

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport définitif :

4 au 8 juin 2018 - 1^e visite

Association de santé mentale
du XIII^{ème} arrondissement

(Paris)



Polyclinique René Angergues



Hôpital L'eau vive

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont visité du 4 au 8 juin 2018 les deux structures d'hospitalisation à temps complet gérées par l'association de santé mentale du XIII^{ème} arrondissement (ASM13) dans un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) en charge du secteur de psychiatrie du XIII^{ème} arrondissement de Paris. Il s'agissait d'une première visite, annoncée. Une réunion de restitution s'est tenue le 15 juin 2018

L'ASM13, existe depuis 1958, a pour mission de développer des actions de prévention et de soins dans cet arrondissement, avant même la politique de sectorisation de l'activité psychiatrique. Son caractère associatif implique la présence de médecins dans les fonctions de direction. Son siège est installé rue Albert Bayet à Paris. Outre des dispositifs médico-sociaux et de soins de suite psychiatriques, elle dispose pour les hospitalisations à temps complet, d'adultes exclusivement, de :

- l'hôpital de l'Eau vive à Soisy-sur-Seine (Essonne), à 32 km de Paris, structure historique de l'ASM13, offrant une unité fermée de dix-sept lits (unité Sept Fermé) et une unité ouverte de vingt-quatre lits (unité Pussin) pour la prise en charge de psychiatrie générale et deux unités de vingt-et-un et vingt-six lits pour de la postcure et des soins de suite ;
- La polyclinique René Angelergues, 10 rue Wurtz à Paris (XIII^{ème} arrondissement), offrant quarante lits dont huit lits dans une unité fermée prévue pour une phase d'accueil et d'évaluation de 48 à 72 heures ; les trente-deux autres lits forment une unité ouverte ;

Le personnel médical est stable et la couverture des postes de personnel soignant est bonne grâce à un budget équilibré.

Les patients en soins sans consentement (SSC) sont surtout pris en charge à l'issue d'un passage aux urgences de Sainte-Anne, de La Pitié-Salpêtrière ou à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (I3P) : en 2016, 25 % des patients provenaient d'autres hôpitaux.

Le nombre de patients admis pour des soins sans consentement, en augmentation, représente environ **70 % de l'ensemble des admissions en 2017**, parmi lesquelles les admissions en soins psychiatriques en cas de péril imminent (ASPPI) et sur demande d'un tiers en cas d'urgence (ASPDT/U) sont majoritaires. Le nombre de patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) a varié entre 2016 et 2018 de 16 à 18% des patients en SSC.

Des patients de différents statuts sont hospitalisés tant à la polyclinique qu'à l'Eau vive, contrairement aux règles prévues par l'ASM13, selon lesquelles les patients en SSC vont à l'Eau vive (dont ceux en ASPDRE, directement) et ceux en ASPDT, ASPDT/U et ASPPI ne séjournent à la polyclinique que durant une courte période.

Les décisions d'admissions en SSC du directeur sont signées par des personnes sans délégation formalisée et sont antidatées, faute de permanence de la fonction de direction.

Sur quarante programmes de soins (PDS) à la date de la visite, vingt-sept étaient des hospitalisations complètes assorties de sorties restreintes ou mal définies.

Parallèlement, des chambres étaient doublées, les deux unités de l'Eau vive accueillant plus de patients que de lits annoncés.

Les documents informant les patients de leurs droits sont apparus inefficaces, tant en contenu que dans la manière d'être portés à la connaissance des patients, qu'il s'agisse des droits relatifs aux soins sans consentement ou des règles de vie dans les unités.

Les conditions de vie dans les unités sont inégales. La liberté de circulation très restreinte dans l'unité Sept Fermé exclut majoritairement l'accès à l'extérieur hors pour consommer du tabac.

Cette unité n'a pas fait l'objet des travaux d'entretiens utiles ces dernières années, le devenir de l'hôpital de l'Eau vive étant soumis à des discussions tendant à la relocalisation à Paris de l'ensemble des lits d'hospitalisation de l'ASM13. L'établissement dispose pourtant des moyens d'effectuer ces travaux et se tient prêt à les engager.

Des événements violents, de nature sexuelle, ont eu lieu entre patients ; pourtant la question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion et d'actions conséquentes.

Des chambres d'isolement équipent l'unité 48-72 heures de la policlinique (deux chambres, en travaux lors de la visite), les unités Pussin et Sept fermé de L'eau vive (deux et trois chambres respectivement). Aucun registre d'isolement et de contention n'est en place – la contention mécanique n'étant plus pratiquée – mais un rapport annuel est élaboré. Le nombre et surtout la durée des placements en chambre d'isolement sont, de prime abord, importants. Les éléments recueillis ne font pas encore apparaître une politique commune.

Aucun médecin somaticien n'intervient, à Paris ou dans l'Essonne, pendant l'hospitalisation.

L'établissement ne dispose pas d'un projet médical unique et ne porte pas de façon coordonnée les activités thérapeutiques dispensées en son sein. Cela se révèle préjudiciable pour les patients, qui font l'objet de transferts entre les hôpitaux de Paris et de l'Essonne, et entre leurs unités, le lieu d'hospitalisation étant déterminé à la fois par le statut juridique du soin et par le degré d'agitation du patient.

Enfin, la double implantation territoriale fait échapper la situation de nombreux patients au contrôle des autorités territorialement compétentes, judiciaires et administratives, d'autant qu'aucune des autorités définies à l'article L3222-4 du code de la santé publique (CSP) ne visite l'établissement. Ont été relevées les difficultés suivantes :

- le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal de grande instance (TGI) d'Evry est ainsi saisi de toutes les situations de SSC, que les patients soient accueillis à la policlinique ou à L'eau vive, à Paris ou en Essonne ;
- le préfet de police, à Paris, est le seul à décider des mesures d'ASPDRE alors que les patients sont dans l'Essonne ; le préfet de l'Essonne n'en est pas informé ;
- la préfecture de police de Paris est sollicitée en cas de fugue ou disparition inquiétante de patient, même hospitalisé en Essonne ;
- la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de l'Essonne intervient à L'eau vive mais jamais à la policlinique, laissant cela à la CDSP de Paris qui ne reçoit pourtant aucun des documents prévus par le CSP, tous adressés à la CDSP de l'Essonne.
- un seul registre de la loi est tenu, à Soisy-sur-Seine, pour les deux établissements ; les mentions n'y sont pas exhaustives ;

L'organisation de l'ASM13 pour prendre en charge des soins sans consentement ne s'est pas adaptée aux changements législatifs successifs. Ce défaut majeur entraîne une qualité inégale de prise en charge.

La visite du CGLPL s'est toutefois déroulée dans un contexte favorable à l'actualisation des processus et pratiques de prise en charge des patients : un nouveau projet médical était en cours de rédaction et le projet de relocalisation des quarante lits de psychiatrie de l'Essonne dans Paris devait aboutir.

OBSERVATIONS

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 16

Il importerait de réfléchir, avec les services d'urgence, aux pratiques qui conduisent à une hospitalisation en soins sans consentement dans les services de l'ASM13 afin de formaliser un document cadre précisant le rôle des différents établissements de santé et institut, les modalités de fonctionnement entre eux et des indicateurs de suivi et d'évaluation.

2. RECOMMANDATION 21

En lien avec les services d'urgence, il serait nécessaire d'étudier les conditions de recours aux procédures d'ASPD et d'ASPPI, en analysant leur provenance, les motifs de ces demandes, leur durée, et les modalités de sortie.

3. RECOMMANDATION 24

Les différentes décisions relatives aux soins psychiatriques sans consentement et le contrôle de ces mesures doivent relever des autorités administratives et judiciaires territorialement compétentes sur les lieux réels de l'hospitalisation.

4. RECOMMANDATION 26

Les décisions d'admission, prises au nom de la directrice générale ou, par délégation de pouvoir, du secrétaire général, doivent être signées par un membre de l'encadrement administratif supérieur dûment habilité dès le début de l'hospitalisation, y compris durant les week-ends et jours fériés. L'établissement doit impérativement mettre en place une organisation qui le garantisse.

5. RECOMMANDATION 28

Les audiences du juge des libertés et de la détention doivent se tenir dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil, éventuellement dans une salle d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du TGI, conformément aux règles fixées par l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique.

6. RECOMMANDATION 29

Les effectifs des juges des libertés et de la détention doivent permettre d'organiser deux audiences par semaine pour que la période de 12 jours soit utilisée au mieux pour l'observation des patients et pour que les psychiatres rendent des avis motivés suffisamment éclairés, avec le recul nécessaire.

7. RECOMMANDATION 30

Les certificats médicaux déclarant des patients « non auditionnables » par le juge des libertés et de la détention doivent être établis après un examen attentif pour ne pas priver un patient de son droit à accéder à un juge. L'installation d'une salle d'audience à Soisy-sur-Seine, l'organisation d'une deuxième audience hebdomadaire et le rattachement des patients hospitalisés à la policlinique aux audiences tenues par le juge du tribunal de grande instance de Paris dans la salle de l'hôpital Sainte-Anne sont des mesures propices à la réduction du nombre important de ces dérogations.

8. RECOMMANDATION 30

Avant l'audience, les avocats doivent disposer de deux bureaux pour recevoir les patients dans de bonnes conditions, dans le respect de la confidentialité de leurs échanges.

9. RECOMMANDATION 31

Les programmes de soins doivent être établis en termes clairs et précis, en conformité avec les articles L.3211-2-1 et R.3211-1 du code de la santé publique et à l'arrêt de la cour de cassation du 4 mars 2015. Les autorités signataires des décisions doivent s'en assurer.

10. RECOMMANDATION 32

La direction doit désigner les membres des collèges des professionnels de santé, après avoir recueilli les avis nécessaires, les convoquer et fixer l'ordre du jour comme le prévoient les articles L.3211-9, R.3211-2, R.3211-3 et R.3211-6 du code de la santé publique.

11. RECOMMANDATION 33

La commission départementale des soins psychiatriques de l'Essonne doit assurer les missions qui lui sont fixées par l'article L.3223-1 du code de la santé publique et veiller au respect des droits des patients admis en soins sans consentement. Elle doit aussi visiter les établissements au moins deux fois par an. Sa réactivation s'impose.

12. RECOMMANDATION 33

La commission départementale des soins psychiatriques de Paris doit élargir son champ d'action actuel à la polyclinique compte tenu de la présence de patients en soins sans consentement durant des périodes pouvant être longues.

13. RECOMMANDATION 34

Les autorités définies à l'article L.3222-4 du code de la santé publique (représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président du tribunal de grande instance ou son délégué, procureur de la République, maire de la commune ou son représentant) doivent visiter le centre hospitalier une fois par an pour y exercer un contrôle, ce qu'elles ne font pas.

14. RECOMMANDATION 35

Le personnel doit être formé aux nouvelles modalités de soins en psychiatrie et à la réglementation correspondante pour être en capacité d'informer efficacement les patients concernés.

15. RECOMMANDATION 36

Les documents remis aux patients doivent les informer de façon claire sur leurs droits ainsi que sur les voies de recours qui leur sont accessibles.

16. RECOMMANDATION 37

Les règlements intérieurs des unités doivent être mis à jour et portés à la connaissance des patients.

17. RECOMMANDATION 39

La procédure de désignation d'une personne de confiance doit être investie et mise en œuvre.

18. RECOMMANDATION 40

Le livret d'accueil du service des majeurs protégés doit être complété par une information relative au principe de la participation financière des patients et à son mode de calcul.

19. RECOMMANDATION 41

Il convient de mettre en place une signalétique pour orienter les visiteurs dans les locaux de la polyclinique et de réaménager ses espaces du rez-de-chaussée pour y installer un vrai bureau d'accueil.

20. RECOMMANDATION 42

Dans l'unité Sept Fermé, les patients doivent pouvoir accéder librement à un espace extérieur.

21. RECOMMANDATION 43

L'accès au tabac dans l'unité Sept Fermé doit être assuré plus librement.

22. RECOMMANDATION 43

La confiscation de tous les téléphones ne doit pas être systématique mais tenir compte de l'état de santé des patients et de leur évolution.

23. RECOMMANDATION 44

La configuration des cabines téléphoniques installées dans les unités doit permettre aux patients de communiquer en toute confidentialité.

24. RECOMMANDATION 44

Il convient de prévoir un équipement informatique dédié aux patients ainsi qu'un accès à internet.

25. RECOMMANDATION 45

L'éloignement et l'isolement géographique de l'hôpital de L'eau vive a pour conséquence de retreindre considérablement les possibilités de visite aux patients. Afin d'y remédier, la navette reliant l'hôpital au centre Philippe Paumelle doit être accessible aux visiteurs dépourvus de moyen de transport individuel.

Dans toutes les unités, une salle doit être dédiée aux visites.

26. RECOMMANDATION 48

L'ensemble des locaux de l'unité Sept Fermé doit être transformé afin d'offrir des conditions d'hébergement aux patients et de travail aux agents adaptés aux soins prodigués et aux règles d'hygiène.

27. RECOMMANDATION 50

Les chambres doublées doivent redevenir individuelles afin de laisser un espace vital suffisant à chaque patient et respecter leur dignité.

28. RECOMMANDATION 50

Lorsqu'un patient est isolé, sa place dans une chambre ordinaire doit être conservée.

29. RECOMMANDATION 52

Au moment où ils quittent l'hôpital, les patients doivent entrer en possession de tous les biens et objets de valeur qu'ils ont déposés lors de leur admission et au fur et à mesure de leur séjour. Lorsque des biens ou des valeurs n'ont pas été récupérés, l'ASM13 doit organiser leur restitution à leur propriétaire.

30. RECOMMANDATION 56

Une réflexion collective sur la sexualité au sein des structures de l'ASM 13 doit être conduite ; une information et des consignes doivent être diffusées tant à l'attention des patients que des soignants.

31. RECOMMANDATION 57

L'ASM13 doit se doter d'un projet d'établissement incluant un projet médical fixant les objectifs à court et moyen terme et les moyens d'y parvenir.

32. RECOMMANDATION 58

Les activités thérapeutiques organisées au sein des unités de soins doivent être recensées et faire l'objet d'une analyse annuelle.

33. RECOMMANDATION 59

Eu égard au nombre de transferts de patients entre les sites de la policlinique et de L'eau vive, il convient dans leur intérêt de s'assurer de la pertinence des parcours de soin en évaluant précisément le nombre de transferts entre les unités.

Les motifs, conditions et modalités de tout transfert doivent faire l'objet d'une procédure écrite.

34. RECOMMANDATION 60

Une politique commune doit être arrêtée au niveau institutionnel visant à harmoniser certaines pratiques de fonctionnement et de prise en charge au sein des unités de soins. Toute action ou réflexion doit être formalisée de façon traçable permettant d'en assurer le suivi et l'évaluation.

35. RECOMMANDATION 60

L'ASM 13 doit procéder rapidement au recrutement d'un médecin somaticien pouvant intervenir sur les deux sites de cet établissement.

36. RECOMMANDATION 61

Un projet d'organisation de la prise en charge des soins somatiques doit être finalisé dans les meilleurs délais. Ce projet doit intégrer la rédaction de procédures de prévention et de prise en charge de certains risques identifiés en psychiatrie, y compris pendant une période d'isolement

37. RECOMMANDATION 64

Les chambres d'isolement des unités Sept fermé et Pussin n'offrent pas les garanties de sécurité et de qualité des soins nécessaires (absence de double entrée, éloignement des infirmiers et difficultés de surveillance). Elles doivent être rénovées en tenant compte des recommandations de la Haute autorité de santé.

38. RECOMMANDATION 65

L'ASM13 doit mettre en place un registre des mesures d'isolement et de contention, et élaborer sur sa base un rapport annuel établissant un bilan quantitatif et qualitatif et présentant les mesures de correction devant être mises en œuvre.

39. RECOMMANDATION 66

Le recours à l'isolement est encore trop fréquent et sa durée pour au moins 50 % d'entre eux beaucoup trop longue. L'analyse de ces décisions et leur diminution sont impératifs.

40. RECOMMANDATION 67

L'ASM13 doit élaborer une politique d'établissement sur l'isolement se référant aux recommandations et textes législatifs et réglementaires existants. Cette politique doit être soumise aux instances consultatives et délibératives et faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation au moins annuelle donnant lieu à la rédaction d'un rapport d'activité.

41. RECOMMANDATION 68

Une procédure concernant l'isolement, commune à toutes les unités, doit être rédigée.

42. RECOMMANDATION 69

Une réflexion doit être conduite sur les patients placés en isolement à long terme et les moyens thérapeutiques substitutifs pouvant être mis en œuvre, particulièrement dans l'unité Sept Fermé. Au sein de l'unité 48-72 heures, une réflexion doit être engagée sur la pertinence de la réouverture des deux chambres d'isolement. Dans l'unité Pussin, ouverte, une réflexion doit être engagée sur le maintien de chambres d'isolement.

43. RECOMMANDATION 73

L'ASM13 doit mettre en place une politique de prévention des violences entre les personnes, dont les violences sexuelles.

44. RECOMMANDATION 75

En cas d'hospitalisation d'un mineur, l'intervention de ressources spécialisées en pédopsychiatrie doit être organisée auprès de lui.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	12
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	14
2.1 L'association de santé mentale du XIII ^{ème} arrondissement, structure associative dirigée par des médecins, offre deux lieux d'hospitalisation à temps complet à Paris et dans l'Essonne pour les patients d'un secteur parisien de psychiatrie	14
2.2 Aucune difficulté budgétaire n'entrave la prise en charge des patients.....	18
2.3 Tous les postes de travail ne sont pas couverts et la fidélisation des salariés commence à être difficile.....	18
2.4 Les patients en soins psychiatriques sans consentement sont hospitalisés dans les deux sites contrairement au principe initialement fixé.....	20
2.5 Le rattachement territorial des deux structures n'est pas cohérent et la situation de certains patients échappe au contrôle des autorités territorialement compétentes	22
3. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE	25
3.1 Les décisions d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers sont signées par des personnes sans délégation formalisée et sont parfois antidatées	25
3.2 Le registre de la loi est incomplet	26
3.3 Les audiences se déroulent une fois par semaine au tribunal d'Evry dans des conditions globalement satisfaisantes.....	28
3.4 De nombreux programmes de soins ne respectent pas les règles du code de la santé publique, privant les patients d'un contrôle par le juge.....	30
3.5 La composition des collèges des professionnels de santé est décidée sans le formalisme prévu par le code de la santé publique	32
3.6 La commission départementale des soins psychiatriques de l'Essonne et celle de Paris n'effectuent que rarement des visites	32
3.7 Aucune des autres autorités citées par le code de la santé publique ne contrôle les mesures de soins psychiatriques sans consentement.....	33
4. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS	35
4.1 Les patients en soins sans consentement sont informés de leurs droits de façon orale par l'équipe médicale et reçoivent des documents imprécis.....	35
4.2 L'information générale sur les conditions d'hospitalisation est faite de façon systématique avec un livret d'accueil par site mais les règles de vie ne sont pas déclinées par unité.....	36

4.3	Les patients peuvent déposer des plaintes et des réclamations.....	37
4.4	Les usagers sont associés à la vie de l'établissement	38
4.5	La notion de personne de confiance fait l'objet d'une information mais n'est pas mise en œuvre	38
4.6	L'accès au vote est possible pour les patients de la polyclinique mais difficile pour ceux de L'eau vive	39
4.7	L'information sur les cultes figure dans le livret d'accueil mais leur accès peut être difficile.....	39
4.8	Les patients nécessitant une protection judiciaire sont bien repérés.....	39
4.9	La confidentialité de la présence des patients est assurée	40
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	41
5.1	La liberté de circulation est insuffisante dans l'unité Sept Fermé.....	41
5.2	Les contraintes dans la vie quotidienne, peu nombreuses, témoignent parfois de l'absence de règles écrites de fonctionnement de l'unité.....	42
5.3	Les possibilités de communication avec l'extérieur sont limitées.....	43
6.	LES CONDITIONS MATERIELLES DE PRISE EN CHARGE.....	46
6.1	Les conditions d'hébergement varient selon les unités	46
6.2	Les sur occupations donnent lieu à un hébergement indigne et à des discontinuités dans le parcours de soin	49
6.3	Le système de conservation des biens des patients doit faire l'objet d'une procédure plus rigoureuse lors de leur départ.....	50
6.4	Les repas sont pris dans un cadre agréable et l'alimentation des patients est organisée de façon satisfaisante.....	52
6.5	L'offre d'activités est plus riche à Soisy qu'à Paris	53
6.6	Les relations sexuelles entre patients sont une question prégnante dans les unités mais sans réflexion collective dans l'institution	55
7.	LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	57
7.1	Les soins psychiatrique gagneraient en qualité autour d'un projet structuré incluant l'ensemble des unités concernées.....	57
7.2	Les soins somatiques doivent être rapidement organisées	60
8.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE.....	62
8.1	Le recours à l'isolement, dans des conditions matérielles insuffisantes, manque de traçabilité et de politique clairement définie	62
8.2	La politique du médicament est inexistante.....	70
8.3	Des violences très graves entre personnes sont rapportées.....	72
8.4	Le comité d'éthique ne se réunit pas.....	73
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	75
9.1	Les hospitalisations de mineurs sont rares et ne donnent pas lieu à une prise en charge spécifique	75

9.2 L'établissement ne reçoit plus de patients détenus.....	76
10. AMBIANCE GENERALE	77
ANNEXE.....	78
11. ANNEXE 1 : AFFICHETTE DE LA POLICLINIQUE SUR LE RESPECT DES PERSONNES ET DES BIENS	78

Rapport

Contrôleurs :

- Fabienne Viton, cheffe de mission ;
- Michel Clémot, contrôleur ;
- Gérard Kauffmann, contrôleur ;
- Bertrand Lory, contrôleur ;
- 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 (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué un contrôle de l'établissement de l'association de santé mentale du XIII^e arrondissement (ASM13, Paris), du 4 au 8 juin 2018.

Il s'agissait de la première visite.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au siège de l'établissement, 11 rue Albert Bayet dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris, le 4 juin 2018 à 10h. Ils ont présenté la mission à une dizaine d'auditeurs dont la directrice générale de l'établissement et son adjoint, des membres de la direction générale, deux médecins responsables d'unité.

Les contrôleurs se sont ensuite rendus dans les locaux de la polyclinique René Angelergues, 10 rue Wurtz dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris, qu'ils ont quittés le 5 juin au soir avant d'y revenir le 8 juin.

Du 6 au 7 juin, les contrôleurs ont visité les locaux de l'hôpital L'eau vive, 6 avenue du Général de Gaulle à Soisy-sur-Seine (Essonne). Une réunion de présentation a été organisée le 6 juin au matin à destination du personnel de ce second site d'hospitalisation.

Une salle de travail a été mise à la disposition des contrôleurs au siège de l'établissement s'agissant de la partie de la mission se déroulant à Paris, dans le bâtiment administratif s'agissant de celle à Soisy-sur-Seine. Tous les documents demandés par l'équipe ont été fournis 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 deux lieux d'hospitalisation.

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

Des contacts ont eu lieu, soit directement, soit par téléphone, avec des magistrats du tribunal de grande instance (TGI) et des avocats du barreau d'Evry (Essonne) à l'occasion d'une audience du juge des libertés et de la détention (JLD), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de Paris, des fonctionnaires des délégations territoriales de l'agence régionale de santé (ARS) à Paris et en Essonne, le commandant de la communauté de brigades de Saint-Pierre-du-Perray (Essonne) et les représentants d'associations de soutien aux malades et à leur famille.

La réunion de restitution a été reportée au 15 juin 2018, afin de tenir compte de contraintes d'agenda¹, en présence de la directrice générale, de son adjoint, du secrétaire général, d'un médecin responsable d'unité, de deux pharmaciens.

Le rapport de constat a été adressé à l'ARS d'Ile-de-France par courrier en date du 14 janvier 2019 ainsi qu'à la direction générale de l'ASM13, aux délégations départementales de l'ARS dans l'Essonne et à Paris, au président du tribunal de grande instance d'Evry et au procureur de la République près le même tribunal, au préfet de l'Essonne par courriers en date du 18 janvier 2019.

La direction générale de l'ASM13 a communiqué ses observations par réponse écrite le 1^{er} mars 2019. Elle y a joint des éléments relatifs au travail engagé, qui se présente comme un plan d'actions en vue de mettre en œuvre les recommandations contenues dans le rapport.

Le présent rapport définitif intègre les observations reçues à l'issue de la procédure contradictoire.

¹ Le 8 juin 2018, l'association de santé mentale du XIII^e arrondissement commémorait les soixante ans de l'association en organisant un colloque.

2. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ASSOCIATION DE SANTE MENTALE DU XIII^{EME} ARRONDISSEMENT, STRUCTURE ASSOCIATIVE DIRIGEE PAR DES MEDECINS, OFFRE DEUX LIEUX D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET A PARIS ET DANS L'ESSONNE POUR LES PATIENTS D'UN SECTEUR PARISIEN DE PSYCHIATRIE

2.1.1 Présentation de l'établissement

L'association de santé mentale du XIII^{ème} arrondissement (ASM13), association de la loi de 1901 reconnue d'utilité publique, est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC).

Au 10 rue Albert Bayet à Paris, se trouvent son siège et des locaux de soin ; d'autres locaux, répartis dans différentes rues du XIII^{ème} arrondissement de Paris et à Soisy-sur-Seine (Essonne), accueillent les autres activités de l'ASM13.

Fondée en 1958 par des professeurs en médecine, l'ASM13 est administrée par un conseil d'administration – composé d'élus de l'arrondissement, de médecins, de la direction, de personnalités qualifiées et de représentants des usagers² – et un bureau, qui délègue à une direction générale – réunissant une directrice générale médecin psychiatre psychanalyste, un directeur général adjoint également médecin et un secrétaire général.

Les membres de ces instances qui sont médecins continuent à remplir des missions de soin auprès des patients dans les services de l'ESPIC : la directrice générale dans le département de psychiatrie des enfants et des adolescents, son adjoint dans le département de psychiatrie des adultes.

L'établissement affiche sur ses documents de présentation une animation « *par un groupe de psychiatres-psychanalystes* ».

L'ASM13 est également un centre d'enseignement, offrant au public l'accès à une bibliothèque spécialisée en pédopsychiatrie et psychanalyse.

En parallèle d'un département regroupant la prise en charge médico-sociale, l'établissement organise la dispensation des soins psychiatriques dans deux départements et un pôle : le département de psychiatrie pour adultes, le département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le pôle psychanalytique.

Les structures en place, les unités de soins et leurs capacités d'hospitalisation ont évolué au cours de ces dernières années. L'organisation en place lors du contrôle est celle arrêtée en 2012.³

L'activité du département de psychiatrie pour adultes s'appuie sur :

- **la policlinique René Angelergues**, 10 rue Wurtz à Paris, « pôle urbain d'accueil et d'hospitalisation de l'ASM13 », offrant quarante lits d'hospitalisation à temps plein dont huit lits prévus depuis 2012 pour une phase d'accueil et d'évaluation de 48 à 72 heures et accolés à un centre d'accueil de crise (CAC) pour les demandes de soins urgents et non programmés ainsi que vingt-cinq places pour des prises en charge de patients en journée sans hébergement ; l'**unité 48-72 heures** est une unité fermée, les trente-deux autres lits forment une **unité ouverte** ;

² Il s'agit de la fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) et de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

³ Projet associatif 2014-2018

- **l'hôpital L'eau vive**, à Soisy-sur-Seine (Essonne), à 32 km de Paris, structure historique de l'hospitalisation à temps plein à l'ASM13, offrant deux unités de dix-sept et vingt-quatre lits, l'une fermée (**unité Sept fermé**), l'autre ouverte (**unité Pussin**) pour une prise en charge de psychiatrie générale et deux unités de vingt et un et vingt-six lits correspondant à de la postcure et des soins de suite (unité Gerville, unité Gravier) ;
- le centre médico-psychologique (CMP) Philippe Paumelle, un hôpital de jour pour adultes, un atelier thérapeutique (conditionnement, imprimerie, publication assistée par ordinateur), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un service d'accueil familial thérapeutique (SAFT, situé à Soisy-sur-Seine), le foyer Watteau pour de la postcure ainsi que des appartements thérapeutiques et le centre de psychanalyse et de psychothérapie Evelyne et Jean Kestemberg.

Des chambres d'isolement équipent l'unité 48-72 heures de la polyclinique (deux chambres), les unités Pussin et Sept fermé de l'hôpital L'eau vive (deux et trois chambres respectivement).

L'activité du département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'exerce dans des structures de soins ambulatoires et d'hospitalisation à temps partiel : le CMP Alfred Binet, deux hôpitaux de jour dont René Diatkine composé de trois unités, le centre familial d'accueil thérapeutique.

L'ASM13 n'a aucun lieu d'hospitalisation à temps plein pour les mineurs, mais elle en reçoit occasionnellement dans ses structures pour adultes à la double condition d'être âgés de plus de 15 ans et 3 mois et de résider dans le XIII^{ème} arrondissement.

Dans ces conditions, l'attention du CGLPL s'est portée sur la polyclinique René Angelergues et sur l'hôpital L'eau vive.

2.1.2 Les liens avec la psychiatrie dans le département

Parmi vingt-quatre secteurs parisiens de psychiatrie adulte couverts par quatre établissements de santé⁴, l'ASM13 couvre le secteur 75G12 correspondant au XIII^{ème} arrondissement de Paris.

Parmi douze secteurs parisiens de pédopsychiatrie couverts par neuf établissements de santé⁵, l'ASM13 couvre le secteur 75I05 correspondant au même XIII^{ème} arrondissement.

Le bassin de population est d'environ 180 000 habitants, de catégories socio-professionnelles mixtes ; le territoire se distingue, comme les arrondissements du Nord parisien, par des enclaves de logements sociaux et de pauvreté, de la monoparentalité et de la précarité face à l'emploi. Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients sont issus majoritairement de ces populations défavorisées.

L'offre d'hospitalisation dans l'arrondissement n'est pas concurrencée par l'activité privée lucrative, de même que la ressource libérale pour les consultations en psychiatrie est moins importante dans le XIII^e arrondissement que dans d'autres arrondissements parisiens.

Les relations se sont développées institutionnellement au sein de la communauté hospitalière de territoire (CHT) Sainte-Anne, devenue groupement hospitalier de territoire (GHT) en 2016.

⁴ Le centre hospitalier Sainte-Anne, les hôpitaux de Saint-Maurice, l'établissement public de santé Maison –Blanche et l'ASM13.

⁵ Le centre hospitalier Sainte-Anne, l'établissement public de santé Maison Blanche, le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, les hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne), l'hôpital Necker, l'hôpital Robert Debré, l'hôpital Bichat Claude Bernard, l'institut mutualiste Montsouris et l'ASM13.

L'ASM13 en est partenaire en tant que membre associée depuis 2013. L'ASM13 y est soucieuse de conserver son identité et son indépendance.

Les relations avec les autres structures parisiennes existent surtout à raison de l'accueil d'urgence : les patients ont généralement été d'abord accueillis au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du centre hospitalier (CH) Sainte-Anne ou dans la structure d'urgence Charles Foix dépendant du groupe hospitalier (GH) Pitié-Salpêtrière ou dans tout autre service d'accueil d'urgence des hôpitaux parisiens.

Elles peuvent aussi, s'agissant particulièrement d'admissions en soins sans consentement (SSC) sur décision du représentant de l'Etat⁶, avoir été prises en charge à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (I3P).

Les personnes relevant du secteur de l'ASM13 sont redirigées depuis ces structures après évaluation. Les personnes sans domicile fixe sont réparties à tour de rôle entre les établissements parisiens de psychiatrie par le service d'urgence qui les a reçues. En 2016, sur 2 425 accueils, 617 (soit 25 %) ont concerné des patients en provenance d'autres hôpitaux (393 soit 16 %), du CPOA (218 soit 9 %) et de manière très résiduelle directement conduits par les pompiers ou la police (6 soit 0,25 %).

En 2017, le nombre de patients admis pour des SSC représente 70 % de l'ensemble des admissions (dont 56,6 % en ASPDT⁷) (versus 61 % en 2016 dont 50 % en ASPDT). Ces chiffres sont en augmentation de 10 %.⁸

Cet établissement de santé est donc entièrement dépendant des services d'urgence notamment du CPOA et des urgences psychiatriques de la Pitié-Salpêtrière pour les ASPDT, de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (I3P) pour les ASPDRE. Mais aucun document récent organisant les relations entre ces structures n'a été communiqué aux contrôleurs.

Recommandation

Il importe de mener une réflexion, avec les services d'urgence, sur les pratiques qui conduisent à une hospitalisation en soins sans consentement dans les services de l'ASM13 afin de formaliser un document cadre précisant le rôle des différents établissements de santé et institut, les modalités de fonctionnement entre eux et des indicateurs de suivi et d'évaluation.

Dans ses observations en date du 1^{er} mars 2019, la direction générale de l'ASM13 rend compte de liens en 2008 entre le département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec le service des urgences pédopsychiatriques de la Pitié Salpêtrière afin de mieux identifier les flux des patients entre les deux établissements et réfléchir à une articulation entre les deux lieux de soins. Une proposition de fiche de liaison avait été formalisée mais jamais mise en œuvre.

De plus, une convention de partenariat signée en 1998 entre le centre Alfred Binet et le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière doit être « réactivée, réévaluée et réactualisée pour être conforme aux nouvelles organisations et

⁶ ASPDRE : admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

⁷ ASPDT : admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers.

⁸ Source du département de l'information médicale (DIM).

pratiques de soins ». Des rencontres ont eu lieu en ce sens et cette action de partenariat sera à inscrire dans l'axe 2 du prochain projet d'établissement.

L'ASM13 atteste de sa participation à une commission dite « DIRP-75 » réunissant les responsables des secteurs parisiens, ayant pour objet le recensement des structures d'hébergement précaire, ou pour personnes précaires, dans chaque secteur.

Enfin, elle a élaboré et transmis aux contrôleurs des outils de suivi des procédures de SSC, appliqués aux années 2017 et 2018, afin de mieux identifier la provenance, puis les modalités du séjour et enfin les conditions de la sortie, des patients en SSC.

Les contrôleurs en prennent note et maintiennent leur recommandation en l'état.

2.1.3 Les objectifs et les projets de l'établissement

Aucun projet d'établissement n'a été remis aux contrôleurs. Il s'agit pourtant d'une obligation législative pour tout établissement de santé, intégrant ceux désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur.⁹

Dans ses observations du 1^{er} mars 2019, la direction générale de l'ASM13 précise que le projet d'établissement est en cours d'élaboration avant validation par les instances associatives puis par l'ARS avant la fin de l'année 2019 ; il intégrera des réponses à « un grand nombre des recommandations [du CGLPL] relatives à la politique médicale et à la politique qualité de l'établissement ».

Le projet associatif de 2014 à 2018 a été communiqué aux contrôleurs. Ce document permet une meilleure compréhension de l'organisation de cette institution, de son histoire et de ses récentes évolutions, mais ne saurait se substituer à un projet d'établissement devant définir sur la base du projet médical la politique générale de l'établissement (cf. §7.1).

Il inscrit l'action de la direction de l'établissement dans le cadre, historique, suivant : « *son caractère associatif, son engagement dans une psychiatrie humaniste, son abord psychopathologique des troubles mentaux qui fait une large place à la théorie et à la pratique psychanalytique, sans pour autant négliger les apports de plus en plus riches des neurosciences, son attachement à la dimension institutionnelle du soin et partant à la politique de secteur, sa conviction de la nécessaire formation continue de tous ses collaborateurs.* ». Il affiche aussi la volonté de prendre en compte les évolutions – notamment législatives – des champs sanitaire et psychiatrique et de porter la réflexion sur « *l'hospitalisation et sa modernisation* », à savoir « *La progressive transformation du projet de soin de la policlinique, la rénovation indispensable des locaux de Soisy-sur-Seine et le regroupement sur un seul bâtiment de l'unité Sept Fermé et du pavillon Pussin [...].* ».

Sous l'impulsion de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France et du GHT, l'aménagement de quarante lits de psychiatrie sur une parcelle de terrain appartenant au CH Sainte-Anne est à l'étude, en remplacement des quarante-et-un lits actuellement implantés à Soisy-sur-Seine (Essonne). Ce projet fait suite à plusieurs, avortés, dont un consistant à intégrer quatre-vingts lits de psychiatrie de l'ASM13 au sein d'un bâtiment existant du CH Sainte-Anne lui-même et un autre consistant à s'implanter sur l'emprise de l'hôpital Henri Ey dépendant de l'établissement public de santé Maison Blanche dans le XIII^{ème} arrondissement également. Parallèlement, la possibilité de rénover le bâtiment de l'unité Sept Fermé de l'hôpital L'eau vive a été proposée,

⁹ Article L. 6143-2 du code de la santé publique

évacuée, puis considérée comme une nécessité car la volonté de « rapprocher les lits des habitations », à l'origine des discussions, n'aura pas de conséquences concrètes avant 2025.

La visite du CGLPL s'est donc faite en juin 2018 dans un contexte mouvant quant à l'avenir des conditions matérielles d'hospitalisation.

2.2 AUCUNE DIFFICULTE BUDGETAIRE N'ENTRAVE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

L'ASM13 bénéficie d'une dotation globale de fonctionnement (DGF) inférieure à 50 millions d'euros, 20 % correspondant à l'activité médico-sociale, 80 % à l'activité sanitaire. Cette dotation est en baisse depuis 2016. Le budget de la psychiatrie s'est ainsi élevé à 36 452 151 euros en 2017, complétée par d'autres produits dont ceux de l'activité hospitalière pour atteindre une quarantaine de millions d'euros.

Selon les éléments recueillis, le budget de l'activité sanitaire est habituellement à l'équilibre, comme cela a été dit aussi de celui de l'activité médico-sociale. Des excédents ont même été signalés, exceptionnellement en 2017.

Les dépenses en personnel s'élèvent à environ 33 millions d'euros, soit 80,9 % du budget projeté¹⁰ en 2018. Les dépenses consacrées à l'hôtellerie se montent à plus de 5 millions d'euros, celles à caractère médical autour de 400 000 euros. Au cours de la visite, il n'a pas été fait état de manque budgétaire pour expliquer un défaut dans la prise en charge.

L'absence d'investissement relève davantage de l'absence de décision politique quant au devenir des lits d'hospitalisation en psychiatrie que de difficultés financières. Les dépenses d'amortissement et d'investissement ont ainsi été inférieures à 2 millions d'euros en 2017. L'ASM13 a indiqué avoir proposé à l'origine un projet de rénovation de l'unité Sept Fermé dont elle assurait seule le financement. Des sommes ont été provisionnées. Eu égard à l'état de délabrement des locaux de cette unité et à la projection du transfert des lits à compter de 2025 seulement, l'ASM13 a indiqué engager à partir de 2018 et sur cinq ans des dépenses pour des travaux d'entretien (chaufferie, étanchéité, chambres, communs, etc.) dans cette unité.

2.3 TOUS LES POSTES DE TRAVAIL NE SONT PAS COUVERTS ET LA FIDELISATION DES SALARIES COMMENCE A ETRE DIFFICILE

Les ressources humaines ne sont pas quantitativement contraintes par les données financières, même s'il a été rapporté la volonté d'alléger les dépenses en personnel, qui sont déjà passées d'environ 86 % à 81 % du budget selon ce qui a été indiqué. Cette diminution de la masse salariale s'est opérée en externalisant des prestations de ménage et de restauration, en contractant des postes de cadre supérieur de santé devenus un seul poste par site et en mutualisant certaines fonctions dont celles liées à la gestion des ressources humaines.

Les contrats de travail, portés par la structure associative elle-même, concernent environ 1 000 personnes, relevant de la convention collective nationale de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs datant de 1951. Ce cadre ne serait plus aussi attractif qu'autrefois. Les conditions salariales des agents des services hospitaliers (ASH) seraient concurrencées par celles en vigueur dans le secteur public dès lors que l'agent acquiert de l'ancienneté.

¹⁰ Source : Etat prévisionnel des dépenses et des recettes (EPRD).

En 2017, selon le bilan social de chaque site, 2 % de la masse salariale a été consacré à la formation du personnel ; il s'agissait de 2,3 % jusqu'en 2016. La direction générale de l'ASM13 précise, dans ses observations du 1^{er} mars 2019 en réponse à la communication du rapport de constat, qu'elle « dispose d'un organisme de formation PSY 13 qui [lui] permet d'inscrire nos professionnels sur des sujets connexes aux préoccupations soulevées par le rapport ».

Le personnel médical habite plutôt Paris, le personnel soignant la région parisienne. Cette donnée est prise en compte dans les discussions en cours sur le devenir de L'eau vive.

2.3.1 Le personnel médical

Selon les éléments transmis aux contrôleurs, le personnel médical de l'ensemble de l'établissement correspond à une quarantaine d'équivalents temps plein (ETP). Une partie a plus de 60 ans, l'autre a une quarantaine d'années, issus de recrutement plus récents, attirés par « *la collégialité, le portage médical du projet d'établissement, la richesse des échanges, plus de souci de la qualité des soins et moins de limites économiques et financières* », selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs.

Concernant les seuls lieux d'hospitalisation à temps complet, l'ASM13 emploie :

- A l'eau vive :
 - deux praticiens hospitaliers (PH) qui couvrent 1,1 ETP à l'unité Sept Fermé ;
 - deux PH qui couvrent 1 ETP à Pussin.
- A la polyclinique René Angelergues :
 - quatre PH qui couvrent 2 ETP dont 0,3 ETP reste vacant en juin 2018.

Ces praticiens interviennent également dans les services extrahospitaliers de l'ASM13.

De plus, 1,5 ETP est budgété pour des médecins assistants ou attachés sur les deux lieux d'hospitalisation (0,5 ETP à Pussin, 1 à la polyclinique) mais ne sont pas couverts.

Tous les postes d'internes ne sont pas occupés : il en manquait un à Sept fermé et deux à la polyclinique. Cette vacance est un phénomène récent.

Les médecins effectuent une astreinte la nuit et se déplacent à la demande de l'interne de garde.

Les pédopsychiatres, qui n'interviennent pas dans le dispositif d'hospitalisation à temps complet, ne participent pas aux astreintes de la psychiatrie pour adultes, ce qui ne pose pas de difficulté dès lors qu'aucun mineur n'est hospitalisé mais en pose dans le cas contraire (cf. § 9.1).

Aucun médecin généraliste n'intervient au sein de l'ASM13. Il a toutefois été indiqué qu'un poste, budgété à hauteur de 80 %, est en cours de recrutement.

2.3.2 Le personnel non médical

Le personnel non médical de l'ensemble de l'établissement correspond à plus de 467 ETP.

Concernant les deux seuls lieux d'hospitalisation à temps complet, l'ASM13 emploie :

- A l'eau vive :
 - à l'unité Sept Fermé, vingt-cinq agents qui couvrent 22,35 ETP. Cela comprend un ergothérapeute, un assistant social, un assistant médico administratif. Mais près de 1 ETP d'agent des services hospitaliers (ASH) est vacant ;
 - à Pussin, vingt-cinq agents qui couvrent 22,45 ETP. Cela comprend deux ergothérapeutes, un assistant social, un assistant médico administratif. Mais 0,8 ETP d'infirmier est vacant.

- A la polyclinique René Angelergues :
 - soixante-et-un agents qui couvrent 51,18 ETP. Cela comprend un psychologue, un personnel socio-éducatif, un assistant social, quatre assistants médico administratifs. Mais 5,85 ETP sont vacants, dont 0,8 ETP de cadre de santé, 4,25 ETP d'infirmiers, 0,8 ETP d'aide-soignant.

Pour remplacer le personnel soignant en cas de congés ou en cas de vacance du poste, l'ASM13 recourt aisément aux vacataires. Eu égard au nombre de postes vacants, c'est à Paris que le recours aux vacataires est historiquement le plus fréquent¹¹, même s'il l'est aussi dorénavant à Soisy-sur-Seine. Il est toutefois plus facile de recruter temporairement à L'eau vive qu'à la polyclinique : des retraités de L'eau vive habitent toujours à proximité et peuvent être appelés, de même que des actifs ayant déjà travaillé en contrat à durée déterminée dans la structure. En mai 2018, à Pussin, sept infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et un aide-soignant (AS) renforçaient les équipes.

Si cela permet d'assurer quantitativement la présence nécessaire auprès des patients, on remarque que, de manière générale, cela ne permet pas une présence qualitative.

Le jour, les plannings des unités Sept fermé et Pussin prévoient chacun jusqu'à huit infirmiers présents entre 12h et 16h (quatre assurent le service du matin à compter de 7h et quatre autres le service de l'après-midi jusqu'à 20h30 ou 21h). Des soignants supplémentaires sont prévus en cas d'accompagnement de patient à l'extérieur. Il arrive que trois quarts à 4/5^{ème} de l'effectif de soignants soit composé de vacataires, comme ce fut le cas quatre jours en mai 2018 à Pussin.

La nuit, les équipes sont dédiées. A l'unité Sept Fermé par exemple, deux infirmiers sont présents la nuit : un premier prend son service à 20h30, un second à 21h.

2.4 LES PATIENTS EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT SONT HOSPITALISES DANS LES DEUX SITES CONTRAIREMENT AU PRINCIPE INITIALEMENT FIXE

2.4.1 Les patients en soins sans consentement

En 2016 et 2017, 477 (dont 77 en ASPDRE) et 553 (dont 99 en ASPDRE) personnes en soins sans consentement ont été respectivement admises dans les unités des deux sites. En deux ans, 245 admissions ont été prononcées en ASPDT/U et 286 en ASPPI¹² soit 62 % de celles à la demande d'un tiers.

Entre le 1^{er} janvier 2018 et le 7 juin 2018 (soit 5 mois et 7 jours), 161 nouvelles admissions ont été enregistrées sur le registre de la loi : 25 ASPDRE et 136 ASPDT. Parmi les 76 dernières mesures, la nature de cinq d'entre elles n'a pas pu être identifiée, faute d'information (cf. § 3.2), et 41 des 71 autres l'étaient en ASPDT/U (15) et en ASPPI (26), soit une proportion proche de celle observée en 2016 et 2017. Le nombre important de ASPPI observé serait justifié par la difficulté des praticiens urgentistes de trouver un tiers.

¹¹ Sources : « Bilan social 2017 Paris » et « Bilan social 2017 Soisy ». Sept travailleurs temporaires par mois en moyenne en 2015 puis 2016, contre 0,3 à Soisy-sur-Seine. Cela ne concerne pas que la Polyclinique mais l'ensemble des services situés à Paris, de même que l'ensemble de ceux situés à Soisy-sur-Seine.

¹² ASPDT/U : admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence.

ASPPI : admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent.

Les patients admis en SPDRE proviennent de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (I3P), à Paris. Parmi ceux en ASPDT, certains sont préalablement passés par le service des urgences de la Pitié-Salpêtrière à Paris (XIII^{ème} arrondissement) ou le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de l'hôpital Sainte-Anne (XIV^{ème} arrondissement) (cf. §2.1.2).

Certaines mesures sont levées très rapidement, parfois dès l'établissement du certificat de 24 heures ou de celui de 72 heures. Selon le rapport d'activités de l'ASM13, la durée moyenne d'hospitalisation a été, pour les ASPDRE, de 85 jours en 2016 et de 65 jours en 2017 et, pour les ASPDT, de 37 jours en 2016 et de 32 jours en 2017.

Recommandation

En lien avec les services d'urgence, il s'avère nécessaire d'étudier les conditions de recours aux procédures d'ASPDT et d'ASPPI, en analysant leur provenance, les motifs de ces demandes, leur durée, et les modalités de sortie.

Avec ses observations transmises le 1^{er} mars 2019, l'ASM13 joint une note en date de février 2019 concluant à la faisabilité de l'étude des procédures de soins sans consentement, à laquelle sont annexées deux recueils de données sur les procédures de 2017 et de 2018.

L'établissement transmet également la fiche d'un poste de chef de projet créé en vue du « Développement des projets informatiques impactant les organisations de soin sur l'ensemble de l'ASM13 » et ayant pour mission principale « sous l'autorité du directeur des soins [...] de mettre en place son développement en adéquation avec le cadre réglementaire, les contraintes techniques et la vision transversale des parcours patient ».

2.4.2 La répartition des patients entre les lieux d'hospitalisation

Selon les règles prévues par l'association, les patients en soins psychiatriques sans consentement sont hospitalisés à l'hôpital L'eau vive à Soisy-sur-Seine et seuls ceux en ASPDT, ASPDT/U et ASPPI séjournent durant une courte période à la polyclinique à Paris. Les patients en ASPDRE, en provenance de l'I3P, partent directement à Soisy-sur-Seine. Cette répartition des ASPDT et des ASPDRE a été actée il y a plusieurs années au motif que les SDRE sont des patients plus désorganisés, violents et répondant mal à un traitement.¹³

Ainsi, le livret d'accueil de la polyclinique indique, s'agissant des patients en ASPDT, ASPDT/U et ASPPI :

« Ces soins se déroulent d'abord sous forme d'une hospitalisation complète pour une période d'observation de 72 heures dans une petite unité adaptée à ces soins intensifs au sein de la polyclinique.

Au cours de ces 72 heures, votre situation de soin sera évaluée pour envisager la suite de votre prise en charge médicale.

Si votre hospitalisation complète doit être maintenue, vous la poursuivrez à l'hôpital l'Eau Vive à Soisy-sur-Seine. Le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance d'Evry vous recevra avant le 12^{ème} jour de votre hospitalisation ».

Cette situation, initialement prévue, a toutefois évolué et cette règle n'est plus respectée.

Ainsi, lors de la visite, **au sein des deux unités de la polyclinique**, se trouvaient :

¹³ Projet associatif § 3.3.2

- à l'unité fermée 48-72 heures : deux patients en ASPDT, un en ASPDT/U, deux en ASPPI et un mineur ; les cinq majeurs y avaient été admis le 16 mai 2018 (soit depuis plus de 3 semaines), le 3 juin 2018 (soit depuis 5 jours), le 4 juin 2018 (soit depuis 4 jours), le 5 juin 2018 (soit depuis 3 jours) et le 6 juin 2018 (soit depuis 2 jours) ; le mineur avait été admis le 31 mai 2018 (soit depuis 9 jours) ;
- à l'unité ouverte : seize patients en soins libres mais aussi un en ASPDRE, deux en ASPDT/U et deux en SPPI ; les personnes en soins sans consentement avaient été admises le 4 février, le 28 mars, le 29 mars, le 27 avril et le 27 mai 2018 (soit entre 12 jours et 4 mois).

Les informations recueillies et l'examen des dossiers montrent que les patients en soins psychiatriques à la demande d'un tiers sont d'abord admis à l'unité 48-72 heures pour une période d'observation à l'issue de laquelle :

- soit la mesure est levée ; certains patients peuvent être ensuite hospitalisés en soins libres ou suivis en ambulatoire ;
- soit une décision d'hospitalisation complète est prononcée ; le patient rejoint alors, normalement, l'hôpital l'eau vive à Soisy-sur-Seine ;
- soit une décision de maintien de la mesure avec un programme de soins est prise ; certains passent alors à l'unité ouverte de la polyclinique sous couvert d'un programme de soins qui n'est qu'une hospitalisation complète avec, éventuellement, quelques sorties (cf. § 3.4 et § 6.2).

Ainsi, les séjours à l'unité fermée 48-72 heures peuvent se prolonger au-delà de la décision prononçant la forme de la prise en charge, prise après le certificat médical de 72 heures. Cette situation n'est pas exceptionnelle et certains y restent suffisamment longtemps pour être convoqués à l'audience du juge des libertés et de la détention (cf. § 3.3). Le 8 juin 2018, une femme en ASPPI était hospitalisée dans cette unité depuis plus de 3 semaines, bien au-delà du seuil de 72 heures.

A la même date, les cinq patients en soins sans consentement (dont un en ASPDRE) hospitalisés à l'unité ouverte étaient en programme de soins (cf. § 3.4).

A l'hôpital l'Eau vive à Soisy-sur-Seine, au sein des deux unités, se trouvaient :

- à l'unité fermée, Sept fermé : vingt patients (quatre en ASPDT, sept en ASPDT/U, deux en ASPPI et sept en ASPDRE) ;
- à l'unité ouverte, Pussin : vingt-huit patients (six en soins libres, quatre en ASPDT, trois en ASPDT/U, quatre en ASPPI et onze en ASPDRE).

Dix-neuf de ces patients (soit plus d'un tiers), dont six affectés à l'unité fermée, étaient hospitalisés tout en faisant l'objet d'un programme de soins (cf. § 3.4).

2.5 LE RATTACHEMENT TERRITORIAL DES DEUX STRUCTURES N'EST PAS COHERENT ET LA SITUATION DE CERTAINS PATIENTS ECHAPPE AU CONTROLE DES AUTORITES TERRITORIALEMENT COMPETENTES

Tout d'abord, le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal de grande instance (TGI) d'Evry est saisi de toutes les hospitalisations complètes des patients en soins sans consentement, qu'ils soient accueillis à la polyclinique à Paris (XIII^e arrondissement) ou à l'hôpital L'eau vive à Soisy-sur-Seine (Essonne). Il convient d'observer :

- que toutes les décisions d'admission et toutes les décisions de maintien en hospitalisation complète prises à l'issue des 72 heures indiquent une hospitalisation « à la polyclinique 10 rue

Wurtz - 75013 - Paris ou à l'hôpital L'eau vive, 6 avenue du général de Gaulle - 91450 Soisy sur Seine », sans plus de précision ;

- que la saisine du JLD ne précise pas le site dans lequel le patient a finalement été hospitalisé.

La convention « *organisant les modalités de contrôle judiciaire des mesures de soins psychiatriques en application de l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique* » du 6 novembre 2014, passée entre le TGI d'Evry et l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, fait état des patients hospitalisés à « *l'hôpital de L'eau vive, sis 6 avenue du général de Gaulle - 91450 Soisy-sur-Seine* » et ne mentionne pas ceux de la policlinique de Paris.

Ainsi, pour le magistrat, la règle est que tous les patients en ASPDRE sont directement admis à l'hôpital L'eau vive à Soisy-sur-Seine et que ceux en ASPDT, ASPDT/U et ASPPI y sont transférés après une brève période d'observation à la policlinique. Pourtant, lorsque leur situation est soumise au contrôle du JLD d'Evry, certains sont hospitalisés à la policlinique à Paris : trois de ces patients ont ainsi été convoqués à l'audience du JLD d'Evry le 30 mai 2018 et deux à celle du 6 juin 2018 ; cette situation n'est pas exceptionnelle.

L'examen des ordonnances du JLD montre également :

- que le magistrat a été saisi « *par le directeur de l'établissement de santé de L'eau vive* », donc un hôpital situé dans l'Essonne ;
- que, dans l'exposé du litige, logiquement, il mentionne que le patient « *a été admis en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète au centre hospitalier Eau vive [...]* », y compris quand celui-ci est, dans la réalité, hospitalisé à la policlinique.

Les avocats, contactés par les contrôleurs, ont indiqué ignorer cette situation. Pour eux aussi, tous les patients présentés aux audiences du JLD au TGI d'Evry sont hospitalisés à Soisy-sur-Seine, dans le ressort du tribunal. Rien dans les documents qui leur sont transmis n'indique le contraire.

L'examen de la situation des patients résidant à Paris, dans le XIII^e arrondissement, hospitalisés dans un établissement de santé également implanté dans le XIII^e arrondissement, par le JLD du TGI d'Evry ne manque donc pas de surprendre. Cette situation est d'autant plus curieuse qu'une salle d'audience, annexe du TGI de Paris, est installée depuis septembre 2015 dans l'enceinte de l'hôpital Sainte-Anne, rue Cabanis, dans le XIV^e arrondissement de Paris, à moins d'un kilomètre de la policlinique de la rue Wurtz.

Ensuite, le préfet de police est le seul à décider des mesures d'ASPDRE alors que les patients sont dans l'Essonne, que les articles L.3213-1 à L.3213-9 du code de la santé publique confient les différentes décisions au « *représentant de l'Etat dans le département* » et que l'article L.3213-10 du même code indique que, à Paris (sans autre extension), le représentant de l'Etat dans le département est le préfet de police.

Ces patients, après un passage à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (I3P, située rue Cabanis dans le XIV^e arrondissement de Paris) sont directement admis à l'hôpital L'eau vive. La décision d'admission mais aussi les décisions suivantes prononçant la forme de la prise en charge et celles de maintien, les autorisations de sortie ou les décisions de passages en programme de soins sont prises par le préfet de police. Ainsi, des patients en ASPDRE peuvent bénéficier d'autorisations de sortie mais aussi de programmes de soins limités à des sorties quotidiennes de quelques heures à Soisy-sur-Seine, commune de l'Essonne, sans que le préfet de l'Essonne n'en soit informé et ne puisse exercer le contrôle d'une mesure se déroulant pourtant dans sa zone de compétence.

De même, l'intervention du service de police ou de gendarmerie compétent à raison du lieu en cas de fugue ou disparition inquiétante de patient n'est pas claire. Selon ce qui a été déclaré aux contrôleurs, la procédure prévoit, à Soisy-sur-Seine y compris, d'adresser une télécopie à la préfecture de police de Paris, qui n'est pas compétente sur le territoire de l'Essonne. La procédure en vigueur n'a pas été modifiée, en raison – *selon les arguments avancés* – de la complexité du croisement du statut juridique des patients et de la double implantation territoriale de l'ASM13. Des contacts existent toutefois avec la communauté de brigades de Saint-Pierre-du-Perray et permettent de signaler ces fugues aux gendarmes par téléphone. Entre juin 2017 et juin 2018, toutefois, la gendarmerie n'a pas enregistré de signalement de fugue ou disparition inquiétante et relève qu'elle n'a pas non plus été contactée par la préfecture de police de Paris à ce sujet. A ce stade des informations recueillies, les contrôleurs émettent des doutes sur l'effectivité de l'intervention des forces de l'ordre en cas de disparition de patients dans l'Essonne.

Enfin la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de l'Essonne intervient à l'hôpital L'eau vive mais jamais à la policlinique, laissant cela à la CDSP de Paris (cf. § 3.6). Elle est aussi l'unique interlocutrice de l'ASM13 et la seule à recevoir les différents documents (certificats médicaux, décisions d'admission, décisions de maintien, etc.) dont la communication est prévue par le code de la santé publique ; la CDSP de Paris n'est destinataire d'aucune de ces pièces. De plus, un seul registre de la loi est tenu, à Soisy-sur-Seine, pour les deux établissements (cf. § 3.2). Dans ces conditions, la CDSP de Paris est placée dans une situation ne lui permettant pas d'exercer pleinement ses attributions.

Les contrôleurs observent que, dans d'autres établissements de la région parisienne, également implantés sur plusieurs sites de départements différents, la situation est traitée d'une façon plus rationnelle. Il en est ainsi du groupe hospitalier Paul Guiraud principalement implanté à Villejuif (Val-de-Marne) mais qui dispose d'un hôpital à Clamart (Hauts-de-Seine) : le préfet du Val-de-Marne, le JLD du TGI de Créteil (Val-de-Marne) et la CDSP du Val-de-Marne sont compétents pour les patients admis en soins psychiatriques sans consentement à Villejuif ; le préfet des Hauts-de-Seine, le JLD du TGI de Nanterre (Hauts-de-Seine) et la CDSP des Hauts-de-Seine le sont pour ceux admis à Clamart.

Recommandation

Les différentes décisions relatives aux soins psychiatriques sans consentement et le contrôle de ces mesures doivent relever des autorités administratives et judiciaires territorialement compétentes sur les lieux réels de l'hospitalisation.

Dans ses observations en date du 1^{er} mars 2019, la direction générale de l'ASM13 précise : « Compte tenu de la complexité juridique [...], nous avons fait appel à un cabinet d'avocats spécialisés [...] puisqu'il convenait de s'interroger sur le département de rattachement des patients pris en charge dans le cas d'une hospitalisation sans consentement. Au décours de cette consultation nous nous proposons de nous tourner vers les affaires juridiques spécialisées en psychiatrie de l'ARS Ile-de-France pour étudier ce sujet. Pour mémoire, aucun patient originaire de l'Essonne n'est admis dans ces unités. ».

Le cabinet d'avocats a transmis son analyse en septembre 2018 et l'ASM13 l'a communiquée au CGLPL, qui maintient sa recommandation.

3. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE

3.1 LES DECISIONS D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS SONT SIGNÉES PAR DES PERSONNES SANS DELEGATION FORMALISEE ET SONT PARFOIS ANTIDATEES

Les différentes décisions d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et les décisions de maintien sont prises au nom du secrétaire général de l'association et sont, le plus souvent, signées par la secrétaire du bureau de la gestion des hospitalisations.

Les articles L.3212-1 – II et L.3212-4 alinéa 2 du code de la santé publique stipulent :

- « le directeur de l'établissement prononce l'admission [...] » ;
- « le directeur de l'établissement prononce le maintien pour une durée d'un mois, en retenant la forme de la prise en charge proposé par le psychiatre [...] ».

Au sein de l'association, un protocole, daté du 31 mars 2017, traite du « rôle du directeur administratif dans le process de mise en œuvre de la loi de 2011 relative aux soins sous contrainte ». Ce document indique : « le directeur administratif est responsable de la mise en œuvre de la loi de 2011 en veillant au respect des procédures en particulier des délais légaux et de l'information au patient sur ses droits et recours, dès sa prise en charge dans l'établissement jusqu'à la levée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. Il délègue une partie de cette responsabilité au directeur des soins et au cadre supérieur de l'hospitalisation qui représentent l'établissement lors des audiences, mais aussi, veillent au respect de la liberté du patient ». Il ajoute : « le directeur administratif ou les délégués signent les décisions ».

Cette mesure s'explique probablement par la situation particulière de l'association au sein de laquelle la directrice générale et son adjoint sont également psychiatres, ce qui les conduit à rédiger et signer des certificats médicaux, lesquels servent ensuite de base aux décisions d'admission, de maintien, de passage en programme de soins et de levée.

Ce protocole, vérifié par le responsable de la qualité de l'établissement, a été validé et signé par le directeur des soins. Il ne constitue toutefois pas une délégation datée et signée par la directrice générale. De plus, il traite des attributions d'un directeur administratif et non de celles d'un secrétaire général.

De plus, le protocole ne désigne que deux délégués pour le directeur administratif. Or l'examen des dossiers des patients montre que d'autres agents ¹⁴ – généralement la secrétaire du bureau de la gestion des hospitalisations, parfois une secrétaire de direction ¹⁵ – signent les décisions par délégation. Malgré les demandes répétées des contrôleurs durant la visite, aucun document formel de délégation de signature n'a pu être présenté et seule une feuille non datée et non signée, dressant la liste des personnes habilitées, leur a été remise.

Le protocole définissant le « rôle de la secrétaire du bureau des entrées dans le process de la mise en œuvre de la loi de 2011 relative aux soins sous contrainte », daté du 31 mars 2017, indique, tant pour la décision d'admission que pour les décisions de maintien en hospitalisation complète ou de passage en programme de soins : « la secrétaire du [bureau des entrées] remplit la décision et la fait signer par le directeur des soins ou par le cadre supérieur de l'hospitalisation ».

¹⁴ Il s'agit de la fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) et de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

¹⁵ Il s'agit de la fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) et de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

On peut donc considérer au strict plan formel que les patients, alors en soins sous contrainte, ont été placés dans cette situation par une autorité qui n'en a pas compétence.

Par ailleurs, si les décisions d'admission en soins psychiatriques sont signées rapidement du lundi au vendredi, tel n'est pas le cas durant les week-ends et jours fériés. En l'absence de l'agent du bureau de la gestion des hospitalisations, les décisions sont rédigées et signées le premier jour ouvrable suivant : le lundi après un week-end voire le mardi si le lundi est férié. Comme les contrôleurs l'ont observé en consultant les dossiers, des décisions d'admission ont ainsi été établies avec plusieurs jours de retard. Selon les informations recueillies, les magistrats ont fait des observations sur cette pratique pour que la décision soit concomitante à l'admission et des mesures ont été levées par le juge pour ce motif. Désormais, les décisions sont toujours signées le premier jour ouvrable suivant le week-end ou le jour férié mais sont antidatées pour que, en apparence, les dates concordent. Cette situation est préjudiciable aux patients qui ne peuvent recevoir la notification de la mesure et des droits qu'avec un décalage important. Ces personnes sont ainsi privées de liberté durant plusieurs jours sans aucun titre.

Les différents protocoles qui traitent de la procédure à suivre selon les modes d'admission en soins psychiatriques sans consentement, confient au cadre de garde ou d'astreinte le soin de vérifier la conformité des certificats médicaux. La signature des décisions d'admission durant les week-ends et jours fériés n'y est pas abordée.

Recommandation

Les décisions d'admission, prises au nom de la directrice générale ou, par délégation de pouvoir, du secrétaire général, doivent être signées par un membre de l'encadrement administratif supérieur dûment habilité dès le début de l'hospitalisation, y compris durant les week-ends et jours fériés. L'établissement doit impérativement mettre en place une organisation qui le garantisse.

Dans ses observations en date du 1^{er} mars 2019, la direction générale de l'ASM13 indique avoir bien pris note de la nécessité de mettre en place une organisation qui garantisse les bonnes procédures relatives aux décisions d'admission.

Elle précise avoir élaboré un schéma de délégation du directeur général vers le secrétaire général également directeur administratif et financier, le directeur administratif et financier adjoint, le directeur des soins, le directeur des ressources humaines, les quatre cadres supérieurs de santé. Le médecin pédopsychiatre - qui peut être directeur général ou directeur général adjoint selon les statuts de l'ASM13 - est exclu de ce schéma d'astreinte, qui court sur une semaine du vendredi au vendredi et 24h/24h.

L'éloignement des deux sites lui fait étudier la possibilité d'une signature dématérialisée en lien avec le dossier patient informatisé.

Elle intègre à sa réflexion les besoins de formation des acteurs concernés et ajoute que les délégations de signature sont en cours de formalisation.

3.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST INCOMPLET

L'établissement tient deux registres : l'un pour les ASPDRE et l'autre pour les ASPDT. Ils sont renseignés à l'hôpital L'eau vive à Soisy-sur-Seine et regroupent tous les patients admis sur les deux sites.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné les registres regroupant les mesures prises depuis le 1^{er} janvier 2018¹⁶. Il en ressort trois observations majeures.

D'abord, toutes les personnes admises en soins sans consentement n'y sont pas enregistrées. Sur le registre 47, sur soixante-seize folios, cinq n'étaient pas renseignés et seul un nom était porté au crayon de papier (sans identité complète, sans date d'admission, sans aucun certificat médical, etc.). L'examen des folios montre que ces entrées datent parfois de plusieurs mois : entre le 31 mars et le 3 avril 2018 pour le premier ; entre le 19 et le 25 avril 2018 pour le deuxième ; entre le 18 et le 21 mai pour le troisième ; entre le 22 et le 27 mai 2018 pour le quatrième ; après le 27 mai 2018 pour le cinquième (qui a été convoqué à l'audience du JLD le 6 juin 2018). Sur le registre 15, sur vingt-cinq folios, la même situation a été constatée une fois.

Ensuite, des patients admis depuis plus de 24 heures n'y étaient pas inscrits alors que l'article L.32132-11 du code de la santé publique fixe ce délai maximal. Les derniers admis, qui se trouvaient à l'unité fermée de la policlinique, n'étaient pas tous inscrits : seuls, deux sur six l'étaient ; un était inscrit au crayon de papier (sans autre indication que son nom de famille) ; trois (admis les 30 mai, le 4 juin et le 5 juin 2018) n'étaient pas enregistrés. Le non-respect de la chronologie des admissions montre aussi que des rattrapages sont effectués et que des patients sont enregistrés avec retard.

Enfin, des certificats manquent, rendant impossible tout suivi du parcours. Ainsi, dans un cas, rien n'avait été collé sur la page 2 du folio après le certificat de 24 heures alors que la mesure semblait se poursuivre.

Selon les informations recueillies, la mise à jour du registre est effectuée une fois par semaine. Ce rythme est manifestement insuffisant.

D'autres constats, d'importance moindre, ont été également effectués même si les photocopies des arrêtés du représentant de l'Etat sont collées et si le cartouche relatif à la levée est systématiquement renseigné. Ainsi, sur la page 1 des folios :

- le cartouche relatif à l'identité du tiers n'est pas renseigné mais une photocopie (réduite) de la demande est collée ;
- le cartouche relatif aux patients placés sous tutelle ou curatelle reste vierge ;
- le cartouche relatif aux formes autres qu'une prise en charge en hospitalisation complète n'est jamais renseigné mais les certificats relatifs aux programmes de soins sont collés sur les pages suivantes, ne permettant pas de repérer immédiatement les patients bénéficiant de cette prise en charge ;
- le cartouche relatif à la date et au dispositif de la décision du juge des libertés et de la détention n'est jamais renseigné mais la photocopie de l'ordonnance est collée sur les pages suivantes.

Les certificats, photocopiés en format réduit mais parfaitement lisibles, sont collés dans l'ordre chronologique. Par ailleurs, les patients hospitalisés à la policlinique sont parfaitement identifiés par une mention portée en rouge en haut de page.

¹⁶ Les registres 14 et 15 pour les ASPDRE et 46 et 47 pour les ASPDT.

Recommandation

Le registre de la loi doit être tenu conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique. Les patients admis en soins sans consentement doivent ainsi y être enregistrés dans les 24 heures et les informations légales doivent y être portées dans le même délai.

3.3 LES AUDIENCES SE DEROULENT UNE FOIS PAR SEMAINE AU TRIBUNAL D'EVRY DANS DES CONDITIONS GLOBALEMENT SATISFAISANTES

Une convention signée le 6 novembre 2014 par la présidente du tribunal de grande instance (TGI) d'Evry, le procureur de la République près ce tribunal et le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France fixe les modalités du contrôle judiciaire des mesures de soins psychiatriques dans le département de l'Essonne. Ainsi, le juge des libertés et de la détention (JLD) tient une audience, chaque mardi matin, à l'établissement public de santé Barthélemy Durand à Etampes, dans une salle d'audience, pour les patients de cet établissement et, chaque mercredi matin, au TGI d'Evry pour les patients des centres hospitaliers Eau vive à Soisy-sur-Seine, du Sud Francilien à Corbeil-Essonnes, d'Orsay et du groupe public de santé Perray-Vaucluse à Epinay-sur-Orge. Exceptionnellement, une audience supplémentaire peut se tenir le vendredi matin au TGI d'Evry.

Aucune salle d'audience n'a été installée au sein du centre hospitalier de Soisy-sur-Seine alors que l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique pose le principe suivant : le JLD statue dans la salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du TGI. Le juge ne statue au tribunal que si les conditions d'installation d'une salle d'audience au sein de l'établissement ne sont pas réunies.

Dans le cas présent, selon les informations recueillies, ce sont les charges des JLD qui ne le permettent pas : en théorie, trois juges à temps plein doivent exercer ces seules fonctions mais, en réalité, un poste est vacant et les deux JLD en place siègent également aux audiences correctionnelles et prennent en charge les ordonnances pénales.

Sauf à installer la salle d'audience à Soisy-sur-Seine, la situation actuelle, avec des audiences au TGI d'Evry, est la moins pénalisante pour les patients de l'hôpital L'eau vive. La distance entre les deux sites est de 3,6 km et elle est la même entre l'hôpital de l'Eau vive et celui du Sud-Francilien à Corbeil-Essonnes ; elle est de 17 km avec celui d'Epinay-sur-Orge et de plus de 30 km avec celui d'Orsay.

Recommandation

Les audiences du juge des libertés et de la détention doivent se tenir dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil, éventuellement dans une salle d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du TGI, conformément aux règles fixées par l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique.

Une attention particulière a été apportée pour que la comparution des patients devant le JLD au sein du tribunal d'Evry se déroule dans des conditions respectueuses de leur dignité :

- le trajet est effectué dans un véhicule banalisé (et non dans un véhicule sanitaire avec les logos de l'hôpital) en 10 à 15 minutes ;
- les soignants accompagnateurs ne portent pas une blouse blanche ;
- l'entrée s'effectue par l'accès du public mais rien ne signale particulièrement les patients ;
- une salle d'attente leur est réservée en face de la salle d'audience ;
- la salle d'audience, proche des locaux de l'ordre des avocats, est une simple salle, sans barre de justice, avec un bureau pour le juge et sa greffière et une table pour le patient et son avocat, chacun étant assis durant les débats ;
- le juge et sa greffière sont en civil et non en robe (seul l'avocat est en robe) ;
- le juge se présente simplement, sans ajouter « des libertés et de la détention ».

Par ailleurs, les débats ont toujours lieu en chambre du conseil à la demande de la direction de l'hôpital comme le prévoit la maquette du document de saisine du JLD. Ainsi, les différentes ordonnances consultées mentionnent : « *le débat a eu lieu en chambre du conseil car il résulterait de la publicité des débats une atteinte à la vie privée de la personne faisant l'objet des soins* ».

Le juge ne rend aucune décision à l'audience et les ordonnances sont transmises le lendemain, par télécopie. Il a été indiqué que ce choix était lié à la volonté de prendre un temps de réflexion avant de décider et de « *ne pas donner l'impression d'une justice au rabais* », où tout est décidé d'avance, par respect des patients. Les contrôleurs ont constaté l'effort d'explication du juge pour bien faire comprendre les différentes voies de recours.

Une seule audience est organisée chaque semaine pour chaque hôpital. Ainsi, un patient admis le vendredi doit être présenté au JLD dès le mercredi suivant alors que le certificat de 72 heures a été établi le lundi, que la forme de la prise en charge vient simplement d'être décidée et que le temps d'observation a donc été fortement réduit ; l'audience de la semaine suivante est trop tardive pour que le juge statue avant l'expiration du délai de 12 jours. Dans ces conditions, des patients hospitalisés en observation au sein de l'unité fermée « 48-72 heures » sont fréquemment convoqués devant le JLD avant même de rejoindre une unité de soins à Soisy-sur-Seine. Le mercredi 6 juin 2018, deux des six patients comparaisant à l'audience étaient dans ce cas.

Il a été indiqué que les charges des JLD (cf. *supra*) ne permettaient pas d'organiser une seconde audience dans la semaine.

Recommandation

Les effectifs des juges des libertés et de la détention doivent permettre d'organiser deux audiences par semaine afin que la période de 12 jours soit utilisée au mieux pour l'observation des patients et pour que les psychiatres rendent des avis motivés suffisamment éclairés, avec le recul nécessaire.

L'attention des contrôleurs a également été attirée par le nombre des patients « non auditionnables ». La consultation des statistiques montre que, entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 mai 2018 (soit 2 ans et 5 mois), 70,9 % des patients ont été présents aux audiences. Lors de l'audience du mercredi 6 juin 2018, seuls deux des six patients convoqués ont été présentés et les quatre autres ont été déclarés « non auditionnables » par les psychiatres. Les contrôleurs ont toutefois constaté qu'une femme admise en ASPDT/U le 29 mai 2018 a été déclarée « non auditionnable » pour comparaître devant le JLD le 6 juin 2018 mais que, dès le lendemain, le médecin a estimé que son état était suffisamment stable pour lever la mesure et poursuivre le traitement sous la forme d'une hospitalisation en soins libres. Cette personne a ainsi reçu

l'ordonnance du JLD la maintenant en soins sans consentement en hospitalisation complète concomitamment à la décision de levée, prise sur proposition médicale.

Recommandation

Les certificats médicaux déclarant des patients « non auditionnables » par le juge des libertés et de la détention doivent être établis après un examen attentif pour ne pas priver un patient de son droit à accéder à un juge. L'installation d'une salle d'audience à Soisy-sur-Seine, l'organisation d'une deuxième audience hebdomadaire et le rattachement des patients hospitalisés à la policlinique aux audiences tenues par le juge du tribunal de grande instance de Paris dans la salle de l'hôpital Sainte-Anne sont des mesures propices à la réduction du nombre important de ces dérogations.

L'ASM13 joint à ses observations au rapport de constat des statistiques relatives à la présentation des patients en 2017 et sur les sept premières semaines de 2019, qui établissent les taux de patients présentés à l'audience :

- en 2017, à 73% concernant les ASPDT et à 77% concernant les ASPDRE ;
- début 2019, à 63% concernant les ASPDT et à 83% concernant les ASPDRE.

Le barreau, qui s'est organisé, a mis en place une commission « psychiatrie » et des formations. Des avocats sont ainsi habilités par l'ordre pour être commis d'office et deux d'entre eux sont présents lors des audiences. Ils reçoivent préalablement les patients pour un entretien : le mercredi 6 juin 2018, l'un utilisait un bureau situé dans les locaux de l'ordre et l'autre, une salle d'attente vide.

Recommandation

Avant l'audience, les avocats doivent disposer de deux bureaux pour recevoir les patients dans de bonnes conditions, dans le respect de la confidentialité de leurs échanges.

3.4 DE NOMBREUX PROGRAMMES DE SOINS NE RESPECTENT PAS LES REGLES DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, PRIVANT LES PATIENTS D'UN CONTROLE PAR LE JUGE

Lors de la visite, cinq patients hospitalisés étaient en programme de soins (PDS) à l'unité ouverte de la policlinique et dix-neuf l'étaient à l'hôpital l'Eau vive à Soisy-sur-Seine.

Les contrôleurs ont examiné les 161 mesures enregistrées sur le registre de la loi depuis le 1^{er} janvier 2018 et en ont dénombré 40 faisant l'objet d'un programme de soins encore en cours : 13 étaient des programmes de soins en ambulatoire ou avec des retours limités pour des hospitalisations à temps partiel, laissant plus de temps hors de l'hôpital. Les 27 autres (soit 2 sur 3) ne constituaient pas de réels programmes de soins mais des hospitalisations complètes avec des sorties restreintes ou mal définies.

Parmi eux, ceux pris à la policlinique sont généralement libellés ainsi : « *hospitalisation séquentielle avec une permission hebdomadaire* », sans autre précision. Dans quelques cas, le programme de soins indiquait : « *hospitalisation séquentielle et permission hebdomadaire à définir par l'équipe de la policlinique* » ou « *permission de sortie de [heure de début] à [heure de fin] à l'appréciation de l'équipe de la policlinique* ». Selon les informations recueillies, la formule

« hospitalisation séquentielle avec une permission hebdomadaire » correspondrait une hospitalisation durant tous les jours de la semaine avec un retour au domicile le week-end.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné les programmes de soins de cinq patients présents à la policlinique. Des fiches jointes à leur dossier, enregistrant les entrées et sorties, montraient qu'ils étaient en hospitalisation complète depuis plusieurs mois (depuis le 29 mars 2018, depuis le 10 avril 2018, depuis le 27 avril 2018, depuis le 30 avril 2018 et depuis le 4 juin 2018). Les soignants ont indiqué que ces personnes étaient effectivement hospitalisées.

Un cas particulier a attiré l'attention : une femme, après avoir bénéficié de plusieurs programmes de soins suivis de réintégrations, a été suivie en programme de soins à compter du 17 octobre 2017 avec un retour à son domicile et une consultation mensuelle au centre Philippe Paumelle. Un certificat mensuel, daté du 2 mai 2018, indique qu'elle a demandé, le 27 avril 2018, à être de nouveau hospitalisée. Depuis cette date, aucune décision n'est venue modifier la forme de sa prise en charge (ou lever la mesure si cette femme pouvait faire l'objet de soins libres) alors que, dans les faits, elle est en hospitalisation complète à la policlinique, sort éventuellement, ponctuellement, à proximité de l'établissement mais y passe toutes ses nuits. La fiche jointe à son dossier l'indique également et les soignants l'ont confirmé.

Pour les patients en programme de soins à Soisy-sur-Seine, les libellés sont plus précis et les périodes clairement énoncées. Toutefois, le plus souvent, il est indiqué : « sortie quotidienne de 14h à 18h dans le village de Soisy ». Dans quelques cas, le programme ajoute des retours à domicile comme le montre cet exemple : « sortie quotidienne de 14h à 18h dans le village de Soisy » et « sortie du mardi 22 mai 2018 à 13h30 au jeudi 24 mai 2018 à 16h30 » ; deux semaines après le retour, le programme de soins se limite toujours à des sorties quotidiennes.

Ces programmes de soins ne sont donc souvent que des hospitalisations complètes avec des autorisations de sortie de moins de 12 heures, ce qui explique aussi le faible nombre des autorisations de sorties trouvées dans les dossiers. De plus, les patients en PDS dans l'unité Pussin ne peuvent pas sortir au-delà de l'enceinte de l'hôpital l'Eau vive. Ces PDS ne sont pas conformes aux règles fixées aux articles L.3211-2-1 et R.3211-1 du code de la santé publique ni à l'arrêt de la cour de cassation du 4 mars 2015. Cette situation porte atteinte aux droits des patients car leur mesure n'est alors pas soumise au contrôle du JLD, qui est ainsi contourné.

Par ailleurs, les contrôleurs ont observé l'existence de décisions contradictoires prises le même jour : l'une est un maintien en soins psychiatriques sans consentement avec une hospitalisation complète alors que l'autre l'est avec un programme de soins. Il a été indiqué que seule la seconde avait alors été notifiée par les cadres de santé des unités.

Recommandation

Les programmes de soins doivent être établis en termes clairs et précis, en conformité avec les articles L.3211-2-1 et R.3211-1 du code de la santé publique et à l'arrêt de la cour de cassation du 4 mars 2015. Les autorités signataires des décisions doivent s'en assurer.

Dans ses observations du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 communique le projet d'un document devant servir de base à une évaluation des pratiques professionnelles, daté de 2007 mais probablement actualisé depuis, ainsi qu'un audit de la conformité des programmes de soins réalisé entre les semaines 22 et 52 de l'année 2018, démontrant son attention vis-à-vis de ce sujet.

3.5 LA COMPOSITION DES COLLEGES DES PROFESSIONNELS DE SANTE EST DECIDEE SANS LE FORMALISME PREVU PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Les collèges des professionnels de santé se réunissent pour les cas prévus par le code la santé publique et la secrétaire du bureau de la gestion des hospitalisations, qui suit attentivement les différentes échéances, alerte les unités suffisamment tôt pour que l'avis soit rendu dans les temps.

Toutefois, l'organisation de la réunion est laissée à la diligence des unités. Le psychiatre participant à la prise en charge est celui de l'unité concernée, le représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge est la cadre de santé de l'unité ; l'unité demande à l'autre unité du site de désigner le psychiatre ne participant pas à la prise en charge.

La direction n'intervient ni dans la désignation ni dans la convocation ni dans l'ordre du jour contrairement à ce que prévoient les articles L.3211-9, R.3211-2, R.3211-3 et R.3211-6 du code de la santé publique. Tout se traite par entente directe entre psychiatres.

Les patients sont reçus par le collège et les avis rendus en font état.

Recommandation

La direction doit désigner les membres des collèges des professionnels de santé, après avoir recueilli les avis nécessaires, les convoquer et fixer l'ordre du jour comme le prévoient les articles L.3211-9, R.3211-2, R.3211-3 et R.3211-6 du code de la santé publique.

3.6 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DE L'ESSONNE ET CELLE DE PARIS N'EFFECTUENT QUE RAREMENT DES VISITES

La consultation du registre de la loi tenue à Soisy-sur-Seine n'a fait apparaître qu'une seule visite (le 17 mai 2016) entre janvier 2015 et juin 2018 (soit en 3 ans et demi), par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de l'Essonne.

Le 6 avril 2016, le président de cette commission a adressé un courrier à l'établissement annonçant sa visite et demandant la confirmation de la disponibilité des services.

Le 19 novembre 2017, il a adressé un nouvel courrier pour l'informer que la CDSP « ne [pouvait] plus assurer ses missions habituelles jusqu'à nouvel ordre ». Il ajoutait : « la délégation territoriale de l'ARS qui est chargée, de par la loi, de notre secrétariat, n'est plus en mesure, faute de personnel, de déléguer un gestionnaire compétent pour cette tâche ».

Selon les informations recueillies auprès de différentes sources, la CDSP de l'Essonne ne serait toujours pas en état d'assurer ses missions, pourtant prévues par la loi. Les articles R.3223-5 et R.3223-6 du code de la santé publique lui impose de se réunir au moins une fois par trimestre et de visiter les établissements au moins deux fois par an.

Cette carence porte atteinte aux droits des patients admis en soins sans consentement qui ne disposent plus de cet organisme prévu pour veiller à leur respect.

Recommandation

La commission départementale des soins psychiatriques de l'Essonne doit assurer les missions qui lui sont fixées par l'article L.3223-1 du code de la santé publique et veiller au respect des droits des patients admis en soins sans consentement. Elle doit aussi visiter les établissements au moins deux fois par an. Sa réactivation s'impose.

La CDSP de Paris a indiqué avoir effectué des visites la polyclinique, située dans sa zone de compétence ; la dernière daterait d'un an et demi à deux ans. Les contrôleurs n'ont pas trouvé de mentions de visite de cette commission sur le registre de la loi entre janvier 2015 et juin 2018.

En effet, en théorie, aucun patient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) n'y séjourne et les patients en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) n'y restent que 72 heures, le temps de faire les observations initiales débouchant sur la décision prononçant la forme de la prise en charge. Tel n'est cependant pas le cas (cf. § 2.4.2).

Un tel contrôle est aussi rendu problématique par l'absence de la transmission, à la CDSP de Paris, des différentes pièces (certificats médicaux et décisions) relatives aux patients de la polyclinique et par l'absence d'un registre de la loi à la polyclinique, toutes les mesures étant regroupées sur celui tenu à l'hôpital L'eau vive à Soisy-sur-Seine.

Recommandation

La commission départementale des soins psychiatriques de Paris doit élargir son champ d'action actuel à la polyclinique compte tenu de la présence de patients en soins sans consentement durant des périodes pouvant être longues.

3.7 AUCUNE DES AUTRES AUTORITES CITEES PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE NE CONTROLE LES MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

L'article L.3222-4 du code de la santé publique impose que le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et le maire de la commune ou son représentant effectuent au moins une visite par an. Il prévoit également que ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles et qu'ils veillent à la bonne application des dispositions articles L.3211-1, L.3211-2, L.3211-2-1 et L.3211-3 de ce même code. Elles doivent alors signer le registre de la loi.

Lors de la mission effectuée au sein de la polyclinique à Paris et au sein de l'hôpital L'Eau vive à Soisy-sur-Seine, de façon unanime, toutes les personnes interrogées, à tous les niveaux, n'ont aucun souvenir d'une éventuelle visite.

Les contrôleurs, qui ont consulté les registres de la loi entre janvier 2015 et juin 2018 (soit 3 ans et demi), n'ont trouvé aucune trace d'une telle visite.

Recommandation

Les autorités définies à l'article L.3222-4 du code de la santé publique (représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président du tribunal de grande instance ou son délégué, procureur de la République, maire de la commune ou son représentant) doivent visiter le centre hospitalier une fois par an afin d'y exercer un contrôle, ce qu'elles ne font pas.

4. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

4.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT INFORMES DE LEURS DROITS DE FAÇON ORALE PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE ET REÇOIVENT DES DOCUMENTS IMPRECIS

A la polyclinique comme à L'eau vive les patients sont informés de leur situation juridique et en particulier de leur placement en soins sous contrainte lors de la première rencontre avec le médecin. Par ailleurs, les cadres du service saisissent chacune des occasions et notamment des demandes des patients pour préciser les conséquences pratiques de cette situation et donc les droits qu'ils sont en mesure ou non d'exercer.

Le résultat de cette information présente une grande hétérogénéité compte tenu de l'état des patients, de l'expérience qu'ils peuvent avoir de passages antérieurs en milieu psychiatrique comme des opportunités qui peuvent se présenter de leur « *dire leurs droits* ». Beaucoup de patients sont informés avant leur arrivée par le service d'urgence qui les a en premier accueillis.

Les soignants interrogés ont une connaissance générale des droits des patients, mais réduite assez souvent à la pratique du règlement intérieur, cadre privilégié de l'exercice des libertés.

A Soisy-sur-Seine, une infirmière « droits des patients » est chargée selon le protocole SOINS/PT/016 du 31 mars 2017 « *d'informer les patients en soins psychiatriques sous contrainte concernant les motifs de l'hospitalisation, leurs droits, la convocation auprès du Juge des Libertés et de la Détention et de communiquer, après saisine, l'ordonnance judiciaire* ». Dans ses observations du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 transmet un protocole complémentaire, SOINS/PT/013 du même 31 mars 2017, relatif au rôle des cadres de L'eau vive et de la polyclinique en cas d'absence de l'infirmière « droits des patients ».

Le plan de formation 2018 ne comprend aucun dispositif de formation relatif au droit du soin sans consentement. Le personnel rencontré, à la polyclinique comme à L'eau vive, n'a pas non plus fait état de sessions de formation antérieures.

Recommandation

Le personnel doit être formé aux nouvelles modalités de soins en psychiatrie et à la réglementation correspondante pour être en capacité d'informer efficacement les patients concernés.

L'ASM13, au titre de ses observations au rapport de constat, rend compte d'une formation délivrée en avril 2018 par le centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) relative à l'évolution des droits des patients en psychiatrie, ainsi que, pour l'avenir, d'un planning de diffusion du kit « Histoire de droits » de l'organisme Psycom de juin à novembre 2019 dans toutes les unités d'hébergement de l'établissement.

Par ailleurs, le fonctionnement administratif de l'établissement (cf. § 2) induit plusieurs confusions quant à l'exercice des voies de recours.

Les décisions disposent que le patient est « *est admis en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète* » à la polyclinique à Paris ou à l'hôpital L'eau vive à Soisy. Or, le lieu précis de l'hospitalisation est un élément déterminant de la situation du patient et de la compétence des instances de recours (cf. § 3.1 et § 3.3).

Il est écrit à l'article 4 de ces décisions qu'un recours peut être formé selon l'annexe 1 au verso. Mais, de fait, ces décisions étant transmises par fax, les voies de recours ne figurent pas au verso

mais sur une feuille supplémentaire qui, a-t-on déclaré aux contrôleurs, est systématiquement fournie aux patients. Cette annexe indique sans précision les différentes instances de recours donnant par exemple les adresses des JLD à Paris, Evry, Bobigny (Seine-Saint-Denis), Nanterre, Beauvais (Oise), Nanterre, Cergy-Pontoise (Val-d'Oise), Créteil¹⁷.

Les contrôleurs notent, à l'inverse, que les procédures de recours présentées dans le livret d'accueil distinguent bien selon que le patient est hospitalisé à Paris ou à Soisy-sur-Seine.

Enfin, lors de la remise des décisions administratives ou des ordonnances du JLD, un accusé de réception est signé par le patient. Les contrôleurs ont constaté que les accusés de réception sont archivés mais que leur rédaction est parfois insuffisante, avec des corrections manuelles et des omissions. Ces accusés redonnent des informations sur les voies de recours. Mais, à ce stade, les autorités judiciaires de Paris ont disparu (alors qu'il peut s'agir de patients hospitalisés à la policlinique).

Sans méconnaître la complexité de l'organisation interne de l'ASM13, implantée sur deux sites, il apparaît que les documents administratifs et les informations qui s'y trouvent concernant les voies de recours manquent de clarté et de précision.

Recommandation

Les documents remis aux patients doivent les informer de façon claire sur leurs droits ainsi que sur les voies de recours qui leur sont accessibles.

4.2 L'INFORMATION GENERALE SUR LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION EST FAITE DE FAÇON SYSTEMATIQUE AVEC UN LIVRET D'ACCUEIL PAR SITE MAIS LES REGLES DE VIE NE SONT PAS DECLINEES PAR UNITE

Le document d'information générale remis aux patients est un livret d'accueil distinct pour chacun des deux sites. Il est distribué, puis conservé par les patients.

Sa présentation est claire, sa rédaction orientée vers les questions que peuvent se poser les patients. Figure en particulier une description précise des différentes modalités de soins, sauf à remarquer que, pour les soins sous contrainte, la distinction entre « hospitalisation complète » et « programmes de soins » semble reposer uniquement sur le fait que les patients peuvent effectuer des sorties seuls ou accompagnés. Il s'agit d'une simplification qui ne rend pas exactement compte de l'état actuel du droit (cf. § 3.4 sur la mise en œuvre des programmes de soin au sein de l'ASM13).

Ce livret comporte en outre huit fiches plus détaillées sur les principes généraux de la charte du patient hospitalisé, l'intégralité de la charte de l'utilisateur en santé mentale et divers documents sur l'organisation de l'établissement et l'accès à l'information. Une fiche sur la désignation de la personne de confiance y figure.

La dernière version distribuée est celle de 2016 (à la policlinique) et 2017 (à L'eau vive).

¹⁷ Pour l'anecdote, au moment d'une visite au secrétariat de la policlinique, une patiente est venue se plaindre car l'adresse indiquée pour le JLD de Paris sur le document qui lui avait été remis était 4 boulevard du Palais alors que « chacun savait » que le TGI de Paris avait déménagé dans le quartier des Batignolles quelques jours plus tôt ...

Par ailleurs il existe, pour la polyclinique et pour L'eau vive distinctement, un règlement intérieur. Ils ne sont plus à jour des pratiques adoptées, qui divergent selon les unités ; ils ne sont plus distribués aux patients.

Recommandation

Les règlements intérieurs des unités doivent être mis à jour et portés à la connaissance des patients.

4.3 LES PATIENTS PEUVENT DEPOSER DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS

Le droit de déposer des plaintes ou réclamations est exposé dans le livret d'accueil de chacun des deux lieux d'hospitalisation¹⁸.

Les plaintes et réclamations émanent pour moitié des patients et pour moitié de leurs familles. Pour l'ensemble des activités de l'ASM13, les données n'étant pas distinguées, il s'agit de :

- dix-sept plaintes et réclamations en 2016, dont une communiquée oralement, ainsi que quatre adressées directement à la direction de l'ASM13 ;
- vingt-deux en 2017, dont vingt concernant la psychiatrie pour adultes, dont trois communiquées oralement.

Elles concernent pour moitié la prise en charge médicale (principalement des divergences sur les actes médicaux), la prise en charge paramédicale dans une proportion moindre, la vie quotidienne dans une proportion en augmentation (deux cas en 2016 concernant une perte, vol, dommage à un objet et l'hygiène et la propreté des locaux ; quatre cas en 2017 concernant deux pertes, vols, dommages à un objet et le comportement des autres patients), le respect de la personne (un cas en 2016 relatif au respect de la dignité et de l'intimité ; deux cas en 2017 dont un pour maltraitance et un relatif au langage et à l'attitude des professionnels).

En 2016, le délai moyen de réponse écrite était de 17 jours, mais de 27 jours en 2017. L'établissement propose le cas échéant une médiation médicale.

La commission des usagers (CDU) a connaissance des plaintes et réclamations et des réponses apportées par l'ASM13. Elle est aussi informée des événements indésirables graves.

Les fiches d'événements indésirables (FEI) sont utilisées par le personnel depuis mai 2016 et sont étudiées par la commission FEI, réunie six fois en 2017.

Il est rapporté 224 événements indésirables (EI) en 2017, dont 85 émanant des services d'hospitalisation à temps complet, traitées par les responsables concernées à 76 %. Ils ont concerné, des plus nombreux aux moins nombreux¹⁹:

- le transport de patients, le dossier patient, la coordination des soins et de la prise en charge médicamenteuse : transmission incomplète d'informations lors du transfert de patients inter-unités ou transferts mal coordonnés ; impossibilité pour les professionnels du centre d'accueil et de crise de la Polyclinique d'avoir accès au dossier d'un patient en dehors des horaires d'ouverture des autres services de l'ASM13 ; incidents dans la navette entre Soisy-sur-Seine

¹⁸ Livret d'accueil, fiche 7 relative à la commission des usagers.

¹⁹ Rapport d'activité 2017 du comité de gestion des risques et des vigilances. Concernant les agressions, il ne distingue pas les lieux des agressions (« en hospitalisation mais également en ambulatoire ou sur le personnel des services logistiques, ou entre patients »).

et Paris ; délai d'élaboration du certificat médical dans une procédure de soins sans consentement ; changement tardif du mode d'hospitalisation n'ayant pas permis de saisir le JLD ; mauvaise gestion des effets personnels des patients en cas de transfert ou de présentation devant le JLD.

- des agressions verbales ou physiques de patients ou visiteurs envers les professionnels. Des violences entre patients sont aussi rapportées, dans une proportion moindre mais pour des faits très graves (cf. § 8.3) ;
- des incidents liés aux fonctions logistiques et techniques, comme l'indisponibilité à L'eau vive des stocks de couvertures anti-suicide pour les patients en chambre d'isolement, la vétusté des fauteuils roulants, la lenteur du réseau informatique impactant la saisie dans le logiciel Cortexte, la régulation difficile de la température dans les unités de soins de L'eau vive.

De plus, un questionnaire de sortie, joint au livret d'accueil mais également accessible à la demande, évalue la satisfaction des patients : selon les informations recueillies, il est bien intégré à la procédure de sortie d'hospitalisation, en atteste le taux de retour de 52 % en 2017 dans les lieux d'hospitalisation à temps plein, dont 42 % à la sortie de Pussin et 84 % à la sortie du Sept fermé. Il permet aussi de faire des commentaires libres.

4.4 LES USAGERS SONT ASSOCIES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

Deux associations d'usagers et de familles d'usagers sont actives à l'ASM13 et présentées dans le livret d'accueil²⁰ de chacun des deux lieux d'hospitalisation : la fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY) et l'union nationale des amis et familles de malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM). Elles ne disposent pas de locaux ; il n'existe pas de maison des usagers.

Ces deux associations sont membres de la commission des usagers (CDU), également présentée dans le livret d'accueil²¹. La représentante de l'UNAFAM est aussi membre du conseil d'administration de l'ASM13 en tant qu'administrateur élu et fait partie du comité de liaison pour l'alimentation et la nutrition (CLAN).

La CDU s'est réunie dix fois en 2016, sept fois en 2017. Son secrétariat est assuré par un personnel du site de L'eau vive. Les usagers, informés des événements indésirables les plus graves, souhaiteraient aussi connaître les suites qui leur ont été apportées.

Des réunions soignants-soignés sont animées dans toutes les unités à l'exception de l'unité Sept Fermé.

A l'unité Pussin, une boîte à idées, dont il a été dit qu'elle est utilisée, est à disposition des patients.

4.5 LA NOTION DE PERSONNE DE CONFIANCE FAIT L'OBJET D'UNE INFORMATION MAIS N'EST PAS MISE EN ŒUVRE

La possibilité pour les patients de désigner une personne de confiance est indiquée dans le livret d'accueil des deux sites.

Le rôle de cette personne de confiance est précisé. Elle peut « *vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre* ». Elle pourra, si le patient en fait la demande, « *assister aux*

²⁰ Livret d'accueil de L'eau vive, page 18 ; Livret d'accueil de la Policlinique, page 17.

²¹ Livrets d'accueil, fiche 7 Commission des usagers.

entretiens médicaux et [l'] aider à formuler [ses] souhaits ». Elle pourra être consultée au cas où le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté et donc recevoir à cet effet l'information nécessaire. Le livret décrit clairement la procédure et propose un formulaire de désignation.

Lors de l'entrée dans l'établissement, un questionnaire d'entrée est établi par le cadre de santé. Il comporte la rubrique personne de confiance qui peut être la même que la personne à prévenir. La consultation des dossiers montre que la désignation d'une personne de confiance est quasi inexistante et que, dans les rares cas où le document de désignation existe, celui-ci n'est pas signé par la personne désignée.

Recommandation

La procédure de désignation d'une personne de confiance doit être investie et mise en œuvre.

Dans ses observations du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 transmet les indicateurs IQPASS sur le recueil de la personne de confiance en 2017 et 2018, indicateurs élevés concernant le recueil.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation s'agissant d'une désignation qu'il faut ensuite faire vivre dans le parcours de soins.

4.6 L'ACCES AU VOTE EST POSSIBLE POUR LES PATIENTS DE LA POLICLINIQUE MAIS DIFFICILE POUR CEUX DE L'EAU VIVE

En période préélectorale une information est réalisée à destination des patients afin qu'ils rédigent une procuration ou puissent bénéficier d'une permission de sortie pour voter.

Dans les faits, ces possibilités peuvent se concrétiser pour les patients de la polyclinique hospitalisés à proximité de leur domicile mais sont très problématiques pour les patients de L'eau vive éloignés du XIII^{ème} arrondissement et qui reçoivent très peu de visites (cf. § 5.3.3).

Il n'a pas été possible de recenser le nombre de patients ayant pu accéder au vote lors de la dernière élection.

4.7 L'INFORMATION SUR LES CULTES FIGURE DANS LE LIVRET D'ACCUEIL MAIS LEUR ACCES PEUT ETRE DIFFICILE

Le livret d'accueil de la polyclinique et celui de l'hôpital L'eau vive indiquent les numéros de téléphone qui permettent de joindre les représentants locaux des cultes catholique, musulman, israélite et bouddhiste. Cependant, dans les faits, l'accès à un imam est particulièrement difficile car les numéros de téléphone indiqués (mosquée de Paris et mosquée d'Evry) correspondent à des boîtes vocales saturées qui ne permettent pas de laisser des messages.

Les soignants ne sont pas réticents à la venue des aumôniers au sein des unités, cependant les médecins peuvent exprimer des réserves lorsque les demandes sont très nombreuses et désordonnées.

4.8 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JUDICIAIRE SONT BIEN REPERES

Une assistante sociale intervient une demi-journée par semaine dans chaque unité au bénéfice des patients qui lui sont adressés par les médecins et les soignants. En accord avec le patient et sa famille, elle accompagne la demande de protection adressée au juge des tutelles du XIII^{ème} arrondissement. En cas de désaccord et de risque de perte des biens du patient,

notamment de son logement, un rapport social et un rapport médical sont adressés au procureur de la République.

Depuis le 6 juin 2018, les locaux du tribunal d'instance du XIII^e arrondissement situés à proximité de la mairie sont fermés : les patients, leurs familles et les professionnels doivent désormais se déplacer jusqu'au nouveau tribunal de Paris, dans le quartier des Batignolles.

La majorité des patients des unités Pussin et Sept fermé bénéficie d'une mesure de protection.

Chaque patient reçoit, au début de la mesure, une brochure de présentation du service des majeurs protégés, composé de mandataires judiciaires salariés de l'ASM13 et dont les bureaux sont situés au siège de l'association, à proximité du CMP. Le service figure au titre des préposés d'établissement dans la liste dressée chaque année par le préfet de Paris mais il n'exerce pas systématiquement toutes les mesures de protection des patients hospitalisés.

Les mandataires n'accompagnent pas le patient dans la procédure devant le juge des libertés et de la détention (JLD) s'agissant des soins psychiatriques sans consentement.

Le livret d'accueil présente les mesures de protection, les voies de recours, l'organisation du service et ses facilités d'accès. Elle inclut une charte des droits et des libertés de la personne majeure protégée mais ne fait pas référence à la participation financière des patients à leur mesure de protection.

Recommandation

Le livret d'accueil du service des majeurs protégés doit être complété par une information relative au principe de la participation financière des patients et à son mode de calcul.

L'ASM13, dans ses observations du 1^{er} mars 2019, joint une notice d'information de deux pages du ministère de la santé et des solidarités décrivant les modalités de participation financière à compter du 1^{er} septembre 2018. Elle précise qu'elle le joint au livret d'accueil du service des majeurs protégés dans l'attente de la refonte dudit livret.

Le service ouvre un compte bancaire à chaque majeur protégé qui dispose par cet intermédiaire d'une carte bancaire lui permettant de retirer des espèces à hauteur du montant de l'argent de poche attribué ; pour les patients qui ne peuvent se déplacer, le service verse l'argent de poche au service de comptabilité de l'hôpital auquel le patient s'adressera pour retirer son argent par l'intermédiaire d'un bon délivré par les soignants.

Un « *Fonds des Malades* » permet d'attribuer des prêts sans intérêt à des patients démunis en début de mesure en attendant le versement de prestations.

Chaque patient est régulièrement informé de l'état de ses comptes. Chaque mandataire adresse une fois par an au juge des tutelles un compte rendu de gestion dont la personne protégée reçoit une copie. Annuellement, le service est contrôlé par le commissaire aux comptes de l'ASM13.

4.9 LA CONFIDENTIALITE DE LA PRESENCE DES PATIENTS EST ASSUREE

Le livret d'accueil de la policlinique comme celui de L'eau vive indiquent dans la rubrique vie quotidienne : « *Si vous souhaitez refuser les visites, faites-en part au cadre infirmier. Il vous est possible de demander qu'aucune indication concernant votre état de santé et votre présence à la Policlinique/ à l'hôpital ne soit communiquée.* »

Cette possibilité est effective dans les deux structures.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION EST INSUFFISANTE DANS L'UNITE SEPT FERME

A Soisy-sur-Seine comme à Paris, le contraste est très fort entre les unités ouvertes et fermées.

Au sein de la polyclinique, à Paris, dont les portes sont ouvertes de 8h à 21h, on rencontre les patients de l'unité ouverte dans l'escalier puis dans le parking public situé devant le bâtiment, qui sert en quelque sorte de lieu de promenade. Ces patients ont ainsi le choix entre les espaces de convivialité de leur unité et un parking public ouvert sur la ville.

Il est à cet égard regrettable que le hall d'entrée de la clinique, portant seulement l'indication « Polyclinique René Angelergues » ne constitue pas un lieu d'accueil pour les visiteurs et, en même temps, un cadre de surveillance souple pour ceux des patients qui souhaitent effectuer une sortie dans la ville. Le local qui pourrait servir à ces tâches est en fait le secrétariat de la polyclinique, secrétariat sans cesse dérangé par les patients ou les visiteurs à la recherche d'un improbable bureau d'accueil indiqué au premier étage.



Entrée de la polyclinique

Recommandation

Il convient de mettre en place une signalétique pour orienter les visiteurs dans les locaux de la polyclinique et de réaménager ses espaces du rez-de-chaussée pour y installer un vrai bureau d'accueil.

L'unité 48-72 heures, fermée, de la polyclinique n'offre aux patients de liberté de circulation qu'en son sein. Les chambres sont ouvertes en permanence ; certains patients se rendent de fait dans la chambre des autres, malgré l'interdiction dans le livret d'accueil. Un espace extérieur couvert permet de prendre l'air et de fumer.

Au sein de l'Eau vive, à Soisy-sur-Seine, l'unité Pussin, dont les portes sont ouvertes de 7h30 à 18h45, permet aux patients un accès libre au parc de l'hôpital. Selon le livret d'accueil « un parc paysager est à votre disposition ; si votre état de santé le permet, vous pourrez vous y promenez ou vous y reposer ». Le service des déjeuners dans une salle de restaurant extérieure au bâtiment (cf. § 6.4) donne une occasion quotidienne supplémentaire de circuler dans le parc.

A l'intérieur de l'unité Pussin la circulation des patients est libre mais la salle de télévision est austère et beaucoup de patients restent dans les couloirs. L'accès aux chambres est possible

toute la journée mais le fait que les chambres ne peuvent être fermées par les patients lors de leur sortie et le fait que les placards sont dans un état désastreux ne les incitent pas à user de la liberté qui leur est donnée. Comme à Paris, à Soisy les patients accèdent aux chambres des autres patients bien que le livret d'accueil l'interdise formellement.

En revanche la situation de l'unité Sept Fermé est plus sévère. La circulation au sein de l'unité n'est pas restreinte mais les sorties dans une zone à l'air libre sont rares (15 minutes « pour fumer » après chaque repas). L'équipe soignante vient d'étudier les possibilités de renforcer la circulation dans un jardin situé entre les deux ailes du bâtiment. Quelques aménagements immobiliers ont été nécessaires pour assurer la sécurité des lieux. L'accès est projeté de 9h à 20h. Ce projet qui est l'aboutissement d'une longue réflexion collective sera un gain sensible pour les patients.



Le jardin de l'unité Sept Fermé

Recommandation

Dans l'unité Sept Fermé, les patients doivent pouvoir accéder librement à un espace extérieur.

5.2 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE, PEU NOMBREUSES, TEMOIGNENT PARFOIS DE L'ABSENCE DE REGLES ECRITES DE FONCTIONNEMENT DE L'UNITE

Les principales contraintes dans la vie quotidienne sont envisagées dans l'intérêt des patients, sans distinction entre les statuts juridiques des hospitalisations, soins sans consentement ou soins libres. Des règlements intérieurs subsistent, affichés dans certaines unités comme c'est le cas à la polyclinique, mais l'équipe soignante les adapte.

5.2.1 L'accès au tabac

La consommation de tabac est autorisée dans les espaces extérieurs.

Dans l'unité fermée de la polyclinique (unité 48-72 heures), un local grillagé est accessible en permanence aux fumeurs.

En revanche, faute de local aménagé et faute de pouvoir accéder librement à l'extérieur, les patients de l'unité Sept Fermé à L'eau vive dépendent des soignants pour pouvoir fumer, ce qui instaure de fait un sevrage forcé. En lien avec la réflexion sur l'extension de l'accès au jardin (cf. § 5.1), une protection contre les intempéries était quasiment installée au moment du

contrôle, avec un allume-cigare. A ce jour, les patients ont juste une possibilité de fumer pendant quinze minutes après chaque repas.

Recommandation

L'accès au tabac dans l'unité Sept Fermé doit être assuré plus librement.

Dans ses observations au rapport de constat le 1^{er} mars 2019, l'ASM13 indique que « des travaux d'amélioration ont déjà été entrepris au pavillon 7 Fermé correspondant aux recommandations 20 et 21 du rapport. ». Des comptes-rendus de réunions tenues fin 2017 et début 2018 sont annexés.

5.2.2 Le port du pyjama

Le principe énoncé par les cadres est que le port du pyjama est réservé aux situations qui l'exigent pour des raisons de sécurité. En réalité cela varie selon les circonstances.

Près de la moitié des patients en unité fermée à la polyclinique étaient en pyjama ; seule une patiente l'était en unité ouverte. Trois patients étaient en pyjama à l'unité Pussin de L'eau vive dont deux en chambres d'isolement et un « à sa demande » ; à l'unité Sept Fermé, seuls les patients en chambre d'isolement étaient en pyjama.

5.3 LES POSSIBILITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT LIMITEES

5.3.1 Le courrier

La réception et l'envoi du courrier peuvent être réalisés librement par les patients. Dans les unités fermées, le patient remet son courrier à un soignant ou à la secrétaire ; s'il n'est pas affranchi, il le sera par la secrétaire. Cette dernière lui fournira, si besoin, le formulaire pour l'envoi d'un courrier recommandé. Les patients autorisés à sortir peuvent déposer leur courrier dans une boîte aux lettres située à l'entrée de l'hôpital L'eau vive ou à proximité de la polyclinique à Paris.

5.3.2 Le téléphone et l'accès à Internet

L'utilisation des téléphones mobiles n'est pas autorisée dans les unités : tous les patients doivent remettre leurs appareils aux soignants. Ils leur sont redonnés ponctuellement pour consulter des messages ou téléphoner dans des créneaux horaires fixés par le médecin.

Recommandation

La confiscation de tous les téléphones ne doit pas être systématique mais tenir compte de l'état de santé des patients et de leur évolution.

Dans ses observations de mars 2019, l'ASM13 joint une analyse réalisée entre décembre 2018 et février 2019 des situations des patients de trois unités (Sept Fermé, Pussin, polyclinique 48-72h) quant à l'accès au téléphone.

La recommandation est maintenue, bien que l'ASM13 démontre ainsi l'attention des équipes.

Dans chaque unité une « cabine » téléphonique est accessible aux patients, sauf contre-indication médicale, en communiquant le numéro de téléphone qu'ils souhaitent joindre au standard ; dans les faits il s'agit d'un poste téléphonique installé dans un couloir qui ne permet pas la confidentialité des échanges.



Cabine téléphonique de l'unité Pussin

Recommandation

La configuration des cabines téléphoniques installées dans les unités doit permettre aux patients de communiquer en toute confidentialité.

Il a été indiqué que la possession d'ordinateur était autorisée mais les patients ne peuvent accéder à Internet en l'absence de réseau.

Recommandation

Il convient de prévoir un équipement informatique dédié aux patients ainsi qu'un accès à internet.

L'ASM13 a abordé l'ensemble de ces recommandations et l'indique dans ses observations du 1^{er} mars 2019. Une réunion du 1^{er} février 2019 a conclu que « La privation de ce droit [l'accès au téléphone] est soumise à prescription et doit être tracée. Une évolution est à prévoir et organiser dans Cortexte. Cependant une politique commune est attendue [du CGLPL]. La difficile gestion des valeurs dans certaines unités rend complexe la généralisation du maintien de l'usage des téléphones portables personnels. L'usage des DECT²² serait à privilégier. L'accès à internet relève de la même réflexion et doit être intégrée au projet relatif aux travaux de réhabilitation. »

En l'état, les recommandations sont maintenues.

5.3.3 Les visites

A la polyclinique, les visites sont autorisées de 14h à 18h45 mais il n'existe ni borne d'accueil pour recevoir les visiteurs à l'entrée du bâtiment, ni salle pour que les patients puissent recevoir leurs

²² DECT : Digital Enhanced Cordless Telecommunications.

proches ; des sièges sont cependant à disposition dans les couloirs et sur la terrasse extérieure. Le livret d'accueil demande au patient de ne pas recevoir ses visiteurs dans leur chambre mais une tolérance est constatée.

A L'eau vive le nombre de visites est très limité, quasiment aucune en semaine, une dizaine en moyenne pour l'ensemble des unités le week-end compte-tenu de l'éloignement géographique de l'établissement (1 heure 30 de trajet en transport en commun au minimum : depuis le XIII^{ème} arrondissement, il faut rejoindre la gare d'Austerlitz ou la gare de Lyon, prendre un premier RER puis un second en changeant à Evry, descendre à Evry-Val de Seine où un bus permet de rejoindre l'hôpital. Le dimanche, la grille horaire est limitée à un bus par heure.).

Par ailleurs, un minibus assure deux fois par jour la liaison entre l'hôpital L'eau vive et le centre Philippe Paumelle à Paris mais il est réservé aux patients, après accord des équipes soignantes.

A l'unité Sept Fermé, il n'existe pas de salle de visite ; un local est cependant mis à disposition lorsqu'un visiteur se présente. Dans l'unité Pussin, une salle est dédiée aux visiteurs au premier étage de la structure.

Recommandation

L'éloignement et l'isolement géographique de l'hôpital de L'eau vive a pour conséquence de réduire considérablement les possibilités de visite aux patients. Afin d'y remédier, la navette reliant l'hôpital au centre Philippe Paumelle doit être accessible aux visiteurs dépourvus de moyen de transport individuel.

Dans toutes les unités, une salle doit être dédiée aux visites.

6. LES CONDITIONS MATERIELLES DE PRISE EN CHARGE

6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT VARIENT SELON LES UNITES

L'année de construction, la conception des bâtiments et leur mode d'utilisation sont hétérogènes et offrent des conditions de prise en charge très différentes aux patients.

6.1.1 La polyclinique

Le bâtiment de construction récente dispose de chambres en très bon état toutes accessibles aux personnes à mobilité réduite :

- quinze chambres dont deux doubles pour l'unité ouverte ;
- huit chambres individuelles et deux chambres d'isolement pour l'unité fermée.

D'une surface de 13 m² associée à une salle d'eau avec douche et WC, les chambres bénéficient de la lumière naturelle par l'intermédiaire d'une fenêtre que le patient peut ouvrir sous la forme oscillo-battante et qu'il peut occulter avec un rideau. L'éclairage artificiel est assuré par une rampe lumineuse au-dessus du lit et un globe au centre du plafond.

Le patient dispose d'une table de nuit et peut écrire sur une tablette associée à une chaise à proximité de la fenêtre.

Il peut fermer sa chambre de l'intérieur, y accéder à tout moment de la journée et dispose d'un placard fermé à clef. Cependant, le patient ne peut fermer sa chambre de l'extérieur et des vols ont été constatés. Il peut régler la température de son chauffage et appeler un soignant avec un bouton d'appel. L'occupant ne peut bénéficier de la télévision dans sa chambre mais peut posséder un poste de radio. Si son séjour se prolonge, la personne hébergée peut décorer sa chambre sommairement sous réserve qu'elle ne devienne pas son domicile.

6.1.2 L'hôpital L'eau vive

Les pavillons construits au cours des années 1970 sur deux niveaux ont bénéficié d'une rénovation en 2004 pour le pavillon Sept fermé et en 2012 pour le pavillon Pussin.

a) L'unité Sept Fermé

Les locaux de cette unité, inaccessibles aux personnes à mobilité réduite, sont très dégradés et en sur occupation.

Elle dispose de sept chambres individuelles, cinq chambres à deux lits et de trois chambres d'isolement ; tous les lits de la structure étaient occupés pendant la période de contrôle sans possibilité de retour en chambre ordinaire pour les patients isolés (cf. § 6.2).



Entrée de l'unité Sept Fermé

Deux chambres individuelles ont été doublées, rendant ainsi l'espace dédié à chaque patient très réduit (moins d'1 m entre deux lits).

Les chambres individuelles sont affectées en priorité aux patients agités ; les chambres doubles aux patients suicidaires et de même sexe. Des patients occupant ces chambres ont indiqué qu'ils auraient préféré être affectés en chambre individuelle mais qu'ils n'avaient pas eu le choix.

L'aménagement des chambres est particulièrement sommaire : les patients ne disposent pas d'armoire de rangement, leurs vêtements sont stockés dans un petit local à l'entrée de l'unité dans lequel ils doivent se changer (cf. §. 6.3). Ils ne peuvent fermer leur chambre à clef ni de l'intérieur ni de l'extérieur.

Seules quatre chambres sur douze possèdent douche et WC ; l'unité dispose de quatre salles d'eau avec lavabo et douche et quatre WC à usage collectif. Le dévidoir de papier toilette est hors d'usage dans l'un d'eux. La ventilation des locaux sanitaires est inexistante ; des moisissures recouvrent de nombreuses parois des locaux utilisés par les patients comme ceux utilisés par les professionnels.



Salle de bains collective



WC collectif



WC pour le personnel

Une machine à laver et un sèche-linge permettent de laver le linge des patients qui ne reçoivent pas de visite en complément de la lingerie centrale mais la machine à laver était en panne pendant la période de contrôle.

Les produits d'hygiène sont régulièrement distribués aux patients : dentifrice, savon, gant jetable, serviette, shampoing et peigne.

Recommandation

L'ensemble des locaux de l'unité Sept Fermé doit être transformé afin d'offrir des conditions d'hébergement aux patients et de travail aux agents adaptés aux soins prodigués et aux règles d'hygiène.

Dans ses observations en date du 1^{er} mars 2019, la direction générale de l'établissement de santé confirme que les conditions matérielles de l'accueil réalisé à Soisy-sur-Seine sont bien connues et font l'objet de toute son attention. Elle rappelle : « Le suspens durant deux années de l'acceptation de notre plan global de financement pluriannuel a retardé la mise en œuvre d'actions d'amélioration, étant entendu que nos projets de relocalisation parisienne nous conduisent à des rénovations et non à des réhabilitation pleines et entières.

La récente acceptation, par l'ARS et la DASES²³ parisienne, d'une implantation de structures médico-sociales nouvelles dédiées aux personnes autistes et aux personnes présentant un handicap psychique sur le site de Soisy va nous permettre dès le printemps prochain d'entreprendre les travaux urgents et indispensables (toiture, façades, isolation, chauffage et climatisation, distribution d'eau chaude). ».

Elle rappelle ainsi que les travaux relèvent de discussions en cours avec l'ARS d'Ile-de-France depuis plusieurs années, supposant de définir la destination future des bâtiments, ce que les contrôleurs ne contestent pas (cf. § 2.1.3).

b) L'unité Pussin

Les locaux ne permettent pas d'accueillir des personnes à mobilité réduite à l'étage mais une chambre leur est accessible au rez-de-chaussée.

Pendant la période de contrôle, vingt-huit patients étaient présents pour vingt-quatre lits théoriques dans :

- seize chambres individuelles ;
- cinq chambres doubles ;
- deux chambres d'isolement.

²³ DASES : direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé.



Façade et chambre de l'unité Pussin

Toutes les chambres sont équipées d'un cabinet de toilettes comportant lavabo et WC à l'exception de deux. Cinq locaux de douches et deux salles de bains sont par ailleurs accessibles aux patients. Tous les lieux sont en bon état de propreté.

Les patients peuvent accéder en permanence à leur chambre, la fermer de l'intérieur uniquement et disposent d'une armoire fermant à clef.

Le patient est tenu d'apporter ou de faire apporter son nécessaire de toilette et son linge. Cependant, une distribution pour le dépannage des affaires de toilette (pyjama, gel douche, serviette, gant de toilette, rasoir, dentifrice, brosse à dents) est réalisée quotidiennement.

Une machine à laver et un sèche-linge permettent de laver le linge des patients qui ne reçoivent pas de visite en complément de la lingerie centrale.

6.2 LES SUR OCCUPATIONS DONNENT LIEU A UN HEBERGEMENT INDIGNE ET A DES DISCONTINUITES DANS LE PARCOURS DE SOIN

Dans le rapport d'activité 2016, l'ASM13 souligne :

- le taux d'occupation des quarante-trois lits de L'eau vive supérieur à 100 % tout au long de l'année, comme les deux années précédentes, et même supérieur à 110 % durant 36 semaines, obligeant à installer régulièrement des lits supplémentaires, un dans l'unité Sept Fermé, deux dans l'unité Pussin ;
- le taux d'occupation des quarante lits de la polyclinique de 92 % dans l'unité ouverte et 104 % dans l'unité 48-72 heures ;
- des séjours supérieurs à huit jours dans l'unité 48-72 heures de la polyclinique.

Parallèlement, l'ASM13 indique pour 2016 :

- une durée moyenne de séjour (DMS) de 22 jours à la polyclinique contre 73 jours à L'eau vive ;
- une durée médiane de séjour de 9 jours à la polyclinique contre 44 jours à L'eau vive ;

Les soins instaurés dans l'unité 48-72 heures de la polyclinique doivent par principe être relayés à L'eau vive, alors qu'ils ont souvent duré plus d'une semaine (cf. §2.4).

Des lits supplémentaires sont installés dans des chambres (cf. §. 6.1.2). Il a même été rapporté l'installation d'un lit dans un bureau lors d'un épisode de sur occupation au cours des trois

dernières années, sans pouvoir y garantir la sécurité des personnes particulièrement face au risque incendie²⁴.

Il arrive aussi que les chambres d'isolement soient occupées par un patient qui ne nécessite aucune mesure d'isolement, porte ouverte, pour bénéficier d'un lit. De telles pratiques ont été rapportées à la polyclinique dans l'unité 48-72 heures.

Sans lien avec l'état de santé de la personne, au risque de dégrader la prise en charge et de la rendre plus durable, des patients en soin sans consentement des deux unités fermées de la polyclinique et de L'eau vive sont parfois placés en programme de soin pour pouvoir occuper un lit dans les unités ouvertes. De même, il a été rapporté que l'hospitalisation séquentielle est parfois mise en place pour libérer un lit.

Le 5 juin 2018, les contrôleurs ont relevé à L'eau vive l'hospitalisation de :

- vingt patients dans l'unité Sept Fermé pour une capacité de dix-sept lits ;
- vingt-huit patients dans l'unité Pussin pour une capacité de vingt-quatre lits.

Deux lits supplémentaires ont été installés dans deux chambres de Pussin, doublant l'usage des chambres et y réduisant l'espace.

Recommandation

Les chambres doublées doivent redevenir individuelles afin de laisser un espace vital suffisant à chaque patient et respecter leur dignité.

Les patients pris en charge en chambre d'isolement ne bénéficient pas de leur chambre normale à disposition, dite « chambre de suite ».

Recommandation

Lorsqu'un patient est isolé, sa place dans une chambre ordinaire doit être conservée.

L'ASM13 joint à son courrier du 1^{er} mars 2019 une note de faisabilité ainsi qu'une étude chiffrée des flux des patients datant de février 2019, éléments qui démontrent son attention quant à ces recommandations.

6.3 LE SYSTEME DE CONSERVATION DES BIENS DES PATIENTS DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE PROCEDURE PLUS RIGOUREUSE LORS DE LEUR DEPART

Lorsque les patients sont admis à la polyclinique ou à L'eau vive, les effets et objets qu'ils détiennent font l'objet d'un inventaire. Peu de choses leur sont laissées, l'essentiel étant conservé par chacune des unités.

Compte tenu de l'impossibilité de fermer les portes des chambres et de l'état de vétusté des placards, en particulier à Soisy-sur-Seine en unité fermée, les patients gardent très peu d'effets et d'objets personnels. Des inventaires contradictoires des effets et objets retirés sont en principe réalisés et conservés dans les dossiers du service. Certains inventaires n'ont pu être présentés.

²⁴ Le bureau n'était pas équipé de détecteur de fumée.

Dans l'unité Sept Fermé, les effets des patients sont stockés dans un local proche de l'entrée, ce qui facilite leur récupération en cas de déplacement à l'extérieur mais les conditions du stockage, dans des bacs en plastique au milieu d'un bric-à-brac d'objets à déclasser, ne sont pas dignes.



Local de rangement des vêtements des patients

S'agissant des biens de valeur, le processus est différent selon les sites.

A la polyclinique, ces biens sont placés dans des enveloppes individuelles avec un inventaire spécifique contresigné, les enveloppes étant conservées dans un coffre dans le bureau de la cadre du service.

A L'eau vive, le même système d'enveloppes existe, avec inventaire et contresignature mais la conservation de ces enveloppes est confiée à la comptabilité qui les garde dans une armoire forte.

Le fonctionnement courant de cette conservation est satisfaisant. Cette organisation est nécessaire en raison de l'absence d'un service de comptabilité publique apte à garder ces biens et ces valeurs en régie. L'accès des patients à leurs biens est facile (mais doit être programmé en cas de besoin hors les heures ouvrables à Soisy).

Pour autant, dans les deux sites, les agents sont conduits à conserver (d'ailleurs hors du coffre à Soisy) plusieurs dizaines d'enveloppes contenant des clés, des papiers d'identités, des sommes d'argent, des documents administratifs, des bijoux, etc. de patients ayant quitté l'établissement depuis plusieurs mois. Une quarantaine d'enveloppes sont ainsi « conservées » à Soisy. La plus ancienne date de 2014.

A la polyclinique, en janvier de cette année, une opération de restitution a été engagée ; elle a donné un résultat faible car les renseignements n'étaient pas exacts et les patients n'ont pas pu ou pas osé revenir. Il n'en demeure pas moins que la conservation durant de longs mois d'objets très précieux et très utiles aux personnes n'est pas acceptable. Elle fait peser une responsabilité lourde sur les agents.

La question de la conservation des biens appartenant à des patients ayant quitté le service doit être rapidement revue. Il faut renforcer le processus de leur récupération lors du départ et régulièrement lancer une procédure active de restitution.

Recommandation

Au moment où ils quittent l'hôpital, les patients doivent entrer en possession de tous les biens et objets de valeur qu'ils ont déposés lors de leur admission et au fur et à mesure de leur séjour. Lorsque des biens ou des valeurs n'ont pas été récupérés, l'ASM13 doit organiser leur restitution à leur propriétaire.

Dans ses observations du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 rappelle que des procédures existent. Le CGLPL maintient sa recommandation, s'agissant de mettre en œuvre les procédures.

6.4 LES REPAS SONT PRIS DANS UN CADRE AGREABLE ET L'ALIMENTATION DES PATIENTS EST ORGANISEE DE FAÇON SATISFAISANTE

Les conditions de prise des repas sont conviviales.

Pour les patients hospitalisés dans les unités ouvertes à Paris comme à Soisy-sur-Seine, les repas sont pris dans une cafétéria en mode self-service. Pour les patients en unités fermées, les repas sont pris dans une salle à manger dans l'unité, en présence de soignants.

A la polyclinique, la cafétéria est située au rez-de-chaussée dans un local un peu sombre mais d'accès facile. Les repas sont préparés à l'extérieur par un prestataire et livrés en barquettes une fois par jour (liaison froide). Les barquettes sont, si nécessaire, réchauffées sur place.

A l'Eau vive, la cafétéria est une salle de restaurant commune pour les patients (dont les patients des deux foyers médico-sociaux) et les soignants, qui prennent leur repas à la fin du service des patients. Pour ces derniers, c'est une occasion de traverser le parc et de se retrouver dans un cadre très agréable. Le service est attentif et la démarche des repas s'inscrit dans le processus de soin. La préparation des repas est faite sur place dans une cuisine animée par des agents de l'administration (liaison chaude). Les moyens techniques sont en bon état malgré quelques équipements assez anciens. Ils ont fait l'objet d'une mise à jour régulière.

Le petit déjeuner avec jus d'orange est distribué à partir de 8h dans les pavillons de L'eau vive ou 8h30 dans la cafétéria de la polyclinique (dans l'unité 48-72 heures pour les patients de cette dernière). Un goûter est servi à 16h. Une tisane est proposée à 21h.

C'est le même titulaire qui livre des repas à Paris et des denrées à Soisy, dans le cadre classique des marchés publics.

Dans les deux établissements une commission des menus donne son accord aux propositions du titulaire des marchés ; cette commission est ouverte à des patients désignés par la direction.



La salle de restaurant de L'eau vive

Au total, la fonction alimentation donne satisfaction aux patients et les conditions de distribution restent agréables. Les taux de satisfaction exprimés dans les questionnaires de sortie varient entre 64 et 88 % d'avis assez ou très favorables selon les années et les services. D'autres avis, exprimés dans des réclamations, sont plus réservés sur la qualité ou la quantité de nourriture.

6.5 L'OFFRE D'ACTIVITES EST PLUS RICHE A SOISY QU'A PARIS

6.5.1 Les activités organisées à la polyclinique

Concernant l'unité ouverte, les contrôleurs ont noté :

- des activités (art thérapie, ateliers conte de fée, sport ou écriture) sont organisées chaque jour sauf le mardi et le samedi. La participation varie entre une et trente personnes suivant les séances qui durent d'une à deux heures ;
- des salles sont dédiées à chacune de ses activités dont une salle de sport particulièrement bien équipée ;
- des réunions soignants-soignés sont organisées le premier et le troisième jeudi de chaque mois : une affichette a été réalisée en 2016 après des échanges sur le respect des personnes et des biens (cf. annexe 1) ;
- à tous les étages, les patients peuvent accéder à des salons partiellement ouverts sur l'extérieur et confortablement aménagés ou ils peuvent fumer ;
- les patients peuvent accéder à une terrasse au dernier étage de l'immeuble où ils peuvent fumer et se détendre, mais exposée à la vue des habitants des immeubles voisins.

Dans l'unité 48-72 heures, fermée, les contrôleurs ont relevé que :

- les activités sont essentiellement consacrées aux entretiens avec les soignants, à la télévision et à la pratique de jeux de société ;
- les patients peuvent accéder à un salon partiellement ouvert sur l'extérieur, équipé de mobilier, pour y fumer.



Terrasse de la polyclinique, unité ouverte



Salon fumeur du premier étage, unité fermée

6.5.2 Les activités organisées à l'hôpital L'eau vive

La localisation de cet hôpital au sein d'un vaste parc permet aux patients autorisés de s'y promener et aux autres de participer à des sorties conduites par les soignants.

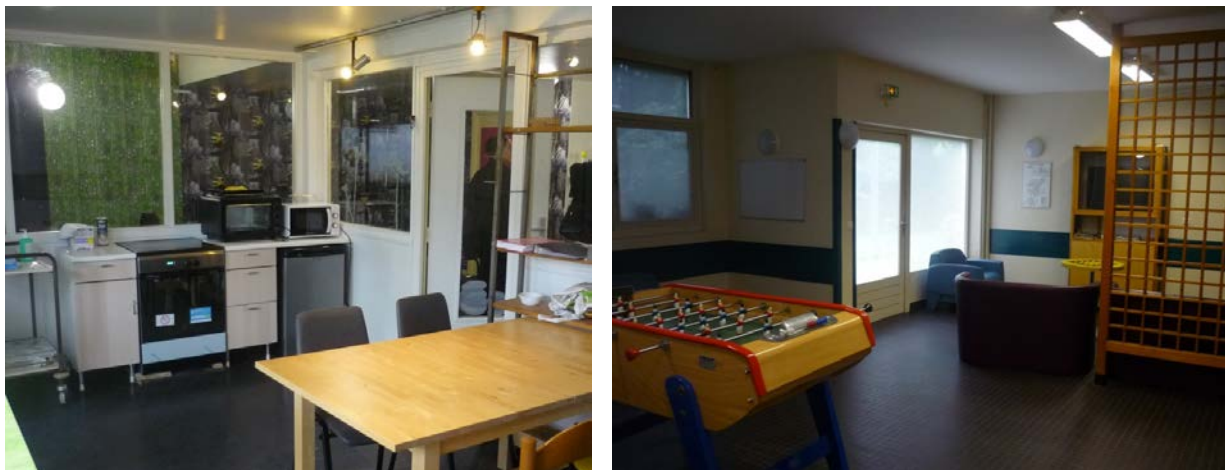
a) L'unité Sept Fermé

Au sein de l'unité Sept Fermé, de nombreuses activités sont programmées :

- cuisine thérapeutique : le patient prépare un repas avec deux soignants ; il peut le déguster en invitant deux personnes de son choix ;
- touché / massage, gymnastique douce et relaxation ;
- projection de film suivie d'un débat ;
- activités sportives ;
- soins esthétiques ;
- pratique du jeu Dixiludo, destinée à stimuler et recréer des échanges en groupe sous forme de conversation ;
- jardinage.

Les espaces d'activité sont bien équipés. Chaque soignant assure l'animation de plusieurs ateliers.

Pour leur distraction, les patients disposent d'un espace comportant un téléviseur, un baby-foot et une table de ping-pong. Selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs, les patients auront très prochainement accès à un jardin d'environ 250 m² où ils disposeront d'une table de ping-pong, de tables et de chaises avec possibilité de faire des barbecues.



Atelier cuisine et espace de détente de l'unité Sept Fermé

b) L'unité Pussin

L'unité dispose de locaux adaptés pour les activités :

- un atelier d'ergothérapie ouvert du mardi au vendredi (10h-12h et 14h-16h) et dont le programme affiché à l'entrée est consultable en permanence ;
- un atelier d'écriture ;
- un atelier « pause pensée » le lundi de 15h à 16h, animé par une psychologue et un soignant ;
- des réunions soignants-soignés un mardi sur deux à 16h.

Les contrôleurs ont pu constater que la participation des patients à ces différents ateliers était importante tant au niveau du nombre que de l'intérêt qu'ils y portaient.

L'unité comporte aussi trois espaces de détente :

- une bibliothèque ;
- un espace avec baby-foot et table de ping-pong ;
- une salle de télévision.

6.6 LES RELATIONS SEXUELLES ENTRE PATIENTS SONT UNE QUESTION PREGNANTE DANS LES UNITES MAIS SANS REFLEXION COLLECTIVE DANS L'INSTITUTION

6.6.1 A la polyclinique

Les patients sont invités à n'entretenir des relations intimes qu'à l'extérieur du bâtiment. A cet effet le livret d'accueil précise : « *Il est formellement interdit de pénétrer dans la chambre d'un autre patient* » puis dans un autre paragraphe : « *Au cas où votre comportement dérogerait au règlement intérieur ou compromettrait votre traitement ou celui des autres patients, votre médecin pourra décider d'interrompre prématurément votre hospitalisation* ».

6.6.2 A l'hôpital L'eau vive

Le livret d'accueil reprend des dispositions identiques mais une affiche alerte les patients sur les risques de relations sexuelles non protégées et les invite à contacter médecin et soignant pour

répondre à leurs interrogations concernant la protection contre les maladies sexuellement transmissibles et la contraception. Des préservatifs sont proposés aux patients.

Toute atteinte sexuelle ou situation pouvant ou ayant mis un patient en danger fait l'objet d'un retour d'expérience, par exemple après des relations consenties en échange de remise de cigarettes. Il a été indiqué que plusieurs cas de relations sexuelles non consenties ont eu lieu et que certaines ont donné lieu à des plaintes pour viols et agressions sexuelles traitées par la gendarmerie.

Recommandation

Une réflexion collective sur la sexualité au sein des structures de l'ASM 13 doit être conduite ; une information et des consignes doivent être diffusées, tant à l'attention des patients que des soignants.

Dans ses observations en date du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 précise que les questions de sexualité sont abordées avec les adolescents en hôpital de jour. Elle joint également, s'agissant des adultes dans toutes ses structures d'hébergement, une note à destination du personnel décrivant la « Conduite à tenir en cas d'agression sexuelle sur un patient ou un résident ».

7. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUE GAGNERAIENT EN QUALITE AUTOUR D'UN PROJET STRUCTURE INCLUANT L'ENSEMBLE DES UNITES CONCERNEES

7.1.1 Organisation du département d'hospitalisation de psychiatrie adultes

Le département de psychiatrie adultes intègre des soins ambulatoires, des unités d'hospitalisation, un pôle psychosocial, une équipe mobile psychiatrie, précarité et travail social de partenariat, des activités psychothérapeutiques et un groupe de réflexion de liaison avec le département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il n'y a pas de responsable de département identifié. Aucun organigramme n'a été communiqué aux contrôleurs portant sur la déclinaison de ses différentes structures et unités de soins et des responsables de celles-ci.

Pourtant, il est clairement apparu au cours de la visite que chaque unité de soins est sous la responsabilité d'un psychiatre.

Aucun projet d'établissement n'a été remis aux contrôleurs. Le seul document remis est le projet associatif 2014-2018, énumérant les perspectives d'évolution de l'ensemble des structures de l'association (cf. § 2.1.3). Il ne définit pas la politique générale de l'établissement sur la base du projet médical.

Ces discussions sont en cours. Un groupe projet médical est en place depuis plusieurs semaines. Un séminaire est prévu sur ce thème le 28 juin 2018.

Recommandation

L'ASM13 doit se doter d'un projet d'établissement incluant un projet médical fixant les objectifs à court et moyen terme et les moyens d'y parvenir.

Par le biais de ses observations du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 atteste de l'élaboration en cours de son projet d'établissement 2018-2023.

La prise en charge de patients relevant de soins psychiatriques inclut également la prise en charge en ambulatoire et le recours à des structures d'accueil pour certains patients.

Une des valeurs ajoutées de l'ASM 13 est de proposer un panel très complet de structures pour ce type de prise en charge, facteur de facilitation pour les équipes de soins évitant de longues recherches. Ces structures sont néanmoins essentiellement localisées à Paris notamment pour l'ambulatoire (CATTP, atelier thérapeutique, hôpital de jour, etc.) l'organisation diffère sur le site de Soisy-sur-Seine où sont surtout installées des structures de prise en charge au long cours.

7.1.2 Fonctionnement des unités et des structures de soins

Le fonctionnement des quatre unités d'hospitalisation diffère, ce qui correspond à leur orientation différente mais peut aussi interroger sur certaines pratiques. Les psychiatres des deux sites assurent une astreinte opérationnelle (une par site) les nuits, week-ends et jour fériés. Un interne est également de garde sur place.

Un *staff* clinique associant l'ensemble des psychiatres est organisé deux fois par mois. Ces réunions ne donnent lieu à aucun compte rendu. L'organisation de chaque unité est laissée à l'appréciation de leur responsable sans aucune formalisation écrite.

a) L'eau vive

Concernant les deux unités de l'hôpital L'eau vive, l'**unité Sept Fermé** n'accueille que des SSC (cf. § 2.4.2). Ceux relevant d'ASPDT sont des transferts de la polyclinique (unité 48-72 heures) ou des admissions directes par le CAC par défaut de lits. Les modes de sortie observés sont soit un re transfert à la polyclinique mais dans l'unité de soins ouverte, les patients souhaitant se rapprocher de leur domicile parisien, soit une levée incluant un programme de soins (sur ce point, cf. §3.4), soit si l'hospitalisation doit être prolongée pour une période de consolidation, ils sont transférés à l'unité Pussin (unité ouverte).

Deux temps de psychiatre sont affectés à cette unité, ceux-ci partageant leur activité avec le secteur ambulatoire. L'encadrement est assuré par un cadre infirmier à temps plein. Toutes les consultations sont pluridisciplinaires, les infirmiers y participant systématiquement eux-mêmes organisant des réunions avec les patients. Des ateliers thérapeutiques sont organisés au sein de l'unité.

L'**unité Pussin** accueille en majorité des SSC (cf. § 2.4.2). Les modes d'admission de l'unité Pussin sont pour la majorité des transferts de la polyclinique (unité 48-72 heures) et de l'unité Sept Fermé mais elle peut également intégrer des admissions directes de l'I3P, du CPOA, des urgences de la Pitié-Salpêtrière et du CMP. Comme dans l'unité Sept fermé, l'accueil de patients en PDS pose question (cf. § 3.4).

Les modes de sorties sont de même très variés intégrant le retour à la polyclinique, le plus souvent dans l'unité ouverte les patients souhaitant se rapprocher de leur domicile parisien, le re transfert possible à l'unité Sept fermé dans les cas d'aggravation clinique, l'hospitalisation à temps partiel, l'admission dans un foyer.

Le mode de fonctionnement de cette unité est donc identique à l'unité Sept Fermé.

Pour ces deux unités les contrôleurs n'ont pu obtenir de données précises sur le nombre d'activités thérapeutiques. Ces prises en charge ne sont par ailleurs pas mentionnées dans le rapport annuel d'activité. Ce sont pourtant des activités devant être recensées par le département d'information médicale (DIM)

Recommandation

Les activités thérapeutiques organisées au sein des unités de soins doivent être recensées et faire l'objet d'une analyse annuelle.

b) La polyclinique

Concernant les deux unités du site de la polyclinique, l'**unité 48-72 heures** ne reçoit que des soins à la demande d'un tiers. Deux psychiatres y sont affectés pour une partie de leur temps de travail. Les données communiquées par l'établissement sur le devenir de ces patients à la suite de leur admission dans cette unité, la durée moyenne d'hospitalisation étant de 12 jours, font état, d'un tiers d'entre eux retournant à leur domicile avec des soins ambulatoires, d'un second tiers transféré dans l'unité de soins libres de la polyclinique, le dernier tiers étant transféré sur le site de Soisy-sur-Seine.

Globalement les deux tiers de ces patients sortent donc très rapidement. Ce constat interroge sur la justification d'un certain nombre de ces mesures de SDT et surtout sur le nombre d'ASPPI et de leur potentiel caractère abusif (cf. § 2.4.1).

Deux praticiens interviennent dans cette unité. Les patients sont vus quotidiennement en consultation et à leur demande si nécessaire.

L'**unité ouverte** de la polyclinique n'accueille en principe que des patients en soins libres. Néanmoins les contrôleurs ont constaté comme dans les unités de l'hôpital L'eau vive des patients hospitalisés mais considérés comme étant en programme de soins (PDS, cf. § 2.4.2), qui ne répondent pas à la législation (cf. § 3.4).

Ces patients peuvent venir de l'unité 48-72 heures mais également de Soisy-sur-Seine. Les activités thérapeutiques pour ces patients sont organisées par le service d'accueil thérapeutique et traitement de la crise installé à la polyclinique. Celui-ci prend également en charge des patients suivis en ambulatoire. Aucune donnée de ces activités n'a été communiquée, aucune mention n'en est faite dans le rapport annuel d'activité.

Le détail de ces modes d'admission et de sortie permet d'illustrer la complexité du parcours d'un certain nombre de patients transférés d'une unité à une autre, et d'un site à un autre et confrontés à des prises en charge qui peuvent différer. Ce mode de fonctionnement perçu comme facteur de complexification du parcours de soins des patients par les contrôleurs est au contraire souligné et mis en avant par certains praticiens comme un facteur de souplesse permettant d'adapter à tout moment la prise en charge d'un patient à l'évolution de sa clinique. Des chiffres globaux sur ces transferts ont été communiqués entre les sites de Paris et Soisy : les transferts se font majoritairement de Paris vers Soisy-sur-Seine (à 83,2 % et 84,5 % en 2016 et 2017 respectivement) et plus rarement de Soisy-sur-Seine vers Paris. Mais aucune donnée ne concerne les transferts entre unités de soins.

Par ailleurs aucun document (procédure) ne formalise les conditions de ces transferts et leurs modalités de mise en œuvre.

Recommandation

Eu égard au nombre de transferts de patients entre les sites de la polyclinique et de L'eau vive, il convient dans leur intérêt de s'assurer de la pertinence des parcours de soin en évaluant précisément le nombre de transferts entre les unités.

Les motifs, conditions et modalités de tout transfert doivent faire l'objet d'une procédure écrite.

Dans ses observations du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 transmet aux contrôleurs une note de faisabilité et des outils de suivi des procédures de SSC appliqués aux années 2017 et 2018, afin de mieux identifier notamment les parcours de soin. La création du poste de chef de projet « Développement des projets informatiques impactant les organisations de soin sur l'ensemble de l'ASM13 » ayant pour mission principale « [...] de mettre en place son développement [du dossier patient informatisé] en adéquation avec le cadre réglementaire, les contraintes techniques et la vision transversale des parcours patient » peut également y contribuer.

Les contrôleurs se sont également interrogés sur d'autres différences notables concernant le fonctionnement de ces unités et pouvant avoir des retentissements sur la prise en charge des patients.

Ainsi, si le port de blouses blanches par les soignants dans les unités de soins de L'eau vive est la règle, l'inverse est observé à la polyclinique. Ce type de décisions devrait relever au sein d'un même établissement d'une même politique et il serait pertinent de recueillir l'avis des patients.

L'absence de politique commune et de formations suffisantes conduit à un fonctionnement très autonome des unités tant au niveau administratif que médical. Certains sujets comme la sexualité sont ainsi traités dans chaque unité et au cas par cas sans réflexion collégiale au sein de l'institution (cf. § 6.6).

Pourtant un collège des professionnels médicaux se réunit mensuellement pour échanger sur les cas complexes. Ce collège pourrait être également le lieu où aborder ces autres sujets. Aucun compte rendu n'est rédigé à l'issue de ces réunions.

Recommandation

Une politique commune doit être arrêtée au niveau institutionnel visant à harmoniser certaines pratiques de fonctionnement et de prise en charge au sein des unités de soins. Toute action ou réflexion doit être formalisée de façon traçable permettant d'en assurer le suivi et l'évaluation.

L'ASM13 ajoute le 1^{er} mars 2019 qu'elle a commandité pour 2018-2019, sous la supervision d'une cadre de santé chef de projet interne à l'ASM13, le travail d'une autre cadre, étudiante en master 2 « Organisation et conduite du changement » au CNAM, pour :

- accompagner la réflexion et la méthodologie du projet de soins en cohérence avec le projet médical ;
- piloter et coordonner les travaux participatifs permettant l'élaboration du projet de soins.

Le travail, à finaliser en mai 2019 et réunissant des représentants de chaque unité, a été articulé autour de quatre axes prédéfinis : améliorer les parcours de soins et de vie de la personne malade, développer la mise en place de pratiques transversales et collaboratrices, optimiser le fonctionnement des organisations paramédicales, déployer la formation, la recherche et la communication.

7.2 LES SOINS SOMATIQUES DOIVENT ETRE RAPIDEMENT ORGANISEES

L'ASM13 n'a aujourd'hui à son effectif aucun temps médical de généraliste mais prévoit d'en recruter 0,8 ETP pour couvrir le secteur médico-social et le sanitaire pour cinq vacations.

La législation récente rappelle pourtant l'obligation de ces soins notamment pour tout patient faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement²⁵.

Le placement à l'isolement doit également s'accompagner d'une surveillance médicale, incluant la surveillance somatique.

Recommandation

L'ASM 13 doit procéder rapidement au recrutement d'un médecin somaticien pouvant intervenir sur les deux sites de cet établissement.

Actuellement, ce sont les internes de psychiatrie qui assurent ces prises en charge. Si celles-ci s'avèrent complexes il est fait recours aux urgences du centre hospitalier Sud-Francilien (CHSF, Essonne) pour le site de Soisy-sur-Seine et aux urgences de la Pitié-Salpêtrière pour le site parisien. Pour les soins dentaires il est fait appel à un cabinet dentaire libéral.

²⁵ Article L 3211-2-2 du code de la santé publique.

Cette absence de médecin est une surcharge de travail pour les psychiatres au détriment de leur mission première et c'est pour eux source d'une vigilance constante auprès des patients dans la mesure où les principales causes de décès des patients pris en charge en psychiatrie sont somatiques.

Nonobstant cette absence de médecin l'établissement aurait pu réfléchir à la rédaction de fiches de conduite à tenir pour les cas cliniques observés, les plus fréquents en psychiatrie.

Recommandation

Un projet d'organisation de la prise en charge des soins somatiques doit être finalisé dans les meilleurs délais. Ce projet doit intégrer la rédaction de procédures de prévention et de prise en charge de certains risques identifiés en psychiatrie, y compris pendant une période d'isolement

La direction générale de l'ASM13 indique le 1^{er} mars 2019 dans ses observations qu'elle a déployé et déploie « encore beaucoup d'actions en vue de recrutement de médecins somaticiens sur les deux sites sans succès à ce jour ». Dans l'attente, elle a recours à des « modalités de substitution : inscription dans la communauté professionnelle territoriale de santé Paris 13, recherche de partenariats avec les établissements de proximité et recours au centre hospitalier sud-francilien, formation d'un comité dit « somatique » et travail de mise en forme de procédures. ».

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

La contention mécanique n'est plus utilisée au sein de l'établissement.

8.1 LE RECOURS A L'ISOLEMENT, DANS DES CONDITIONS MATERIELLES INSUFFISANTES, MANQUE DE TRAÇABILITE ET DE POLITIQUE CLAIREMENT DEFINIE

8.1.1 Les chambres d'isolement

Trois unités de l'ASM13 ont des chambres d'isolement : les unités 48-72 heures, Sept fermé, Pussin.

a) La polyclinique

Les deux chambres d'isolement de l'unité 48-72 heures, inutilisables à la suite d'un incendie et en cours de rénovation, situées à l'extrémité d'un couloir, sont excentrées par rapport au bureau infirmier. Les soignants ne disposent d'aucune visibilité directe sur les chambres ou d'un système de vidéosurveillance.

Un sas dessert les deux chambres et une salle d'eau avec douche et lavabo sans miroir. Avant de pénétrer dans la chambre, les soignants peuvent apercevoir le patient à travers une ouverture vitrée d'1 m de haut et 30 cm de large. Chaque chambre dispose d'un accès direct à un local WC sans porte.

Le patient, qui n'est jamais contentonné, dispose d'un bouton d'appel infirmier avec interphone mais ne peut commander l'éclairage.

Les chambres ne disposent d'aucun équipement télévisuel ou musical. Elles possèdent pour tout équipement :

- une petite fenêtre de 1,20 sur 1,10 m que le patient peut ouvrir partiellement ;
- un lit métallique fixé au sol recouvert d'un matelas de 10 cm d'épaisseur ;
- un support en mousse de 0,70 m de hauteur et de 0,40 m de diamètre pouvant faire office de table ;
- une horloge digitale permettant de voir l'heure sans indiquer le jour et la date ;
- un radiateur protégé ;
- deux lampes fixées au plafond et un détecteur de fumée.



Chambre d'isolement de la polyclinique

b) L'hôpital L'eau vive

i) L'unité Sept Fermé

Dans l'unité fermée Sept fermé sont à disposition trois chambres d'isolement. Elles sont excentrées par rapport au bureau infirmier. Les soignants ne disposent d'aucune visibilité directe sur les chambres ou d'un système de vidéosurveillance.

Les trois chambres sont desservies par un sas qui donne aussi accès à un petit jardin permettant aux patients de fumer.

Avant d'ouvrir la porte de la chambre, les soignants peuvent apercevoir le patient à travers une ouverture vitrée d'1 m de haut et 20 cm de large. Ces chambres ne disposent pas de double entrée.

Les chambres d'isolement possèdent pour tout équipement :

- une petite fenêtre de 1,20 sur 1,10 m que le patient peut ouvrir partiellement ;
- un lit métallique fixé au sol recouvert d'un matelas de 10 cm d'épaisseur ;
- un support en mousse de 0,70 m de hauteur et de 0,40 m de diamètre pouvant faire office de table ;
- un bouton d'appel infirmier sans inter phonie ;
- une horloge digitale ;
- deux lampes fixées au plafond et un détecteur de fumée.

Elles ne disposent d'aucun équipement télévisuel ou musical qui permettrait aux patients de se distraire.

Une chambre récemment rénovée possède douche et WC individuels, les deux autres possèdent un WC individuel et un local de douche commun.



Espace extérieur pour fumer



Chambre d'isolement de l'unité Sept Fermé

ii) L'unité Pussin

Dans l'unité Pussin de vingt-quatre lits, deux chambres d'isolement sont en plus situées au premier étage, très éloignées du bureau infirmier situé au rez-de-chaussée.

En l'absence de sas, l'accès à ces chambres est réalisé directement à partir du couloir desservant les autres chambres. Un hublot permet aux soignants d'apercevoir le patient et à ce dernier de connaître le jour, la date et l'heure. Un espace permet aussi d'y intégrer les lunettes du patient.



Hublot de la chambre d'isolement

Les chambres d'isolement, climatisées, disposent :

- d'une fenêtre que le patient peut ouvrir partiellement ;
- d'un lit métallique fixé au sol recouvert d'un matelas de 10 cm d'épaisseur ;
- d'un support en mousse de 0,70 m de hauteur et de 0,40 m de diamètre pouvant faire office de table ;
- d'un bouton d'appel infirmier sans inter phonie ;
- de deux lampes fixées au plafond et un détecteur de fumée.

Recommandation

Les chambres d'isolement des unités Sept fermé et Pussin n'offrent pas les garanties de sécurité et de qualité des soins nécessaires (absence de double entrée, éloignement des infirmiers et difficultés de surveillance). Elles doivent être rénovées en tenant compte des recommandations de la Haute autorité de santé.

8.1.2 Le registre

Le registre devant consigner les mesures d'isolement et de contention²⁶ n'a pas été mis en place. Deux unités ont mis en place des relevés artisanaux, différents, et qui n'ont pas été exploités.

Aucun bilan d'activité n'a été présenté lors de cette visite. C'est pourtant une obligation législative. Aucune analyse qualitative n'est pour le moment conduite.

La commission médicale d'établissement est peu impliquée. Une politique a été présentée en mai 2017 mais n'a été suivie d'aucun bilan ni d'aucun programme d'amélioration.

Il est pourtant préconisé que les moyens pour limiter ces mesures soient intégrés au sein du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins proposé par la CME.

²⁶ Article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

Recommandation

L'ASM13 doit mettre en place un registre des mesures d'isolement et de contention, et élaborer sur sa base un rapport annuel établissant un bilan quantitatif et qualitatif et présentant les mesures de correction devant être mises en œuvre.

Dans ses observations du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 transmet :

- le rapport sur l'isolement et la contention à l'ASM13 en 2016, présenté à la CME du 16 mai 2017 dont le compte-rendu est joint ;
- le compte-rendu de la réunion de la commission des usagers (CDU) du 20 novembre 2018, au cours de laquelle le rapport 2017 sur l'isolement et la contention a été « présenté, débattu et validé », concernant « 7 chambres d'isolement sur les deux sites d'hospitalisation ». Des solutions alternatives à l'isolement ont été recherchées ;
- l'avis favorable de la CME du 25 septembre 2018 quant au rapport sur l'isolement et la contention 2017.

Elle reconnaît également qu'il n'existe pas de « registre [...] conforme à l'attendu », qui ne sera effectif que d'ici à la fin de l'année 2019 en lien avec le dossier patient informatisé.

8.1.3 Les décisions d'isolement

Seuls les patients adultes faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement (SDRE, SDT) sont concernés par une décision de placement en chambre d'isolement.

Pour l'année 2017, les données communiquées aux contrôleurs²⁷ – en l'absence de registre, cf. *supra* – portent sur les seules décisions d'isolement de l'unité 48-72 heures, celles-ci ayant été relevées manuellement sur un cahier. Le rapport d'activité 2017 ne fait d'ailleurs référence qu'aux décisions d'isolement de celle-ci ; aucune mention de ces décisions n'y figure concernant les deux unités d'hospitalisation de l'hôpital L'eau vive, pourtant également concernées.

Pour l'année 2018, le département d'information médicale (DIM) a communiqué sur la période du 1^{er} janvier au 4 juin 2018 les décisions d'isolement des trois unités concernées (unités Pussin et Sept fermé de L'eau vive, unité 48-72 heures de la polyclinique). Ce recueil a pu être réalisé du fait de la mise en place d'un dossier patient informatisé.

L'analyse de ces données par les contrôleurs a permis d'en tirer quelques enseignements :

- en 2017, soixante-quatre patients ont été placés dans une chambre d'isolement, la médiane s'établissant à 1,35 jour pour 50 % et à 8,6 jours pour la seconde moitié, la durée maximale étant de 21 jours. C'est une durée très longue pour une unité de soins pour des prises en charge de courte durée. Le rapport d'activité ne corrobore pas ces chiffres mentionnant soixante-deux patients et une durée maximale de 12 jours. Le nombre de ces décisions représenterait 17,8 % des patients admis dans cette unité ;
- en 2018, durant une période de cinq mois, 112 patients (110 pour l'hôpital de L'eau vive et 2 pour l'unité 48-72 heures) ont fait l'objet d'une décision d'isolement. N'ayant pas eu communication du nombre de patients ayant fait l'objet d'une mesure de SSC durant cette même période, il n'a pas été possible de calculer le pourcentage de recours à cette pratique.

²⁷ Il s'agit de la fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) et de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

Pour mémoire le nombre de patients en SSC s'élevait en 2017 à 513²⁸. Il est très difficile d'extrapoler mais ces seules décisions sur 2018 (durant cinq mois) correspondraient à 22 % des SSC de 2017 (sur 12 mois). La médiane calculée selon ces données établit que 50 % patients ont une durée inférieure à 1,5 jour, la seconde moitié ayant une durée supérieure à 10,3 jours. La durée maximale est de 79 jours.

Si ces durées diffèrent peu entre les deux principales unités du site de Soisy-sur-Seine, en revanche le nombre de décisions d'isolement dans l'unité Sept Fermé est très supérieur à celui de l'unité Pussin (proportionnellement trois fois plus).

Concernant l'unité 48-72 heures si les données DIM indiquent deux décisions durant la période 2018, l'examen du registre tenu manuellement au sein de cette unité fait état de dix décisions.

L'ASM13 doit impérativement harmoniser les recueils de données concernant les mesures d'isolement. Un contrôle de cohérence et de qualité des données renseignées doit être mis en place.

Les contrôleurs ont complété ces analyses au regard des dates d'entrée et de sortie des patients. Ainsi ils ont pu observer sur cette période de 5 mois, que pour quarante patients (soit 36 %) la décision d'isolement a été prise le jour de leur admission, que pour quinze d'entre eux (4,7 %) la période d'isolement est identique à la durée de séjour et que pour neuf autres (0,8 %) la date de levée de la décision d'isolement correspond à la date de sortie de l'unité.

Recommandation

Le recours à l'isolement est encore trop fréquent et sa durée pour au moins 50 % d'entre eux beaucoup trop longue. L'analyse de ces décisions et leur diminution sont impératifs.

Dans les éléments transmis par l'ASM13 en réponse au rapport de constat, le rapport sur l'isolement et la contention en 2016 recense plusieurs axes d'amélioration en vue de diminuer le recours à l'isolement, parmi lesquels : la formation du personnel soignant pour « faire face à l'agressivité en milieu hospitalier », l'aménagement d'un espace d'apaisement dans chacune des trois unités de soins concernées (en précisant que les travaux envisagés sont retardés par le flou existant au niveau de la localisation des lits d'hospitalisation), des aménagements architecturaux permettant un accès libre à un jardin pour les services fermés (idem), de nouvelles modalités de gestion du tabac, des portables, et des affaires personnelles y compris les vêtements (en cours de réflexion en fonction des recommandations de l'HAS), la systématisation de la contre-visite médicale afin de réduire la durée d'isolement.

8.1.4 Les modalités de placement en isolement

a) Pilotage et coordination

Une procédure a été validée en novembre 2011 portant sur « les soins et la surveillance infirmière lors de la prescription médicale de mise en chambre intensif de 24h ». Celle-ci n'a pas été, depuis lors, actualisée.

²⁸ Source : Données DIM ASM13, 2018

Ce sujet a été mis à l'ordre du jour de la commission médicale d'établissement (CME) du 28 juin 2016 à la suite de la parution de la loi du 26 janvier 2016²⁹ et débattu lors de deux CME, les 7 février et 16 mai 2017. Lors de la CME du 7 février a été rappelé le rôle de cette instance au regard des mesures législatives mentionnant notamment l'obligation de présenter un rapport annuel. Lors de la séance du 16 mai 2017 a été présenté un rapport sur la politique de l'ASM13 sur l'isolement et le droit des patients, listant les actions à entreprendre dont la mise en place d'un registre et détaillant le contenu du rapport annuel à rédiger. Aucun des comptes rendus des CME suivantes (2017, 2018) ne mentionne ce sujet.

Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) portant sur l'analyse des pratiques d'isolement thérapeutique a été réfléchi dès 2015 et a donné lieu à des audits cliniques (le dernier datant de septembre 2017). Les résultats de l'audit de septembre 2017 n'ont pas été communiqués.

Dans les faits si les principaux outils de suivi recommandés par la HAS ont bien été mis en place ou actualisés (décision médicale initiale et de renouvellement, feuille de surveillance, etc.), si effectivement le programme d'EPP correspondant, établi sur la base des constats produits par les audits, permet de lister des points forts, des points faibles et des pistes d'amélioration, les contrôleurs n'ont pas constaté de politique et de pratiques communes à l'ensemble des unités concernées.

Au niveau institutionnel, nonobstant le rappel des textes et des recommandations en 2017, aucun rapport annuel, pourtant réglementaire n'a été rédigé sur ces pratiques et communiquée tant à la CME qu'à la commission des usagers (CDU) ni aucune proposition visant à diminuer ces décisions. Le rapport d'activité 2017 de la CDU mentionne qu'un rapport 2016 leur a été adressé et a été validé par celle-ci sans autre précisions. Il n'a pas été communiqué aux contrôleurs. Il n'y a pas de registre général formalisé sinon des relevés de ces décisions par unité, mis en place par la seule volonté d'un cadre ou d'un secrétariat.

Recommandation

L'ASM13 doit élaborer une politique d'établissement sur l'isolement se référant aux recommandations et textes législatifs et réglementaires existants. Cette politique doit être soumise aux instances consultatives et délibératives et faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation au moins annuelle donnant lieu à la rédaction d'un rapport d'activité.

Dans ses observations du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 transmet :

- le rapport sur l'isolement et la contention à l'ASM13 en 2016, présenté à la CME du 16 mai 2017 dont le compte-rendu est joint ;
- le compte-rendu de la réunion de la commission des usagers (CDU) du 20 novembre 2018, au cours de laquelle le rapport 2017 sur l'isolement et la contention a été « présenté, débattu et validé », concernant « 7 chambres d'isolement sur les deux sites d'hospitalisation ». Il y est indiqué « Recherche de solutions alternatives à l'isolement » ;
- l'avis favorable de la CME du 25 septembre 2018 quant au rapport sur l'isolement et la contention 2017.

²⁹ Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé Article 72

Il n'y a pas de procédure spécifique aux décisions d'isolement et surtout commune aux unités concernées qui permettrait outre un rappel des mesures législatives et réglementaires de préciser les pratiques retenues pour l'accueil, la prise en charge et la sortie de ces patients.

Les formations du personnel soignant sur ces questions et à la gestion de crise doivent être renforcées ce qui permettrait pour ceux-ci une approche beaucoup plus sécurisée vis-à-vis de ces patients, voire une meilleure compréhension du comportement de ceux-ci et le recours à d'autres prises en charge que le placement en chambre d'isolement.

Recommandation

Une procédure concernant l'isolement, commune à toutes les unités, doit être rédigée.

b) Analyse des pratiques

Les pratiques diffèrent d'une unité à l'autre, liées probablement à des conceptions différentes des praticiens.

Ainsi l'analyse du fonctionnement de l'**unité 48-72 heures** (cf. § 7.1.2.b et § 8.1.3.a) et des décisions d'isolement prises en 2017 et au cours des deux premiers mois de 2018 questionnent sur l'intérêt du maintien de chambres d'isolement dans ce service. En effet environ deux tiers des patients admis dans cette unité, tous relevant d'une mesure de soins à la demande d'un tiers (SDT), sortent très rapidement, interpellant sur la pertinence d'un certain nombre de ces mesures. 17,8 % de ces patients en 2017 ont fait l'objet d'une décision d'isolement, plusieurs d'entre eux ayant été placés en isolement dès leur admission soulevant la question du traumatisme double pour ces patients, voire l'ensemble du séjour de certains s'étant déroulé en isolement. Aucune analyse qualitative n'a été conduite sur ces mesures

Depuis fin février, à la suite d'un incendie, les deux chambres d'isolement ont dû être fermées. Les contrôleurs se sont interrogés sur les conséquences de cette fermeture temporaire. Les avis recueillis sont partagés. Certains reconnaissent que cette fermeture oblige à reconsidérer ce type de décisions et à trouver d'autres modes de prise en charge, d'autres ont l'impression que davantage de patients sont transférés sur le site de Soisy-sur-Seine mais sans données concrètes pour justifier ces assertions.

Cet élément inopiné doit être mis à profit pour effectivement reconsidérer le bien-fondé de chambres d'isolement au sein de cette unité. Mais au-delà c'est également le fonctionnement avec les services d'urgence du CPOA et de la Pitié-Salpêtrière qui doit être rediscuté (cf. § 2.1.2).

L'analyse du fonctionnement de l'**unité Sept Fermé** de l'hôpital L'eau vive et des décisions d'isolement prises conduit à s'interroger sur le recours répétitif à ces isolements, parfois très longs pour certains patients. Les données communiquées ne permettent pas de définir précisément le pourcentage de recours à l'isolement au moins en 2018. Sur les cinq premiers mois de 2018 pour dix-huit patients la moyenne est de 22 jours précisant qu'un patient est présent depuis 79 jours voire plus selon les éléments d'informations complémentaires communiqués. De fait ce patient est régulièrement en isolement depuis mi-décembre 2016. De plus les conditions de ces isolements même si elles ont été revues récemment par addition notamment de « mobiliers » en plastique supplémentaires permettant aux patients de prendre leurs repas, sont très précaires (cf. § 8.1.1). La mise en pyjama est systématique.

Le jour du contrôle les trois chambres d'isolement étaient occupées un patient étant présent depuis 6 jours, un second depuis 11 jours et le troisième depuis de nombreux mois.

Le cas de ces patients comme de tous ceux hospitalisés dans cette unité est discuté tous les matins en réunion associant l'ensemble des professionnels. La pratique de l'isolement séquentiel est courante.

Dans l'**unité Pussin**, ouverte, les patients pouvant librement sortir dans le parc, 80 % des patients relèvent de SSC. Les deux chambres d'isolement étaient occupées, un patient étant présent depuis 9 jours et paradoxalement considéré en programme de soins ce qui est incompatible avec la législation et le second depuis 34 jours. Ces durées de séjour, longues, sont néanmoins à relativiser ces patients étant autorisés à sortir régulièrement dans le parc.

Le recours à l'isolement dans cette unité, dite ouverte, est moindre, une grande partie des patients étant transférés de l'unité fermée donc en principe stabilisés. Les contrôleurs n'ont pu obtenir les données chiffrées des transferts entre unités, sinon globalement entre les deux sites. Il y aurait lieu dans cette unité dite ouverte de s'interroger sur la pertinence de chambres d'isolement et sur le recours à d'autres méthodes thérapeutiques. Ces chambres sont d'ailleurs davantage considérées comme des chambres d'apaisement que d'isolement.

Recommandation

Une réflexion doit être conduite sur les patients placés en isolement à long terme et les moyens thérapeutiques substitutifs pouvant être mis en œuvre, particulièrement dans l'unité Sept Fermé.

Au sein de l'unité 48-72 heures, une réflexion doit être engagée sur la pertinence de la réouverture des deux chambres d'isolement.

Dans l'unité Pussin, ouverte, une réflexion doit être engagée sur le maintien de chambres d'isolement.

Dans le rapport sur l'isolement et la contention de 2017 transmis par l'ASM13 le 1^{er} mars 2019 au CGLPL en réponse au rapport de constat, il est fait état des réflexions suivantes :

- que les chambres d'isolement sont moins utilisées à la polyclinique.
- que la durée maximum concerne le Sept fermé et correspond à la présence dans le service d'un patient autiste en attente de solution d'accueil en résidence du médicosocial, qui a passé huit mois en isolement pendant l'année du fait d'une incapacité à être contenu dans un service assez grand, sur plusieurs niveaux, où sont présents 17 à 20 patients en moyenne, avec de nombreux passages à l'acte ayant nécessité plusieurs réunions de synthèse avec les équipes du médico-social chargée de l'accueillir. Ceci explique également l'augmentation du nombre total de jours d'isolement entre 2016 et 2017.
- que la médiane du temps passé en isolement est la plus courte au Sept fermé avec une utilisation plus spécifique de l'isolement et peut-être un recours plus ponctuel dans des cas précis. »

A la page précédente du même rapport, il est toutefois précisé concernant la polyclinique : « Chiffre probablement sous-estimé de l'avis du Chef de Service de l'époque du fait d'un retard à la prescription de mise en chambre d'isolement faite pendant plusieurs semaines de manière manuelle, ceci du fait d'un retard à la formation des internes à la prescription de MCI. »

Concernant les outils, des fiches spécifiques pour la décision médicale initiale et de reconduction des mesures d'isolement sont intégrées depuis fin 2017 au dossier patient informatisé (préalablement ces fiches étaient renseignées manuellement et rangées dans le dossier médical du patient).

L'examen de quelques dossiers montre que les fiches de décision médicale initiale sont souvent établies par l'interne sans mention du psychiatre senior ayant en principe l'obligation de valider ces décisions.

Les fiches de surveillance à renseigner par le personnel soignant sont informatisées depuis deux ans.

Concernant l'ensemble des recommandations relatives à l'isolement, outre les précisions versées au fur et à mesure de celles-ci, la direction générale de l'ASM13 indique dans ses observations en date du 1^{er} mars 2019 :

« Dès le 11 février 2019, a été créé et nanti un poste dédié au pilotage du projet Cortexte, outil informatique relatif au dossier patient.

Depuis cette prise de fonction, des tableaux de bord du suivi régulier des isolements et de la nature des mesures nous permettent un travail d'améliorations qualitatives et quantitatives de nos hospitalisations (recommandation 39).

Par ailleurs, priorité a été donnée à la réalisation d'une enquête systématique à partir du Dossier Patient Informatisé pour élaborer un registre des isolements dématérialisé correspondant à la loi (recommandation 38) et incluant l'ensemble de nos sites sur une même modélisation.

Le projet médical est en cours d'élaboration et permettra d'inclure des indicateurs transversaux pour appuyer les arbitrages cliniques individuels élaborés en concertation avec toutes les unités pendant les séances de visioconférence réalisées deux fois par semaine depuis juillet 2018, et de définir de manière formalisée une politique commune de gestion des isolements.

Un rapport dont vous trouverez la copie en pièce jointe [NDLR : deux rapports sur l'isolement et la contention à l'ASM13 sont effectivement joints, concernant l'année 2016, puis 2017 soit postérieurement à la visite du CGLPL] a été présenté aux instances de l'association l'année dernière [NDLR : en 2018] (recommandations 40, 41).

Enfin, un observatoire des isolements a été créé au sein de l'ASM13 à des fins d'analyse régulière des indicateurs retenus et de détermination des modalités à mettre en œuvre afin de réduire les durées d'isolement. Pour rappel, l'ASM13 ne pratique pas la contention mécanique (recommandation 39). »

8.2 LA POLITIQUE DU MEDICAMENT EST INEXISTANTE

Le circuit du médicament est informatisé depuis 2017. Les ordonnances sont vues par l'un des deux pharmaciens. Les préparations par patient sont hebdomadaires et livrées à chaque site sous forme d'une dotation globale hormis pour les traitements « retard ».

La distribution est nominative, chaque patient venant chercher son traitement, et tracée au niveau informatique par les infirmières, ce depuis 2017. La confidentialité est respectée.

L'organisation de la distribution sur le site de la polyclinique (hormis pour l'unité 48-72 heures) est centralisée pour les deux étages. Un local de pharmacie situé au 1^{er} étage permet le stockage des produits pharmaceutiques. Il est indépendant des locaux d'hébergement et de l'infirmierie. Ce local inclut également une pièce attenante où peuvent être délivrés des soins. La distribution est organisée deux fois par jour ; cette organisation n'est pas très fonctionnelle au sens où des

patients peuvent attendre en nombre dans le couloir leur tour. L'organisation des lieux serait de même à repenser, du fait du manque de sécurisation de la banque où sont distribués les médicaments, et du fait que d'autres personnes ont accès à cet espace pour des soins même si la détention des clefs de ce local est très encadrée.

Les contrôleurs n'ont pu obtenir la liste des principales prescriptions et l'analyse de leur évolution dans le temps. Il n'y a pas de commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) formellement installée³⁰.

Le pharmacien participe aux collèges des professionnels de santé et intervient si nécessaire mais il n'y a pas de compte rendu.

Il n'y a pas d'échanges dûment organisés sur cette problématique avec les médecins. Les pharmaciens interviennent lorsqu'ils constatent certains dérapages comme une escalade de prescriptions de benzodiazépines, mais il n'y a pas de politique réfléchie et commune pour éviter ceux-ci.

Très illustratif, aucune mention n'est faite dans les rapports annuels d'activité de 2016 et de 2017 du fonctionnement de ce service, de son bilan et des perspectives d'évolution.

C'est pourtant un poste de dépenses important, mais surtout une source d'information irremplaçable sur les modalités de prise en charge des patients, sur la politique médicale suivie par l'établissement et par ses unités d'hospitalisation.

Suite à ces constats, le CGLPL recommandait que la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) soit mise en place, qu'un rapport annuel rende compte des prescriptions et de leur volume, des évolutions et des pistes d'amélioration, que l'organisation du circuit du médicament fasse l'objet d'un document cadre explicitant son fonctionnement.

Mais par le biais de ses observations communiquées le 1^{er} mars 2019, l'ASM13 communique un manuel qualité établi en mars 2017 pour décrire « les règles et les documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse faite au sein de l'Association » ainsi qu'une procédure sur le circuit du médicament d'avril 2017.

Elle ajoute : « La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles est en place depuis 2004 au sein de l'ASM13. [...] »

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite « loi HPST » a supprimé les alinéas du CSP imposant la constitution de diverses commissions, dont la COMEDIMS, et confère à la commission médicale d'établissement (CME) et au directeur une responsabilité d'organisation de la politique d'amélioration de la qualité des produits de santé. La COMEDIMS est restée active à l'ASM13 car ses fonctions doivent continuer au sein de l'établissement. Parallèlement, un « Programme d'Amélioration de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse » a été établi en 2010 précurseur de la « politique de prise en charge médicamenteuse (PECM) », réactualisée en 2018 (disponible dans le manuel qualité). Les conclusions et les comptes rendus de la Comedims sont validés lors des CME. La fiche descriptive « COMEDIMS » se trouve dans le livret des instances.

Le Rapport annuel du service pharmacie est établi essentiellement autour des aspects économiques. Il est présenté en collège médical et complété au plan technique par l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) qui sont plus représentatives des évolutions des pratiques de prescription et du respect de la politique de PECM de l'établissement.

³⁰ Article R 5126-48 du code de la santé publique.

L'EPP réalisée en 2015/2016 avec la collaboration de 26 hôpitaux psychiatriques en France (plus de 5000 patients) a montré que le Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique (CIA) (comprendre « sédation et effets secondaires nocifs des médicaments prescrits en psychiatrie ») à l'ASM13 se situait en dessous de la moyenne des autres établissements avec un coefficient à 6.1 par patient contre une moyenne de 6.5 sur les 26 hôpitaux. Cette étude lancée à l'initiative de la pharmacie de l'hôpital Sainte-Egreve à Grenoble nous a permis de comparer de façon appropriée la qualité de nos prescriptions et le moindre recours à la sédation chimique de nos équipes de soins. Une nouvelle EPP a été réalisée en 2017, le score CIA est passé à 6.0 ce qui montre encore une amélioration. Bien entendu nous maintenons nos efforts dans cette direction. La dernière version du logiciel de prescription Cortexte permet aux médecins de calculer instantanément le score CIA de leur prescription.

D'autres EPP nous permettent d'améliorer la prise en charge médicamenteuse conformément à la politique PECM de l'établissement : « Pertinence des prescriptions de neuroleptiques », « prescription aux personnes âgées », « suivi biologique des neuroleptiques ».

Au plan informatique, la prescription est informatisée depuis 2006 mais le logiciel utilisé alors (DISPEN) ne donnait pas satisfaction (insuffisances du logiciel concernant la non retranscription et la traçabilité des administrations de médicaments). A partir de 2012 un nouveau logiciel a été acquis par l'ASM13 (Cortexte de la société CAPCIR). Ce logiciel permet de développer le Dossier patient Informatisé. Sa mise en place a débuté par la prescription et le circuit du médicament dans certains services pilotes de l'ASM13, puis progressivement sur tous les services à partir de 2013.

[...] Les évolutions récentes concernent le circuit du médicament et la mise en place du registre des isolements. L'installation de ces fonctions a exigé le changement de version utilisée (effectué fin 2018 à l'ASM13). [...] ».

8.3 DES VIOLENCES TRES GRAVES ENTRE PERSONNES SONT RAPPORTEES

L'ASM13 ne procède à aucune remontée à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). Les données issues des plaintes et réclamations, des événements indésirables (EI) et des questionnaires de satisfaction (cf. § 4.3), ainsi que celles de l'activité judiciaire permettent d'identifier des incidents, qui restent sous-déclarés selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs.

Il a été fait état de trafics de produits stupéfiants devant ou dans les lieux d'hospitalisation. Des éléments recueillis, il s'agit avant tout de leur introduction par des patients, pour leur propre consommation et celle d'autres patients. Une procédure de 2017 permet de faire face à « l'introduction de substances illicites ou d'armes », déclinée pour la policlinique et pour L'eau vive. Elle prévoit l'information, par le cadre de santé, de la gendarmerie ou de la police.

De manière générale, en 2017, des patients se sont plaints du comportement des autres patients, mais aussi de l'attitude des professionnels.

Dans les EI, pour l'ensemble des sites de l'ASM13 (d'hospitalisation et ambulatoires), des agressions verbales ou physiques de patients ou visiteurs envers les professionnels ainsi que des violences entre patients sont répertoriées. Sous-déclarées, il s'agit en 2017, de vingt agressions verbales et neuf agressions physiques, parmi lesquelles six de patients envers des professionnels

et trois entre patients³¹. Les données communiquées aux contrôleurs ne font pas apparaître celles qui sont propres aux lieux d'hospitalisation.

Les violences sont la plupart du temps de simples altercations, parfois liées au tabac, que les patients rapportent eux-mêmes aux soignants quand elles ont lieu en dehors d'une unité ouverte. Les violences verbales, mais aussi physiques comme des coups de pied donnés en juin 2018 par une patiente à un soignant tel que cela a été expliqué aux contrôleurs, sont encore considérées comme un simple passage à l'acte intéressant la clinique, donnant lieu à une discussion impliquant un médecin, et sont pour cette raison peu déclarées.

Dans les cas de violence, il est fait appel à du renfort de personnel soignant, selon la procédure « *Demande de renforts* » de février 2017, déclinée pour la policlinique et pour L'eau vive. Elle vise le guide méthodologique « *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie* » de la Haute autorité de santé (HAS). Il n'existe pas d'équipe de sécurité dédiée mais des soignants sensibilisés. La direction des soins a exprimé aux contrôleurs son intention de développer une offre de formation à la gestion des violences, inexistante au jour de la visite du CGLPL (cf. § 8.1.4.a sur la sécurisation de l'approche de soin et le recours à d'autres prises en charge que le placement en chambre d'isolement).

Il est aussi rapporté une revue de mortalité et de morbidité (RMM) organisée en 2016 à la suite de l'agression de deux soignantes par une patiente dans une unité.

Surtout, des violences sexuelles graves ont été rapportés aux contrôleurs, s'agissant de L'eau vive exclusivement : deux faits de viol entre patients ont été judiciairisés en 2017, un fait d'agression sexuelle et un de viol l'ont été entre janvier et juin 2018. Aucune procédure n'existe pour gérer ce type de faits. Les procédures judiciaires se soldent généralement par une déclaration d'irresponsabilité pénale de l'auteur. La réflexion sur la commission de ces infractions, insuffisante, doit être mise en lien avec celle à initier sur les relations sexuelles entre patients au sein de l'hôpital (cf. § 6.6).

Recommandation

L'ASM13 doit mettre en place une politique de prévention des violences entre les personnes, dont les violences sexuelles.

Si les faits apparaissent graves au personnel, ou si la victime souhaite déposer une plainte, le nécessaire est fait auprès du service compétent, gendarmerie dans l'Essonne, police à Paris. La gendarmerie se rend à l'hôpital ou fait venir le patient à la brigade, selon l'état du patient.

Dans ses observations du 1^{er} mars 2019, l'ASM13 atteste d'offres de formation à destination de ses professionnels pour mieux faire face aux violences.

Elle communique également un projet de procédure « conduite à tenir en cas d'agression sexuelle sur un patient ou un résident » élaboré en 2019.

8.4 LE COMITE D'ETHIQUE NE SE REUNIT PAS

Aucune réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale n'est menée au sein de l'ASM13 : le comité d'éthique ne se réunit pas. Il n'a pas pu être communiqué de trace de son

³¹ Rapport d'activité 2017 du comité de gestion des risques et des vigilances, page 12.

activité, ni même d'éléments quant à sa composition. Selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs, il manquerait une personnalité extérieure pour le présider.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES HOSPITALISATIONS DE MINEURS SONT RARES ET NE DONNENT PAS LIEU A UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

Au sein du centre Philippe Paumelle, une équipe « Grands adolescents et Jeunes Adultes » composée de médecins, infirmiers, psychologues, psychopédagogue et secrétaire intervient dans un cadre de soins ambulatoires exclusivement.

L'enseignant psychopédagogue de la structure permet d'intervenir au bénéfice de jeunes déscolarisés en entretenant des liens réguliers avec les médecins scolaires des établissements du XIII^{ème} arrondissement.

En cas de grandes difficultés éducatives, les parents peuvent confier leur enfant au placement familial thérapeutique de l'association dans le cadre d'un contrat d'accueil provisoire : cinq places sont disponibles à cet effet.

Si l'état de santé d'un mineur et sa situation familiale nécessitent des soins sous contraintes, le centre Philippe Paumelle saisit le procureur de la République ou un juge des enfants pour un placement à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, ou à défaut à la policlinique René Angelergues.

Un jeune homme âgé de 17 ans était présent dans l'unité 48-72 heures pendant la période de contrôle. Au regard du risque suicidaire, des violences subies dans la famille et de l'insuffisante protection de l'autorité parentale, il avait été confié en urgence au service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) en vue d'une hospitalisation par ordonnance de placement provisoire. Cette ordonnance déléguait partiellement l'autorité parentale à l'ASE afin d'effectuer toutes les démarches nécessaires à une hospitalisation.

Une jeune fille de 15 ans et 3 mois était présente à L'eau vive. Admise en provenance d'un autre centre hospitalier qui ne parvenait plus à la prendre en charge, elle ne résidait pas dans le secteur. Il a été annoncé aux contrôleurs qu'elle se trouvait dans l'unité Sept Fermé ; les contrôleurs ont constaté sa présence dans l'unité Pussin. Sur prescription médicale, elle portait un pyjama en dotation hospitalière.

Dans l'un et l'autre cas, il n'a pas été attesté de l'intervention de ressources spécialisées en pédopsychiatrie.

Recommandation

En cas d'hospitalisation d'un mineur, l'intervention de ressources spécialisées en pédopsychiatrie doit être organisée auprès de lui.

L'ASM13, dans ses observations datées du 1^{er} mars 2019, apporte les éléments complémentaires suivants :

« L'augmentation récente du nombre de recours à l'hospitalisation de mineurs dans les unités d'hospitalisation adulte a révélé la nécessité d'une coordination entre le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le secteur de psychiatrie adulte. Un groupe de travail est en place entre les deux départements auquel s'est associé le département médicosocial de l'ASM13 (prise en charge hospitalière des jeunes autistes).

En pratique, chaque fois qu'un mineur suivi par nos équipes se trouve en hospitalisation complète, que ce soit à l'ASM13 ou dans un autre hôpital, les parents sont reçus par le

pédopsychiatre référent et les équipes organisent des liens étroits avec le lieu d'hospitalisation complète en psychiatrie ou MCO. Suivant les situations, elles se déplacent pour rencontrer le mineur et/ou ses parents.

Cependant nous ne pouvons que rejoindre nos collègues pédopsychiatres parisiens pour déplorer le manque important de structures d'accueil en hospitalisation des mineurs. L'augmentation croissante des files actives des CMP, la complexité des pathologies rencontrées, le plus souvent à l'origine de situations de crise quand bien même l'enfant et sa famille sont suivis par le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, sont à l'origine d'une recrudescence des hospitalisations en secteur de psychiatrie adulte ce qui est inadéquat quelles que soient les modalités d'organisation entre secteur de psychiatrie générale et pédopsychiatrie. L'ARS d'Ile-de-France vient de proposer la mise en place, dans le cadre du projet territorial de santé mentale, d'une commission chargée de réfléchir aux urgences pédopsychiatriques sur la région. Le [...] directeur général de l'ASM13, y participe en sa qualité de pédopsychiatre. [...] ».

9.2 L'ÉTABLISSEMENT NE REÇOIT PLUS DE PATIENTS DETENUS

Les patients en provenance d'établissements pénitentiaires étaient pris en charge à l'hôpital L'eau vive. Depuis la mise en service de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif en 2013, l'ASM13 ne prend plus en charge de personnes détenues.

10. CONCLUSION

Le dispositif d'hospitalisation pour des soins psychiatriques de l'ASM13 est particulier à au moins trois égards :

- par la structuration associative de l'établissement investie par le corps médical ;
- par la dépendance aux accueils d'urgence d'autres services parisiens ;
- par la double implantation des lits dans des locaux à Paris et dans des locaux dans l'Essonne.

Les constats du CGLPL portent sur l'état des locaux de l'hôpital de L'eau vive, unité Sept Fermé particulièrement, et sur les restrictions à la liberté de circulation au sein de cette même unité. Les éléments communiqués lors de la visite laissent croire à une évolution sur ces points.

Les constats portent aussi sur l'occupation des unités d'hospitalisation (en l'état, sur occupation), qui doit être réfléchi avec les services parisiens d'accueil d'urgence mais aussi en interne en interrogeant les modalités de la prise en charge des patients : à titre d'exemple, les admissions à la demande d'un tiers sont nombreuses et celles selon la procédure du péril imminent le sont aussi ; les programmes de soins, nombreux, ne sont pas conformes au droit.

Les contrôleurs notent également un recours important à l'isolement, sans réflexion d'établissement ni même au sein des sites d'hospitalisation, et en outre dans des conditions matérielles insuffisantes.

Surtout, le CGLPL constate l'inadéquation de l'organisation administrative de l'ASM13 au regard de la réglementation des soins sans consentement. Non seulement l'instruction n'a pas intégré à son fonctionnement quotidien les évolutions législatives et réglementaires (décisions d'admission, registre de la loi, etc.), mais ce fonctionnement n'est pas non plus connecté aux instances de contrôle des soins sans consentement dans les deux départements et ressorts judiciaires dans lesquels elle est implantée (CDSP, JLD, préfets).

Le contexte de rédaction d'un nouveau projet associatif et la nécessité de rédiger un projet d'établissement individualisé, ainsi que les discussions en cours sur l'implantation des lits de l'Essonne, constituent des leviers d'évolution pour l'ASM13, parmi lesquels la visite du CGLPL doit s'inscrire, le personnel s'étant montré à l'écoute des observations exprimées sur place par les contrôleurs.

Annexe

11. ANNEXE 1 : AFFICHETTE DE LA POLYCLINIQUE SUR LE RESPECT DES PERSONNES ET DES BIENS

asm13 « VIVRE ENSEMBLE » à la POLYCLINIQUE

Les réunions soignants/soignés, outil thérapeutique, lieux d'échange et de réflexion, sont indispensables pour améliorer la qualité de vie à la polyclinique. Lors de l'année 2015/2016, la question du respect (des lieux, des personnes) a souvent été abordée. Voici le document qui a été élaboré, grâce à un travail entre patients et soignants, d'après les mots échangés.



- « C'est agréable de ne pas se sentir seul et de discuter avec les autres patients ».
- « On peut jouer à des jeux de société ».
- « On s'y retrouve pour prendre le thé et regarder la télévision ».

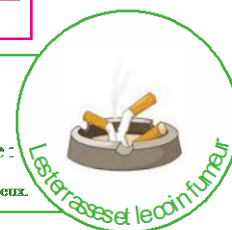
Nous, les patients, demandons que chacun respecte les autres et les lieux en essayant de :

- Ne pas laisser traîner de déchets tels que gobelets et nourriture.
- Respecter autant que possible le choix du programme télévision. On peut alors prévenir les autres patients que l'on souhaite regarder une émission à une heure précise.

- « C'est un espace convivial et agréable. Il fait bon s'y retrouver ».
- « A la terrasse du 2^{ème} étage, on joue au ping-pong et l'on profite du soleil ».
- « C'est dommage car parfois les balles sont perdues ».
- « On pourrait créer un atelier plantes vertes avec un soignant ».

Nous, les patients, demandons que chacun respecte les autres et les lieux en essayant de :

- Utiliser le cendrier pour écraser les cigarettes et les poubelles pour jeter les déchets.
- Respecter et prendre soin du matériel mis à disposition par la Polyclinique tels que raquettes et balles de ping-pong, jeux.



- « Bien que les dames de service les nettoient régulièrement, ils sont souvent bouchés ».

Nous, les patients, demandons que chacun respecte ce lieu en essayant de :

- Veiller à laisser cet endroit aussi propre que possible.



- « Le temps d'attente est trop long ».
- « Certaines personnes ne respectent pas leur place dans la file d'attente et passent devant tout le monde ».
- « Les plages horaires proposées sont trop courtes ».
- « C'est un moment où l'on peut échanger avec les soignants qui ne sont pas toujours ou pas assez disponibles le reste du temps ».

Nous, les patients, demandons que chacun respecte les autres en essayant :

- D'être patients et d'attendre son tour.
- De respecter les horaires proposés.



- « On n'ose pas entrer dans le bureau d'accueil, on a peur de déranger ».
- « Les soignants sont souvent en réunion ».
- « On aimerait que les soignants viennent passer des moments avec nous dans le salon ».
- « Il n'y a pas assez d'entretiens médicaux ».

Nous, les soignants, rappelons que vous pouvez venir nous trouver dans le bureau d'accueil, et cela en dehors des réunions, qui sont des moments d'organisation des soins.

- « On entend les portes claquer la nuit ».
- « Certains patients mettent tablettes, radios et portables trop forts et gênent les voisins ».

Nous, les patients, demandons que chacun respecte les autres en essayant de :

- Réduire le volume sonore des différents appareils utilisés et éviter les conversations bruyantes dans les couloirs, en particulier le soir.



- « Les placards ne ferment pas toujours très bien et certains patients s'introduisent dans les chambres. Certains vols sont constatés ».

« Demander à chaque instant aux infirmiers de venir fermer ou ouvrir une chambre n'est pas une situation confortable ».

Nous, les patients, demandons que chacun respecte les autres et les lieux en essayant de :

- Considérer la chambre de chacun comme un espace privé. De la même façon, les soignants demandent que les patients ne rentrent dans les bureaux soignants, médicaux ou la pharmacie qu'après y avoir été invités.

Ce document témoigne de notre volonté commune de mettre en place des actions concrètes en faveur du « vivre ensemble ». Il sera réévalué dans le temps et enrichi du contenu des réunions à venir.