretien pour les IDE, les aumôniers ou autres intervenants. Les patients des unités fermées hébergés en chambre double n'ont donc aucune possibilité d'intimité ou d'isolement du bruit et des autres patients.

Les chambres sont réparties par quatre ou cinq dans trois îlots desservis pour deux d'entre eux, directement depuis la salle de vie, le troisième – plus important que les deux autres – est à l'écart, accessible depuis le couloir d'entrée ; il comporte la chambre d'isolement (servant d'entrepôt aux Oliviers) ainsi que les locaux de stockage.

Le poste de soins est installé à l'extrémité du couloir d'accès, faisant angle avec la salle de vie ; deux de ses murs sont vitrés à mi-hauteur, donnant une visibilité, depuis l'intérieur, sur ce couloir et sur la salle de vie.



*Figure 9 : les Magnolias salle de vie côté activités*



*Figure 10 : les Magnolias salle de vie côté réfectoire*

Pour les unités situées en rez-de-chaussée, un petit patio et une cour sont accessibles également depuis la salle centrale.

Les cours sont vastes, arborées, engazonnées et équipées de mobilier de jardin ; des espaces de jardinage y sont aménagés. Le patio est une courette entourée de grillages, c'est, en pratique, le coin fumeurs (Cf. § 4.2.3).



Figure 11 : le patio "coin fumeurs" de l'unité "Les Oliviers"

Pour les unités en étage, un escalier dessert, depuis la salle de vie, la cour des unités du rez-de-chaussée, mais ces cours ne sont pas autorisées aux patients « du dessus ».

Chaque unité comporte un bureau pour les entretiens médicaux, une pharmacie, des locaux de stockage (produits d'entretien, vestiaire), un poste de soins et une salle de détente pour le personnel. Une autre salle est utilisée, selon le cas, comme bureau pour le cadre de santé ou salle d'activité : psychomotricité, sports (Oliviers), cuisine (Magnolias). L'unité « Les Mélèzes », qui abrite le bureau du cadre, n'offre ainsi aucune autre salle d'activité que la salle de vie.

Le défaut d'entretien des menuiseries en bois au fil des années emporte des conséquences tant esthétiques que fonctionnelles : les volets en bois ne ferment plus, les chambres sont donc éclairées le matin par la lumière du jour.

### **Recommandation**

*Les locaux des unités n'offrent pas les conditions de sérénité dont les patients d'un service de psychiatrie ont besoin ; ils ne permettent pas la conduite d'activités de manière adaptée aux pathologies. Leur défaut d'entretien rend le séjour inconfortable.*

*L'amélioration des conditions matérielles d'accueil doit être réfléchie et financée.*

## **5.2 LA SUR OCCUPATION DES QUATRE UNITES POUR ADULTES EST CONSTANTE ET APPELLE UNE REFLEXION AVEC L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES**

La sur occupation est récurrente dans les quatre unités pour adultes.

Elle est gérée dans un premier temps à l'intérieur de chacune d'entre elles par ajout d'un lit dans les chambres doubles. Trois patients partagent alors une même chambre dont le mobilier n'est prévu que pour deux, le troisième ne dispose donc pas de ses effets qui peuvent rester dans la bagagerie. Cette situation est tellement fréquente que les lits d'appoint sont désormais conservés dans le sas d'entrée de l'unité.

La chambre d'isolement peut être utilisée comme chambre hôtelière, soit en sortie d'isolement (le patient récupère ses habits et la porte est ouverte) soit pour un entrant mais il a été affirmé que l'utilisation directe pour un entrant n'avait pas cours à l'unité Les Erables. Ces occupants ont droit aux produits d'hygiène mais leurs autres effets sont en bagagerie. Ils doivent les demander à longueur de journée. Il peut également arriver que des patients mis en chambre d'isolement y demeurent plus longtemps que ne le nécessiterait leur état.

Il arrive aussi que des sorties soient avancées pour faire de la place ou les patients transférés dans une autre unité.

En secteur ouvert, on peut également utiliser les lits des personnes en permission. Les permissionnaires ne retrouvent donc pas toujours leur chambre à leur retour.

Il arrive enfin que des patients soient envoyés dans un autre hôpital ou y restent ; la liaison est faite entre médecins par téléphone.

Ce problème ne touche pas réellement l'unité « Les Oliviers » même si ses vingt lits sont, en principe, occupés en permanence. La chambre d'isolement n'est jamais utilisée. Pour réguler, il suffit de faire attendre les patients jeunes dans leur unité avant d'intégrer l'UJA.

Lors des périodes de vacances, des unités sont fermées. Tel était le cas des « Oliviers » en fin d'année 2017, ré-ouverte début janvier 2018. L'unité Les Magnolias, qui devait être fermée le 20 juillet 2018 l'a été dès le 8 juillet et jusqu'à la fin du mois d'août, conséquence d'un absentéisme accru du personnel.

Ce parti pris entraîne une sur occupation des unités restant ouvertes. Les patients des unités dont l'activité cesse momentanément sont répartis dans les autres unités, sans que le suivi par leur médecin référent soit clairement assuré ou leur statut (jeune ou soins libres) respecté dans leur prise en charge.

### **Recommandation**

*Les suroccupations doivent être gérées dans un meilleur souci de la qualité de la prise en charge des patients, notamment un accueil d'urgence dans les CMP sur des plages plus étendues permettrait d'éviter ou de différer des hospitalisations.*

*L'utilisation des chambres d'isolement comme chambres hôtelières ou la prolongation des mesures doivent être proscrites.*

## **5.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT GERES AVEC SOUPLESSE ET LA REGIE IMPLANTEE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT PERMET UN ACCES AISE ET QUOTIDIEN AUX ESPACES**

### **5.3.1 Gestion à l'arrivée**

L'inventaire des biens du patient a lieu à son arrivée, en principe dans le bureau de soins des unités. Des imprimés pré-remplis facilitent l'opération qui est toujours contradictoire même dans le cas où le patient n'est pas en état lui-même de participer à l'opération. Dans ce second cas, il en est fait mention et l'inventaire est signé par deux soignants.

Le principe est de déposer à la régie les valeurs, soit principalement l'argent liquide au-dessus de 20 euros, les cartes de crédit, les chèquiers, les bijoux. Cette régie se trouve au sein-même de l'établissement à gauche de l'entrée côté rue du Mesly.

Le reste des objets retirés sera déposé dans le coffre de l'équipe transversale au niveau de l'administration. C'est au moment de l'inventaire que sont retirés dans les unités fermées les téléphones. Il est possible dans ces mêmes unités que le patient conserve s'il le désire et si les soignants sont d'accord quelques objets personnels de valeur. Il lui sera alors demandé de signer une décharge de responsabilité.

### 5.3.2 Le rôle de la régie

La régie rend principalement deux grands services aux patients des unités psychiatriques mais aussi à l'ensemble de l'hôpital.

Le premier et le plus important de ces services est quotidien. La régie fait en effet office pour les patients de banque. Les patients ont en effet la possibilité de venir y retirer l'argent liquide déposé lors de leur arrivée mais aussi celui envoyé par les tuteurs ou curateurs par virement à la régie. Cette facilité est très appréciée des patients d'autant que la régie est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 12h30 puis de 13h30 à 16h. Elle leur permet de faire face à leurs achats, notamment le plus régulier, celui de tabac. Il a été indiqué que ce service était également ouvert à ceux des patients qui n'avaient pas l'autorisation de sortir de leur unité et qui venaient accompagnés de soignants.

Le second service de la régie est de conserver les biens des patients après leur arrivée. De ce fait, à leur départ les patients récupèrent immédiatement la totalité de leurs biens.

Il a été indiqué que le devenir de la régie était sujet à questionnement de la part de la direction de l'assistance publique-hôpitaux de Paris, probablement en raison du faible volume d'activité.

La suppression de ce service créerait une vraie difficulté et constituerait un vrai recul dans la vie et les droits des patients privés d'accès facile à l'argent en espèces et contraints lors de leur sortie à parcourir des kilomètres à pied ou en métro pour récupérer leurs biens.

#### **Recommandation**

*La pérennité de la régie qui assure un service quotidien de proximité auprès des patients ne doit pas être remise en question*

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*La fermeture de la régie n'est pas envisagée.*

## 5.4 LA RESTAURATION EST CARACTERISTIQUE DES GRANDS SERVICES HOSPITALIERS MAIS RESPECTE LES CHOIX RELIGIEUX ET LES AVERSIONS DES PATIENTS

### 5.4.1 Préparation et livraison des repas

Il n'y a pas de production des repas propre au site de l'hôpital Albert Chenevier. La restauration est organisée au niveau de l'ensemble du centre hospitalier universitaire Henri Mondor. Les repas sont donc identiques en médecine générale et en psychiatrie.

L'ensemble est préparé au sein de cuisines directement gérées par l'assistance publique-hôpitaux de Paris sur le site Henri Mondor.

La quantité nécessaire est livrée tous les matins sur le site d'Albert Chenevier où une équipe travaille à la mise en forme et en condition pour la livraison chaude ou froide dans les différentes unités grâce à des chariots thermo-réfrigérés. Il est livré sur l'ensemble du site Albert Chenevier en moyenne 500 repas le midi et 450 le soir. Les repas sont livrés dans des barquettes operculées, individualisées et étiquetées.



Figure 12 : une barquette prête à la livraison

Le choix des plats est géré par un logiciel informatique « Diétix » alimenté d'une part par le menu proposé et d'autre part par les choix – principalement déterminés par les interdits religieux et les aversions – des patients qui sont recueillis lors de leur arrivée par le personnel soignant. Les régimes particuliers (moulinés ou diabétiques) sont respectés sur prescription médicale. Une diététicienne veille à l'adaptation des repas aux patients. Le système informatique prend ensuite en compte à chaque repas les données pour fournir à chaque patient un menu individualisé en fonction des éléments fournis.

#### 5.4.2 Les repas dans les unités

Dans les unités, les repas sont pris à table dans le coin réfectoire. Le placement est libre sauf antipathies connues. Les repas en chambre ne sont permis que pour les patients alités ou perfusés.

Les plats ne sont pas servis dans des assiettes mais dans les barquettes, avec des couverts en métal. Les soignants ne prennent pas leur repas avec les patients.

Au petit déjeuner sont servis pain, confiture, beurre et boisson chaude préparée dans des brocs. Au goûter, une boisson chaude ou fraîche.

Dans les unités fermées, il est interdit de faire entrer de la nourriture. La qualité gustative des plats servis n'a pas fait l'objet de récriminations particulières ni non plus de louanges excessives.



Figure 13 : le réfectoire de l'unité "Les Oliviers"

### 5.5 LES PATIENTS N'ÉCHAPPENT PAS A L'ENNUI

Sont à disposition des patients, dans la salle de vie des unités fermées : un ping-pong, un téléviseur, des livres (beaucoup de la collection *Harlequin*) des jeux de société auxquels on n'a vu ni patients ni soignants jouer ; ces derniers affirment que de temps en temps ils jouent avec les patients. Dans le sas de l'unité Les Mélézes, un baby-foot cassé et irréparable au remplacement duquel on s'efforce de croire.

Les grandes cours sont ouvertes aux beaux jours, lorsqu'un soignant est disponible pour surveiller. Elles sont arborées ; dans un parterre, des choses ont été plantées par les patients dans le cadre d'une activité thérapeutique de jardinage conduite par une soignante un peu découragée de devoir attendre 50 € pour acheter des plants et quand les fonds arrivent trop tard pour pouvoir planter et voir pousser.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Cette activité est proposée et ne peut se tenir du fait de l'absence de référents infirmiers sur cette activité.*

Les patients jouent au frisbee et au badminton dans la cour. Les goûters peuvent également y être servis aux beaux jours.

Aucune activité n'est formellement organisée, pas de planning, « on ne pourrait pas le tenir ». Des patients vont en ergothérapie (relaxation, cuisine) mais il n'a pas été possible de connaître précisément qui et quand car aucun planning n'est tenu. Il semble que ce soit l'ergothérapeute qui s'organise.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Des activités thérapeutiques communes aux unités sont planifiées et organisées par les rééducateurs et professeur d'activité physique adaptée ; Toutefois, elles ne sont pas affichées au sein des unités de soins, à l'exception de l'unité des jeunes adultes. Pour les patients hospitalisés, il est également proposé des activités culturelles sportives extérieures.*

Parfois des activités, perles, mangas, esthétique ou coiffure, sont conduites par les soignants mais avec peu de matériel.

Les patients témoignent tous s'ennuyer ferme, ennui qui, aux dires des soignants, génère consommation de produits illicites ou violences.

#### **Recommandation**

*Les effets délétères de l'insuffisance d'activité, tant pour les patients en souffrance que pour les soignants démobilisés dans leur mission, appelle une remobilisation de l'établissement sur cet aspect de la prise en charge.*

## 5.6 LES RELATIONS SEXUELLES SONT RECONNUES COMME UN DROIT QUI N'EXCLUT PAS LE DEVOIR DE PROTECTION DU PATIENT

La réflexion sur les conditions d'exercice du droit à des relations sexuelles a été imposée par un événement indésirable lié à un passage à l'acte sexuel dans une unité psychiatrique. L'établissement a répondu par la constitution d'un groupe de réflexion ayant pour mission de :

- prévenir des conduites sexuelles à risque dans les services de soins et de mettre en place des actions concrètes ;
- donner une information aux patients sur la prévention des risques ;
- avoir une réflexion générale sur l'attitude à adopter sur cette problématique vis-à-vis des patients hospitalisés.

Ce groupe, animé par la cadre de santé du pôle, est constitué de médecins, cadres et infirmiers des unités d'hospitalisation, d'un psychologue et du responsable des relations avec les usagers. Il s'est réuni trois fois en 2017.

Les réflexions du groupe partent du primat que la liberté des relations sexuelles est un droit fondamental, que toute restriction ne peut être que « *proportionnée* », une interdiction générale à tous les patients constituant un abus de pouvoir. Pour autant, il affirme également que les patients doivent être protégés sur deux plans, celui de la transmission des maladies et celui de la réalité du consentement, la protection devant se tourner surtout vers les patients identifiés comme vulnérables, pour lesquels la maladie en phase aiguë abolit le discernement et le consentement.

Ont été mises en œuvre des pratiques de « *dissuasion* » traduites dans les règlements intérieurs des unités qui édictent l'interdiction à un patient de se rendre dans une autre chambre que la sienne et l'interdiction de l'accès aux chambres pour les visiteurs.

Par ailleurs, le groupe de travail préconise qu'une vigilance accrue soit établie pour les patients présentant des risques de désinhibition sexuelle et que les patients présentant une conduite à risques de sexualité non protégée, sans certitude de pouvoir les en dissuader, seront vus par le psychiatre et l'infirmier qui mettra à disposition, si besoin, des préservatifs. Le groupe de travail constate, en effet, que l'achat de ces derniers (2 euros) au distributeur de l'hôpital pouvant être exorbitant pour certains patients ou impossible pour ceux des unités fermées.

Enfin, s'agissant de l'information des patients, le service de protection maternelle et infantile du Val-de-Marne assure des interventions auprès des soignants de l'unité – qui ont à l'origine de la création du groupe de travail sur la sexualité – et des actions de prévention auprès des patients. Si les soignants se montrent vigilants, il demeure que la surveillance des patients ne garantit pas une parfaite sécurité de ceux qui se révèlent « fragiles » ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs puisqu'une patiente est venue se plaindre de l'intrusion d'un autre dans sa chambre pendant la sieste.

Les situations rencontrées font l'objet de discussions en équipe avec les cadres et les médecins. Les soignants constatent n'avoir jamais trouvé de réponse aisée aux cas qu'ils ont connus, hormis un changement d'unité.

### **Bonne pratique**

*Le service de psychiatrie a mené une réflexion sur le droit des patients à la sexualité qui a conduit à des actions d'information des soignants et des patients et à des mesures de protection de ceux dont la pathologie perturbe le consentement.*

## 6. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

### 6.1 DES SOINS PSYCHIATRIQUES DE QUALITE QUI GAGNERAIENT A ETRE COMPLETES PAR UN RENFORCEMENT DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES

#### 6.1.1 Organisation des soins psychiatriques

Le service de psychiatrie sectorisé comprend cinq unités d'hospitalisation complète implantées sur le site Albert Chenevier dont deux sont fermées (Mélèzes et Érables). Ces cinq unités sont organisées sur le même mode architectural et les mêmes principes de fonctionnement (cf. *supra*. § 1.1.2 et 5.1.1).

L'encadrement médical à hauteur d'au moins deux temps plein de seniors et un junior est exceptionnel pour des unités de vingt lits et lié incontestablement à la nature universitaire de cet établissement et son implantation en région parisienne. Ces praticiens en sus de leur activité clinique ont tous une mission transversale et participent au système de garde psychiatrique des urgences d'Henri Mondor. La plupart de ces psychiatres ont également mis en place des consultations post hospitalières assurant aux patients dont la sortie a été décidée, une continuité de prise en charge dans l'attente d'un rendez-vous dans un CMP, parfois assez long à obtenir.

De ce fait, les patients bénéficient de soins psychiatriques adaptés, étant vus régulièrement au moins une voire deux fois par semaine par un des praticiens de l'unité.

Les soignants sont invités à participer aux consultations mais leur temps de travail ne leur permettrait pas d'y assister régulièrement. Il y a peu de réunions soignants/soignés.

Les activités thérapeutiques sont, en revanche, parcellaires sauf dans l'unité pour jeunes adultes, laissant beaucoup « *de temps libre aux patients* » malgré un atelier d'ergothérapie commun à toutes les unités. L'absence d'une cafétéria spécifique contribue également à la perception d'un « *désœuvrement général* » (cf. *supra* § 5.5).

Les contrôleurs n'ont pu obtenir de données statistiques par unité, celles-ci étant colligées globalement sur les cinq unités au motif d'un nombre important de transferts de patients d'une unité à l'autre. Celui-ci n'a pu de même être chiffré.

Les données communiquées par le département d'information médicale (DIM) sont très parcellaires et surtout non exploitées. Le DIM a indiqué aux contrôleurs que le recueil et l'exploitation des données concernant la psychiatrie n'était pas la priorité pour le CHU Henri Mondor au regard des travaux importants à conduire pour le court séjour.

#### **Recommandation**

*L'activité des unités de soins doit être individualisée et exploitée annuellement. Les transferts entre unités de soins doivent être tracés.*

*Le CHU Henri Mondor doit produire annuellement un rapport d'exploitation de ces données qui permettrait d'avoir une meilleure appréciation des difficultés rencontrées et de justifier les demandes de moyens nécessaires pour y remédier.*

#### 6.1.2 Patients inadéquats

20 à 25 % des patients sont hospitalisés depuis plus de six mois en attente d'une orientation médico-sociale. Ce fait est un des facteurs contribuant à la sur occupation des lits donc au manque de lits pour les admissions et au placement abusif dans des chambres d'isolement.

Une mission de coordination sociale a été mise en place il y a plusieurs années, dont l'animation a été confiée récemment à un praticien hospitalier. L'objectif est la recherche de partenariat avec

des structures médico-sociales. Le manque de moyens de cette organisation ne lui permet pas d'exercer pleinement sa mission.

### **Recommandation**

*Le renforcement de la mission de coordination sociale est indispensable pour contribuer à libérer des lits d'hospitalisation.*

## **6.2 DES SOINS SOMATIQUES QUI PATISSENT DE L'ABSENCE DE MEDECIN GENERALISTE**

Les cinq unités psychiatriques du site Albert Chenevier ne disposent d'aucun temps de médecin généraliste pour les soins somatiques. C'est incontestablement de l'avis de tous les professionnels rencontrés une grave carence.

Les examens somatiques sont pratiqués dans la majorité des cas par les internes de psychiatrie. Une procédure datée de novembre 2016 précise le processus à suivre pour la prise en charge somatique mais reste très imprécise sur les médecins en charge du suivi. Elle a néanmoins le mérite en l'absence de médecin somaticien de définir un cadre et des règles à suivre selon les situations rencontrées. Quelques cas de pathologies avancées voire de dispensation des soins ayant conduit soit à un décès soit à des prises en charge non conformes, ont fait l'objet d'audits menés par le service qualité. Ces audits ont abouti (ou sont en cours) à la rédaction de procédures de prévention et de prise en charge de ces risques (ex ; douleur, risque thromboemboliques, constipation), voire d'amélioration de certaines pratiques professionnelles comme l'administration de solutions buvables.

### **Bonne pratique**

*La rédaction de procédures relatives à la prévention et à la prise en charge de risques inhérents à certaines pathologies permet aux professionnels de santé concernés de disposer de cadres de référence clairs.*

Des avis spécialisés peuvent être demandés aux autres services du CHU et des spécialistes se déplacent si nécessaire mais cette organisation ne peut pallier l'absence d'un médecin généraliste. Le transfert du service d'odontologie du site d'Albert Chenevier vers Henri Mondor va encore aggraver cette situation. Aussi, lorsqu'un patient présente une pathologie somatique grave ne pouvant être suivie sur le site d'Albert Chenevier, il est pris en charge par l'unité intersectorielle située à Henri Mondor même s'il relève d'une mesure de soins sans consentement. L'examen somatique de tous les patients faisant l'objet d'une mesure de SSC est réalisé systématiquement aux urgences avant leur transfert dans une unité de soins.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Ponctuellement, le patient peut être pris en charge par le SIP pour faciliter la prise en charge spécialisée (intrication des soins somatiques et psychiatriques). Suite au transfert du service d'odontologie à Henri Mondor un fauteuil dentaire a été réinstallé sur le site de Chenevier (bâtiment Calmette) dont l'activité a débuté le 11 septembre. Un praticien assurera deux jours par semaine les soins dentaires des patients de psychiatrie ainsi que des actions de prévention bucco-dentaire.*

Les patients placés en isolement n'ont pas d'examen somatique, *stricto sensu*, ni de suivi à ce niveau lorsque la période d'isolement se prolonge.

***Recommandation***

*Le CHU Henri Mondor doit prendre toute disposition pour affecter dans les meilleurs délais au service de psychiatrie sectorisé un temps plein de médecin somaticien.*

## 7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 7.1 DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES NE RESPECTANT PAS LA DIGNITE DES PERSONNES

#### 7.1.1 L'accueil et la prise en charge aux urgences

L'accueil des patients relevant d'une prise en charge psychiatrique aux urgences est individualisé. Cette unité fait partie du service de psychiatrie intersectoriel placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. (cf. *supra* § 1.1.1)

Le circuit du patient et les locaux sont également individualisés, les patients identifiés étant installés dans une salle d'attente spécifique.

Sur le nombre de patients vus en consultation de psychiatrie un tiers sont hospitalisés dont 20 % dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement (SSC) essentiellement des soins à la demande d'un tiers (SDT) pour 80 % de ceux-ci initiés aux urgences.

En l'absence de lits immédiatement disponibles dans une des unités de psychiatrie du site Albert Chenevier, les patients relevant d'une mesure de SSC sont installés sur un brancard et contenus (deux brancards sont pré équipés à cet effet). Cette attente peut durer jusqu'à 72h.

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Les patients relevant d'une mesure de soins sans consentement sont installés sur un brancard et font l'objet d'une contention selon leur état clinique.*

En conséquence un patient peut rester contenu plusieurs jours, les risques inhérents à cette mesure de contention augmentant avec la durée de celle-ci. Le personnel soignant a pu observer au moins chez un patient l'apparition d'escarres.

Les brancards sont dans une salle d'attente avec un visuel direct sur les autres patients (non psychiatriques).

Cette situation concerne deux à trois patients par semaine. Le nombre de ces cas serait en augmentation mais aucun chiffre n'a été communiqué.

Le jour de la visite un patient était dans un box équipé d'un lit, en attente d'être transféré vers une unité fermée du CH Albert Chenevier. Il venait de passer la nuit sur un brancard et contenu. Ces patients, outre les mesures de contention, sont également médiqués pour prévenir tout risque d'agitation.

#### **Recommandation**

*Au service des urgences, toutes mesures doivent être prises le plus rapidement possible pour éviter l'attente de patients sur des brancards, contenus et dans un lieu public, situation contrevenant à la dignité de ces personnes et à leur intégrité physique.*

L'unité de psychiatrie du service des urgences dispose par ailleurs d'un espace individualisé incluant deux salles de consultation sécurisées et une chambre dite de soins intensifs pourvue d'un lit scellé au sol lui-même équipé pour la mise en place de sangles de contention. La porte de cette chambre n'a pas de hublot pour la surveillance. Celle-ci peut être assurée à partir d'un box de consultation jouxtant la chambre.

Cette chambre était inoccupée lors de la visite. L'activité concernant les patients qui y sont admis n'est pas tracée. Aucun personnel soignant n'y est spécifiquement affecté. Pourtant les

responsables ont indiqué aux contrôleurs l'insuffisance de cette seule chambre et leur souhait d'en obtenir deux voire trois. Le projet serait en cours de discussion.

Cet espace est situé à l'opposé de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), une salle d'attente séparant ces deux unités.

### **Recommandation**

*Aux urgences, le « statut » de l'espace dédié aux soins psychiatriques doit être clarifié, notamment celui de l'utilisation de la chambre dite de soins intensifs de psychiatrie faisant office de lit porte en psychiatrie. Le personnel soignant en charge du suivi de ces patients doit être identifié.*

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Le personnel soignant en charge du suivi de ces patients est identifié. Ces patients sont sous la responsabilité de l'équipe de psychiatrie (psychiatre, infirmier dédié) après une première prise en charge par l'équipe médico-soignante des urgences.*

Les décisions de contention prises sont répertoriées dans le logiciel des urgences (URQUAL) ; la moyenne observée sur trois ans est de 11,5 % des patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement. Une procédure de contention spécifique aux urgences a été rédigée en novembre 2012. Elle devrait être actualisée au regard d'un bilan établi et des recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de février 2017.

De même les placements dans la chambre dite de soins intensifs doivent être tracés et faire l'objet d'une procédure écrite.

### **Recommandation**

*La procédure de contention aux urgences doit être actualisée et complétée d'une procédure sur le placement dans la chambre dite de soins intensifs.*

## **7.2 DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION INSUFFISAMMENT RESPECTUEUSES DE LA DIGNITE DES PERSONNES**

### **7.2.1 Les chambres d'isolement : architecture**

Le pôle de psychiatrie compte cinq chambres d'isolement (CI) et deux chambres d'apaisement (CA) réparties comme suit ; une CI par unité de soins, ouverte et fermée, une unité fermée en comptabilisant deux et aucune dans l'unité jeunes adultes (UJA). Les deux chambres d'apaisement se trouvent dans les unités fermées.

Les chambres d'isolement toutes identiques, ont été réhabilitées il y a dix ans. Elles sont éloignées du poste infirmier ne permettant pas une surveillance rapprochée. Il n'y a pas de sas ni de double entrée possible Elles sont équipées d'un lit scellé au sol hormis la seconde de l'unité fermée où il n'y a qu'un matelas. Le système d'appel est accessible par le patient mais celui-ci doit se lever pour y accéder. Elles sont ventilées avec un contrôle extérieur de la température. Un fenestron au niveau de la porte permet à l'équipe d'observer. Il n'y a pas de moyens d'orientation temporelle.

Les sanitaires sont constitués d'un lavabo et de toilettes le tout coulé dans un bloc de béton. Ces équipements rappellent ceux de quartiers disciplinaires des établissements pénitentiaires. Il n'y a pas de douche. Si les patients souhaitent prendre une douche ils doivent sortir et être conduit à une salle de bains assez éloignée de cet espace où aucune surveillance n'est possible. Les sanitaires donnent directement sur la chambre, sans séparation. Certains patients prennent d'ailleurs leur repas à même le bloc de béton.

Ces conditions d'hébergement ne respectent pas la dignité des patients qui y sont admis

Les chambres d'apaisement ont été réhabilitées récemment. Elles sont équipées d'une double entrée, d'un mobilier identique à une chambre normale et de sanitaires incluant une douche.

### **Recommandation**

*L'emplacement, la configuration et l'équipement des cinq chambres d'isolement doivent être revus dans les meilleurs délais afin de respecter la dignité des patients.*

#### **7.2.2 Le fonctionnement des chambres d'isolement**

Une procédure a été validée en novembre 2012 intitulée « *procédure de mise en chambre d'isolement avec recours à la contention si besoin* ».

Cette procédure est très générale concernant l'isolement et la contention mais sans qu'une distinction précise soit faite. Celle-ci n'a pas été actualisée au regard notamment des recommandations de la HAS publiées en février 2017 d'où certaines divergences d'approche.

*A priori* le personnel soignant n'a pas été formé sinon informé de ces nouvelles recommandations.

Nonobstant ces quelques considérations procédurales, l'information des patients voire des familles, la surveillance par le personnel soignant et la gestion mise en place lors de la levée des mesures sont satisfaisants, à ceci près que les débriefings lors de la sortie de la chambre d'isolement ne sont pas systématiques. Les contrôleurs s'interrogent cependant sur l'impact des conditions d'hébergement sur ces patients.

### **Recommandation**

*La procédure de mise en chambre d'isolement avec recours à la contention « si besoin » doit être actualisée en intégrant les recommandations de la haute autorité de santé de février 2017.*

Seuls les patients adultes sous contrainte (SDRE, SDT) peuvent être concernés par ces décisions. Ces patients à leur admission sont systématiquement hospitalisés dans l'une des deux unités fermées. Aux interrogations des contrôleurs sur l'intérêt de chambres d'isolement dans les unités ouvertes, il a été indiqué qu'elles étaient utilisées ponctuellement par les équipes des unités fermées en cas d'occupation de la chambre d'isolement. Dans ces cas, le patient était amené en pleine crise dans l'unité ouverte.

La suroccupation des unités fermées conduit aussi à ce que des patients faisant l'objet d'une mesure de SSC soient hospitalisés dans une unité ouverte, et dans ce cas, dans l'attente d'une place dans une unité fermée, ils sont placés en CI. Compte tenu des conditions d'hébergement décrites précédemment, il est permis de s'interroger sur l'impact « psychologique » de celles-ci sur des patients déjà fragilisés.

Ces pratiques contreviennent aux droits des patients, même si ces mesures sont limitées dans le temps, données que les contrôleurs n'ont pu obtenir et vérifier (nombre de patients concernés, durée moyenne de séjour).

Par ailleurs la sur occupation observée et la nécessité de trouver des lits dans les unités fermées conduit dans la majorité des cas à occuper les chambres de ces patients. Lors de la levée de la décision, en l'absence de lits disponibles, les patients restent « hébergés » en chambre d'isolement (cf. *supra* § 5.2)

### 7.2.3 Le suivi des mesures d'isolement

Les contrôleurs n'ont pu obtenir de données actualisées issues du registre mis en place en mai 2016 (cf. *infra* § 7.2.5).

Néanmoins sur la base de ce recueil, les données de 2016 (mai à décembre 2016) ont été exploitées et présentées à la commission des usagers (CDU) qui s'est réunie le 20 décembre 2017. Ainsi sur sept mois, quatre-vingt-neuf patients ont fait l'objet d'une mesure d'isolement (105 séquences), la DMS moyenne étant de 12,9 jours, la durée maximale étant de 138 jours soit plus de 4 mois. Ces chiffres excèdent largement la durée maximale de 12h préconisée dans les recommandations de la HAS, certes renouvelable, mais mentionnant que les isolements de plus de 48h doivent être exceptionnels.

Les contrôleurs ont par ailleurs noté que les données issues du DIM ne corroboraient pas celles présentées lors de la CDU. Le DIM affiche en effet pour les douze mois de 2016 quarante-deux patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement.

#### **Recommandation**

*Le CHU Henri Mondor doit impérativement harmoniser les recueils de données concernant les mesures d'isolement et de contention et s'assurer de la qualité des données recueillies et de leur fiabilité.*

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*L'harmonisation des données a été initiée en 2017 grâce à un travail de rapprochement des prescriptions d'isolement sur Actipidos avec le codage RIM-P (logiciel Susie) et se poursuit avec la mise en place du dossier patient informatisé Orbis et intégrations du RIMPsy via Orbis pour fin 2018.*

### 7.2.4 Le recours à la contention

Le recours à la contention est assez rare. Les contentions les plus utilisées sont de cinq points.

Les contrôleurs n'ont observé aucun recours à la contention lors de leur mission. Les seules données sur le nombre de mesures de contention utilisées dans les unités figurent dans le rapport présenté à la CDU en décembre 2017. Seize patients auraient fait l'objet d'une mesure de contention (vingt-cinq séquences). La DMS serait de 5,5 jours, la durée maximale étant de soixante-cinq jours soit plus de deux mois. Si l'on prend en compte les données issues *a priori* du même recueil, 17,9 % de patients placés en isolement aurait fait l'objet d'une mesure en sus de contention.

Ces chiffres excèdent largement la durée maximale de 6h préconisée dans les recommandations de la haute autorité de santé, certes renouvelable, mais mentionnant que les contentions mécaniques de plus de 24h doivent être exceptionnels.

**Recommandation**

*Une réflexion doit être conduite au sein du service de psychiatrie sectorisé sur les moyens à mettre en œuvre pour diminuer la durée moyenne de séjour dans les chambres d'isolement et la durée des mesures de contention conformément aux recommandations de la haute autorité de santé.*

**Recommandation**

*Les décisions de mesures de contention doivent être tracées et intégrées au bilan annuel que doit produire le pôle de psychiatrie. La procédure relative à la contention physique doit être actualisée intégrant les recommandations de la haute autorité de santé.*

Dans son courrier daté du 14 septembre 2018, la directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor précise à ce sujet :

*Les décisions de mesures de contention sont annexées au bilan annuel d'activité 2016 transmis aux instances (notamment à la commission des usagers). Lors de la visite des contrôleurs, les données de l'année 2017 n'avaient pas encore été consolidées pour pouvoir leur remettre.*

**7.2.5 Le registre**

Le recueil des données concernant les mesures d'isolement a été mis en place en mai 2016. Ce recueil intégrant l'ensemble des items recommandés est renseigné manuellement par les médecins dans chaque unité.

Les fiches sont ensuite transmises à un personnel administratif chargé de colliger ces données nominativement dans un fichier *Excel*. Ce fichier a été conçu par le chef de pôle adjoint dans l'attente du développement d'un logiciel spécifique qui serait intégré à *ORBIS*.

**7.3 UN CIRCUIT DU MEDICAMENT QUI N'APPELLE PAS D'OBSERVATION PARTICULIERE**

Le circuit du médicament pour la psychiatrie est partiellement informatisé de la prescription à la dispensation. Les réflexions sont en cours pour compléter ce dispositif. Une pharmacienne est affectée au suivi de ces prescriptions.

La pharmacie a initié des rencontres de patients pour conciliation pharmaceutique, patients identifiés comme étant à risque à leur admission et sélectionnés à partir de critères prédéfinis. Environ cinquante patients par an sont concernés, les effectifs de la pharmacie ne permettant pas d'aller au-delà ni d'initier ce type de démarche lors de la sortie.

La distribution des médicaments est individualisée, réalisée deux fois par jour dans la salle commune mais en retrait des lieux d'activités et enregistrée dans le logiciel *ACTIPIDOS* assurant la traçabilité de ces actes pour chaque patient.

#### 7.4 LA DECLARATION D'ÉVENEMENTS INDESIRABLES EST FACILITEE POUR UNE INFORMATION EXHAUSTIVE AUPRES DU PERSONNEL

La connaissance et la prise en charge des éventuels mauvais traitements et plus largement des événements indésirables s'effectuent à travers le traitement des plaintes et réclamations des patients ou de leur famille (cf. *infra* § 7.5) mais aussi par les déclarations qu'effectue le personnel. Cette procédure de « *déclarations d'événements indésirables* » est totalement formalisée au sein de l'assistance publique-hôpitaux de Paris.

Un logiciel spécifique dénommé « Osiris » permet à tout employé d'effectuer une déclaration d'événements indésirables. Pour l'aider dans sa démarche, l'établissement a édité une plaquette informative très complète à destination du personnel avec à la fois des informations juridiques mais aussi pratiques pour effectuer la démarche qui revêt un caractère obligatoire.

Même si le déclarant est invité à qualifier l'événement qu'il déclare, la qualification définitive sera établie par le service « qualités/risques » après visa du cadre de santé de l'unité où s'est produit l'événement.

Il se déclare au sein du groupe hospitalier dans son entité globale plus de 11 000 événements indésirables pour an. Ceci nécessite donc une permanence au sein de la direction « usagers-risques-qualité » pour gérer le plus rapidement possible la masse d'informations transmises.

Le traitement des événements est ensuite classique des établissements de santé : l'attribution d'un coefficient de gravité sur une échelle de 1 à 5 va déterminer le circuit de traitement de l'événement et le niveau hiérarchique des personnes qui seront amenées à intervenir dans ce traitement. Ce circuit de traitement est bien explicité dans la plaquette mentionnée *infra*.

L'ensemble des informations recueillis est largement utilisé ensuite d'une part pour l'information des usagers à travers les instances institutionnelles et d'autre part en interne pour le travail d'amélioration de la qualité.

Les événements les plus graves font l'objet depuis le 3 janvier 2018 par l'AP-HP d'une procédure particulière dite « *procédure de signalement et de suivi des événements indésirables graves associés aux soins (EIGs)* ». Cette procédure a été prise en application des dispositions du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016. Les modalités d'avis à l'agence régionale de santé y sont en autres explicités après centralisation de l'information par la direction de l'AP-HP.

#### 7.5 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST LARGEMENT DIFFUSE ET UTILISE POUR L'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Comme indiqué *supra*, la prise en charge des événements indésirables est une procédure largement utilisée au sein de l'assistance publique-hôpitaux de Paris en général et du centre hospitalier universitaire Henri Mondor en particulier.

Les informations recueillis par les déclarations d'événements indésirables (EI) sont ensuite largement utilisées notamment dans le cadre du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Pour l'année, 254 EI ont été déclarés pour le pôle psychiatrie sur le site de l'hôpital Albert Chenevier et 65 toujours pour le pôle psychiatrie mais sur le site de l'hôpital Henri Mondor.

Dans l'ordre décroissant d'importance les événements indésirables les plus significatifs relevés à Albert Chenevier et donc relatifs à des unités d'hospitalisation complète concernent :

- pour 60 d'entre eux soit 23,6 % des risques d'incendie ;
- pour 51 soit 20,1 % des fugues de patients ou des patients égarés ;

- pour 43 soit 16,9 % des événements associés aux soins médicaux ou paramédicaux ;
- pour 19 soit 7,5 % des malveillances ;
- pour 18 soit 7,1 % des agressions ;
- pour 15 soit 5,9 % des pannes ou des pertes de matériel.

Dans la procédure d'évaluation des pratiques professionnelles, il est fait utilisation en plus du recueil des informations fournies par les événements indésirables de la pratique dite du patient traceur pour évaluer à chaque moment de l'hospitalisation la qualité des actes médicaux, para médicaux ou juridiques.

### 7.6 LA REFLEXION ETHIQUE EST REELLE MAIS MERITERAIT D'ETRE MIEUX FORMALISEE

Une commission d'orientation de la démarche éthique à l'AP-HP a été créée à l'échelon central en mai 2017, elle a pour mission de coordonner les différentes structures éthiques de l'AP-HP.

Un « groupe éthique » a été constitué trois ans avant la visite au niveau de l'hôpital Albert Chenevier ; les questions qu'il aborde ne sont donc pas centrées que sur la psychiatrie.

Ce groupe est coordonné par l'adjoint au responsable du pôle. Les conditions de désignation de ses membres, ses missions et ses modalités de travail n'ont pas fait l'objet d'une formalisation. En pratique, il est constitué de volontaires appartenant à toutes les catégories de personnels : médecins, cadres, soignants divers (IDE, aides-soignants, diététiciennes), dont l'assiduité aux réunions est fonction de leur disponibilité ; s'y ajoutent un représentant de la « direction des usagers », un représentant de l'UNAFAM 94<sup>3</sup> et un représentant du culte protestant ; le coordinateur y est toujours présent.

Le groupe se réunit tous les deux ou trois mois. A l'origine, les réunions étaient consacrées à la préparation de la journée annuelle d'éthique ; en pratique, elles sont le lieu d'échanges et de discussions sur des situations complexes, essentiellement venues du service de soins palliatifs avec la question des refus de soins, sans qu'il s'agisse de saisines formelles. Corrélativement, le groupe ne rend pas d'avis ; un bref compte rendu est établi après chaque réunion.

Le groupe organise une journée annuelle d'échanges sur les questions éthiques dont il établit le programme. Cette journée qui comporte conférences et ateliers d'échanges en sous-groupes sur des situations cliniques, est destinée au personnel de l'hôpital. Les deux dernières années, les thèmes ont été « *la place du consentement aux soins* » puis « *soins et dignité* » ; celui de la prochaine journée, le 6 février 2018 est « *la liberté au cœur du soin* », il prévoit d'aborder les questions de la liberté dans la vie quotidienne des patients, la sexualité à l'hôpital et la liberté de choix des patients.

#### **Recommandation**

*Le fonctionnement du groupe d'éthique mériterait d'être formalisé, en prévoyant des modalités de saisine et de rendus d'avis.*

<sup>3</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques

## 8. CONCLUSION GENERALE

Les contrôleurs ont été particulièrement bien reçus dans l'établissement et ce à tous les niveaux de la hiérarchie.

Dès leur arrivée, un point saillant des difficultés de fonctionnement de cet établissement a été évoqué par tous, celui des ressources humaines. Déficit de reconnaissance, plans d'économie mal acceptés, conditions de rémunération, tout a été très largement évoqué avec les résultats négatifs prévisibles constatés tout au long de la visite. Pas ou peu de fidélisation du personnel dans les unités ou même dans l'établissement, absentéisme massif, manque de dynamique d'équipe autour de projets de service connus et validés, les constats s'accumulent avec des conséquences immédiates et particulièrement traumatisantes pour les patients comme la fermeture de certaines unités pendant les congés scolaires en raison d'un trop fort taux d'absentéisme.

Les locaux, bien que récents, interrogent sur la pertinence de leur architecture et sur les choix initiaux de matériaux qui, par manque d'entretien, produisent quelques années à peine après leur achèvement des résultats très négatifs dans leur usage et dans l'image qu'ils peuvent renvoyer.

L'organisation en unités ouvertes ou fermées sans prise en compte particulière du secteur a le mérite de ne pas enfermer les patients en soins libres, mais les restrictions de liberté dans les unités fermées apparaissent trop disproportionnées avec des mesures systématiques de plus en plus rares sur le territoire national, comme le retrait des téléphones, le rationnement des cigarettes ou la fermeture de jardins pourtant parfaitement clôturés.

A ces espaces de vie trop souvent confinés et de surcroît mal conçus, s'ajoute le trop faible nombre d'activités thérapeutiques proposées avec pour conséquence une forte dégradation de la prise en charge des patients malgré la bienveillance des soignants.

Le fonctionnement du service des urgences psychiatriques implanté sur le site d'Henri Mondor mérite lui aussi une sérieuse réflexion pour réduire les temps d'attente des patients et améliorer la confidentialité de leur présence au sein des urgences générales.

Très paradoxalement, pour un établissement hospitalier de cette importance, la prise en charge somatique des patients du pôle psychiatrie est très en-deçà de nombreux établissements spécialisés et doit également être améliorée.

La suroccupation endémique ne peut se résoudre par la seule solution trop réclamée de multiplication des lits. Une réflexion approfondie et le développement d'une vraie politique de secteur avec imbrication de l'intra et de l'extra-hospitalier constituent des éléments de solution qu'il convient de rapidement mettre en œuvre.

Enfin, si l'usage de l'isolement et surtout de la contention semblent limités, il est regrettable que les données chiffrées d'évaluation des pratiques ne soient pas mieux prises en compte pour réduire encore ces pratiques, ce d'autant que les conditions matérielles pour les mettre en œuvre ne sont pas loin s'en faut les plus adaptées.

Lors de la réunion de restitution en présence de la direction administrative et de la plupart des médecins chefs de service, l'écoute et les échanges ont été de qualité et on peut l'espérer positifs pour l'avenir.