



Rapport de visite :

Groupe Hospitalier

Paul Guiraud de Clamart

(Hauts-de-Seine)

9 au 13 janvier 2017 – 1^{ère} visite

SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud de Clamart (Hauts-de-Seine) du 9 au 13 janvier 2017.

Le groupe hospitalier Paul Guiraud est un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie des adultes, constituant l'un des trois hôpitaux psychiatriques les plus importants d'Ile-de-France. Il couvre onze secteurs de psychiatrie générale dont cinq dans le Val-de-Marne et six dans les Hauts-de-Seine, regroupés en neuf pôles de soins répartis sur trois territoires de santé et dispose de deux sites d'hospitalisation complète : la maison-mère située à Villejuif, dans le Val-de-Marne, et une antenne à Clamart, dans les Hauts-de-Seine, qui a fait l'objet de la visite des contrôleurs.

L'antenne de Clamart, ouverte en 2012, tranche avec la maison-mère dont les bâtiments sont entourés de jardins : il s'agit d'un bâtiment d'architecture moderne, en monobloc de 10 500 m² sur quatre étages, mais qui ne dispose ni de jardin ni d'espaces extérieurs. Le principe d'organisation y diffère également : un unique pôle correspond à quatre secteurs d'hospitalisation complète, adossés aux urgences de l'hôpital général Antoine Béclère, et dix-sept structures extrahospitalières dans les huit communes desservies. Sous l'autorité du chef de pôle, quatre psychiatres se répartissent les secteurs qui se déclinent en six unités regroupant 120 lits.

Une réelle synergie se dégage de cette communauté médicale structurée, cohérente et dynamique.

Les médecins sont très présents et investis ; le personnel en général apparaît attentif et bienveillant. Les outils thérapeutiques visant à la réadaptation sont mutualisés et on constate une volonté de multiplier les activités, notamment pour compenser le manque d'espaces extérieurs. Il ressort des entretiens avec le personnel qu'existe une réelle notion d'équipe et d'interdisciplinarité. Il convient de souligner l'existence inhabituelle d'une équipe « accueil renfort » composée d'aides-soignants qui, positionnée à l'accueil de l'établissement, intervient en renfort auprès de des infirmiers dès lors qu'elle est sollicitée. Cette équipe, par sa présence quotidienne, a une parfaite connaissance des patients et permet que soit évité le recrutement de vigiles ou d'agents de sécurité.

La dignité des patients et leurs libertés sont respectés, les restrictions sont fonction de leur état clinique, le régime juridique d'admission ne pesant pas sur la prise en charge.

La vie quotidienne des patients est facilitée : le livret d'accueil est complet, tant dans la présentation des différents services et prestations offertes que sur les questions de l'accès aux droits et aux voies de recours. Les règles de vie sont affichées dans les chambres et dans les couloirs ; chacun dispose de son téléphone portable et a le droit à des visites dès l'arrivée, hormis restrictions exceptionnelles en raison de leur état clinique.

Toutefois l'établissement connaît des fragilités qui mettent en péril sa qualité.

En témoigne le manque de rigueur dans l'application des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 : la notification de leurs droits aux patients en soins sans consentement ne fait pas l'objet d'une attention suffisante et peut constituer une atteinte aux droits fondamentaux. Si la première notification est effectivement réalisée par les soignants, les arrêtés suivants ne le sont pas régulièrement ; ils n'apparaissent pas systématiquement sur le registre de la loi et dans les dossiers.

Par ailleurs, du fait de la sur occupation de l'établissement, les chambres dites sécurisées (une par unité) sont utilisées comme des chambres classiques. Il n'en existe pas de traçage, de même qu'il n'existe pas de traçage de l'isolement – pour quelques heures– dans la propre chambre d'un patient afin de l'apaiser. Pour les mêmes raisons de sur occupation, la chambre d'isolement peut être utilisée comme une chambre normale en restant ouverte, ce qui maintient le patient artificiellement en isolement.

En outre, si le registre relatif à l'isolement, prévu à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, a été mis en place, les conditions de sa tenue permettent de constater l'absence fréquente de décision initiale, de renouvellement ou d'interruption. Il ne constitue manifestement pas un outil de réflexion sur les pratiques de l'isolement.

La contention est peu utilisée au sein des unités mais les urgences de l'hôpital Bécclère voisin, ne disposant pas de lits d'isolement, adressent régulièrement des patients contentonnés dans les unités d'hospitalisation du pôle.

Quelques programmes de soins continuent à apparaître dans le registre revêtant en réalité la forme d'une hospitalisation complète. Ce faisant, ils permettent soit d'éviter le contrôle obligatoire du juge des libertés et de la détention, soit d'empêcher la mise à exécution d'ordonnances de mainlevée. Le maintien de cette pratique, censurée par la Cour d'appel puis par la Cour de cassation (CA Versailles du 21 mars 2014 et Cour de cassation 4 mars 2015) pour le même établissement doit cesser.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE 25**

L'association étroite des représentants des usagers qui examinent chaque mois tous les dossiers relatifs aux plaintes et réclamations leur permet d'obtenir des réponses à leurs interrogations, préalablement à la réunion de la commission des usagers.
- 2. BONNE PRATIQUE 27**

Le questionnaire de satisfaction est adressé par courrier au domicile du patient une à trois semaines après sa sortie avec une enveloppe T gratuite pour l'envoi de sa réponse.
- 3. BONNE PRATIQUE 35**

Les avocats commis d'office, qui suivent chaque année une formation spécifique à ce contentieux, viennent rencontrer les patients la veille de l'audience dans les unités. Une telle pratique est de nature à rassurer les patients qui peuvent ainsi échanger avec leur défenseur et le rencontrer en amont de l'audience, dans des lieux qui leur sont familiers.
- 4. BONNE PRATIQUE 51**

L'installation d'une machine à laver dans chaque unité permet l'entretien gratuit du linge des patients n'ayant pas les moyens de le faire nettoyer à l'extérieur. Ces personnes peuvent en outre y être associées, si leur état le permet.
- 5. BONNE PRATIQUE 52**

La création d'une équipe d'aides-soignants intersectorielle chargée de l'accueil et du renfort facilite le contact avec les familles ; par ailleurs, elle est en capacité d'intervenir en tout temps en soutien du personnel soignant.
- 6. BONNE PRATIQUE 66**

Dans l'unité Rodin, lorsqu'une réunion soignants-soignés est organisée, son compte-rendu est ensuite affiché dans l'unité.

RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION 14**

Il est regrettable que les architectes aient érigé cette structure en univers clos, dont les murs constituent une séparation matérielle mais aussi symbolique avec le monde extérieur. Les patients devraient disposer d'un espace à l'air libre et, il est indispensable que la négociation entamée avec le conseil départemental pour disposer d'un petit terrain en friche en lisière de l'hôpital aboutisse.
- 2. RECOMMANDATION 21**

Si l'offre de formation du personnel est particulièrement dense, il serait judicieux d'y intégrer un module spécifique relatif à la prise en charge des patients admis en soins sans consentement.
- 3. RECOMMANDATION 23**

Une attention doit être portée à la tenue des registres de la loi qui manque manifestement de rigueur et ne permet pas aux autorités chargées de visiter l'établissement d'assurer leur mission de contrôle. En particulier, le contenu des programmes de soins devrait systématiquement y figurer, et pas seulement le certificat médical y faisant référence.

4. RECOMMANDATION 24

Il est regrettable que les dispositions d'ordre législatif concernant la participation aux travaux de la CDSP d'un magistrat désigné par le premier président de la Cour d'appel ne soient pas respectées dans les Hauts-de-Seine.

5. RECOMMANDATION 24

Il est essentiel que le maire et le préfet, appelés à décider d'admissions en soins psychiatriques sous contrainte, ainsi que le président du tribunal de grande instance, visitent l'établissement au moins une fois par an, conformément aux dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique.

6. RECOMMANDATION 26

Conformément au code de la santé publique, un document reproduisant les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94, relatifs à l'examen des plaintes et réclamations, et précisant leurs modalités d'application au sein de l'établissement ainsi que la liste des membres de la commission des usagers doivent être remis à chaque patient avec le livret d'accueil et affiché dans les unités.

7. RECOMMANDATION 29

La notification des décisions d'admission, de maintien en hospitalisation complète ou de placement en programme de soins au patient doit être formalisée avec rigueur pour permettre au patient d'exercer les voies de recours, dont elle constitue le point de départ.

8. RECOMMANDATION : 31

Le contenu des différents fascicules d'information doit être mis à jour, et l'établissement doit veiller à une remise systématique de l'ensemble des documents édités à tous les intervenants.

9. RECOMMANDATION 33

L'utilisation d'un programme de soins s'analysant en réalité en une hospitalisation complète et permettant soit d'éviter le contrôle obligatoire du JLD, soit d'empêcher la mise à exécution d'ordonnances de mainlevée, porte une atteinte grave aux droits fondamentaux des patients. Le maintien de cette pratique, censurée par la Cour de cassation pour le même établissement révèle une opposition de principe à l'intervention du juge et aux dispositions de la loi. Il doit y être mis fin sans délai.

10. RECOMMANDATION 38

Les patients doivent avoir un accès plus aisé à leurs biens personnels conservés à la régie.

11. RECOMMANDATION 44

La disponibilité d'une chambre ordinaire doit être assurée à un patient placé en chambre d'isolement à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.

12. RECOMMANDATION 47

Chaque mesure d'isolement - en chambre d'isolement ou non - doit être portée dans le registre. Le registre, par son contenu et sa forme, doit contribuer à l'évaluation de la mise en œuvre des mesures d'isolement.

13. RECOMMANDATION 53

Comme cela a été fait pour le téléphone mobile, les règles d'accès au tabac doivent être harmonisées.

14. RECOMMANDATION : 64

L'espace extérieur doit être aménagé afin d'être plus accueillant.

15. RECOMMANDATION 68

Dans l'ensemble des chambres des unités, si les placards peuvent être fermés à clé par les patients, ils ne peuvent y conserver leurs effets dans de bonnes conditions tant ils sont exigus. Les placards doivent être agrandis.

16. RECOMMANDATION 75

Dans l'unité Camille Claudel, tout comme au sein de l'unité Pierre-Jean Béranger, la distribution des médicaments doit être organisée de manière à garantir l'intimité des patients et le respect du secret médical.

17. RECOMMANDATION 77

Dans l'unité Pierre-Jean Béranger, une formule doit être trouvée afin que les patients puissent bénéficier d'un éclairage dans le couloir de l'unité tout au long de la journée.

18. RECOMMANDATION 87

Les patients devraient pouvoir bénéficier d'activités menées par des professionnels spécialisés, tels un ergothérapeute et un art-thérapeute.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	7
RAPPORT	9
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	11
2.1 L'organisation de la psychiatrie dans le département est complexe et suscite des déplacements pour les patients	11
2.2 Le groupe hospitalier Paul Guiraud est installé sur deux départements	12
2.3 L'établissement Paul Guiraud de Clamart entre modernité et enfermement	13
2.4 Une gestion des ressources humaines qui se heurte à des problèmes de recrutement	16
2.5 Des mesures d'économie sont en projet	21
2.6 Les admissions sans consentement sont en progression dans une activité globalement en croissance.	22
2.7 Les contrôles institutionnels sont limités par le manque d'implication des autorités ainsi que par l'absence de rigueur dans la tenue des registres qui permettent d'y procéder	22
2.8 Les représentants des usagers sont bien associés et écoutés	24
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	28
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement s'effectue systématiquement après un examen initial psychiatrique et somatique au sein des urgences	28
3.2 L'information des patients repose sur une documentation fournie et complète.	30
3.3 L'utilisation d'un programme de soins plusieurs fois censurée par la justice met en évidence une opposition de principe à l'intervention du juge dans le déroulé des hospitalisations sans consentement	31
3.4 Le contrôle du juge des libertés et de la détention apparait vigilant au travers de décisions de mainlevée régulières pour des raisons de forme comme de fond ...	34
4. LES DROITS DES PATIENTS	37
4.1 La protection juridique des majeurs est facilitée par la présence d'un mandataire de l'hôpital	37
4.2 L'accès au numéraire est limité pour les patients	37
4.3 L'accès au dossier médical bénéficie de formulaires bien conçus	38
4.4 Le droit de vote est peu utilisé	38
4.5 Les activités religieuses ou philosophiques sont inégalement accessibles selon les unités	38
5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	40

5.1	L'isolement est fréquent avec des durées de séjour souvent longues.....	40
5.2	La contention n'est pas exceptionnelle à l'admission	45
5.3	Le registre prévu par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique s'en tient formellement à la loi mais ne permet pas l'analyse des pratiques	47
6.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	48
6.1	En l'absence de parc extérieur, la liberté d'aller et venir se réduit à l'accès à trois structures intérieures très limitées.....	48
6.2	La vie courante se déroule dans de bonnes conditions.....	49
6.3	Les relations avec l'extérieur sont largement favorisées	55
6.4	La présence d'un somaticien référent de chaque unité favorise l'accès aux soins et l'organisation de leur continuité.....	56
6.5	Une réflexion est en cours au sujet de la sexualité	58
6.6	Les incidents font l'objet d'une prise en compte institutionnelle	59
7.	LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	62
7.1	Le secteur 92G16 correspond à une seule unité : l'unité d'Accueil Rodin	62
7.2	Le secteur 92 G 17 est composé d'une unité d'entrants et d'une unité destinée aux patients stabilisés.....	67
7.3	L'unité d'hospitalisation Camille Claudel (secteur 92G18)	73
7.4	L'unité du secteur 92G19 ou Pierre Jean BERANGER : une unité sectorielle fermée sous-dimensionnée pour les besoins d'un secteur disposant de peu de structures extrahospitalières.....	77
7.5	L'unité Anna Marly : une unité ouverte intersectorielle réservée aux patients au long cours qui s'appuie sur une équipe de réinsertion	83
8.	CONCLUSION GENERALE.....	88
	ANNEXE.....	89

Rapport

Contrôleurs :

- Chantal Baysse, cheffe de mission,
- Anne-Sophie Bonnet ; contrôleure,
- Michel Clémot ; contrôleur,
- Gérard Laurencin ; contrôleur,
- Philippe Nadal ; contrôleur,
- Dorothée Thoumyre ; contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud de Clamart (Hauts-de-Seine) du 9 au 13 janvier 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 9 janvier 2017 à 14h30. Le siège du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif (Val-de-Marne) ayant fait l'objet d'une visite du contrôle général des lieux de privation de liberté en mai 2016, leur visite était centrée sur l'antenne de Clamart (Hauts-de-Seine).

Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 11 janvier 2017 et ont quitté le site le 13 janvier 2017 à 13h. Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice déléguée du groupe hospitalier Paul Guiraud pour les Hauts-de-Seine. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quarantaine d'auditeurs dont la présidente du conseil de surveillance, le président du comité d'éthique, la directrice des soins, la directrice adjointe, le directeur des ressources humaines, le chef de pôle, les psychiatres responsables des secteurs, les médecins généralistes, le pharmacien, le cadre supérieur de pôle, le cadre administratif de pôle, les cadres de santé, des membres du personnel soignant, des psychologues, des agents administratifs et des représentants des usagers.

Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement, le président de la commission médicale (CME) et la directrice des soins. Par ailleurs, ils ont eu un entretien avec le juge des libertés et de la détention (JLD) et ont assisté à une audience.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs. Aucune d'entre elles n'a sollicité un entretien. Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique.

Les contrôleurs ont bénéficié d'une excellente coopération tout au long de leur visite. Ils 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 le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le 13 janvier 2017 en présence du directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud, de la directrice déléguée pour les Hauts-de-Seine, de la directrice des soins, du président de la CME, du chef de pôle, du cadre supérieur de pôle et du cadre administratif de pôle.

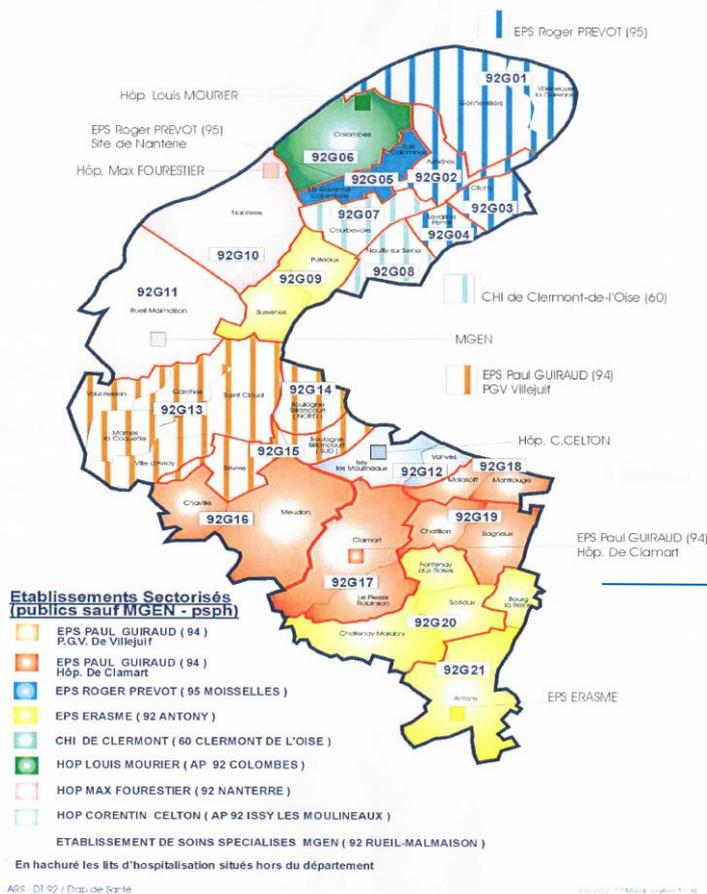
Le rapport de constat a été transmis au directeur du centre hospitalier Paul Guiraud en date du 25 octobre 2017. Par courrier du 25 janvier 2018, il a fait connaître ses observations intégrées au présent rapport.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT EST COMPLEXE ET SUSCITE DES DEPLACEMENTS POUR LES PATIENTS

Le département des Hauts-de-Seine comporte vingt secteurs de psychiatrie générale devant répondre aux besoins de la population adulte du département.

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



Huit hôpitaux, répartis dans plusieurs départements, assurent la prise en charge des personnes adultes : les hôpitaux de l'assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP) Louis Mourier et Corentin Celton (Hauts-de-Seine) , l'établissement public de santé spécialisé Erasme (Hauts-de-Seine), le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (Hauts-de-Seine), le centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud de Villejuif-Clamart (Val-de-Marne et Hauts-de-Seine), le centre hospitalier spécialisé de Clermont-de-l'Oise (Oise), l'établissement public de santé Roger Prévost de Moisselles (Val-d'Oise).

Neuf des vingt et un secteurs desservant quatorze communes se trouvent dans l'obligation d'hospitaliser leurs ressortissants dans des unités installées en dehors des Hauts-de-Seine : groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif (Val-de-Marne), Clermont-de-l'Oise (Oise), Roger Prévost de Moisselles (Val-d'Oise). Des relocalisations ont eu lieu à l'initiative de l'agence régionale de santé (ARS) au Sud du département avec le rattachement de quatre secteurs à l'hôpital de Clamart, liés à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif (Val-de-Marne).

2.2 LE GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD EST INSTALLE SUR DEUX DEPARTEMENTS

2.2.1 Présentation générale du groupe hospitalier Paul Guiraud

Le groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG) est un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie adulte, c'est l'un des trois hôpitaux psychiatriques les plus importants d'Ile-de-France.

Il dispose de deux sites d'hospitalisation complète : la maison-mère située à Villejuif, dans le Val-de-Marne, et une antenne ouverte en 2012 à Clamart, dans les Hauts-de-Seine, qui fait l'objet de la visite des contrôleurs de janvier 2017.

Au total, au 31 décembre 2016, le groupe hospitalier Paul Guiraud couvre onze secteurs de psychiatrie générale dont cinq dans le Val-de-Marne et cinq dans les Hauts-de-Seine, regroupés en neuf pôles de soins répartis sur trois territoires de santé. Plus de 21 000 patients sont traités chaque année dont 80 % en extrahospitalier originaires de trente communes. L'établissement dispose par ailleurs de cinquante-cinq structures extrahospitalières.

S'y ajoutent une unité pour malades difficiles (UMD), une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), un service médico-psychologique régional (SMPR) au centre pénitentiaire de Fresnes, un pôle traitant les addictions (le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA - *Liberté* de Bagneux), une fédération de thérapie familiale, une fédération de soins somatiques, deux instituts de formation en soins infirmiers et aides-soignants. L'établissement est présent ou contribue aux urgences psychiatriques des hôpitaux Bicêtre (Val-de-Marne), Antoine Béclère (Hauts-de-Seine) et Ambroise Paré (Hauts-de-Seine). Il y participe par conventions de mise à disposition de personnels ainsi qu'à la permanence des soins et à l'accueil des urgences qui sont orientées vers l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif ou celui de Clamart qui jouxte l'hôpital Béclère.

Depuis le 1^{er} juillet 2016, au terme de la loi santé n° 2016-31 du 28 janvier 2016 et du décret n°2016-524 du 27 avril 2016, le GHPG a inscrit ses missions de psychiatrie dans un groupement hospitalier de territoire (GHT) validé par l'Agence régionale de santé (ARS) sous la dénomination de Groupement hospitalier de territoire (GHT) "*Psy Sud Paris*".

Ce GHT comprend : le centre hospitalier en pédopsychiatrie Fondation Vallée de Gentilly (Val-de-Marne) et le Groupe hospitalier Paul Guiraud (Villejuif- et Clamart ainsi que le centre hospitalier Erasme d'Antony (Hauts-de-Seine).

Le groupe hospitalier de territoire ainsi créé, couvre une population de 1 300 000 habitants, dispose de quatre sites principaux d'hospitalisation et de quatre-vingts structures extérieures (centres médico-psychologiques – CMP, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTP etc.). Le groupe hospitalier Paul Guiraud est majoritaire représentant 65 % du GHT. Néanmoins, la représentativité a été aménagée de manière à la ramener à 50 % dans les instances telles que la commission médicale d'établissement et la commission de soins de groupement, lesquelles ne se substituent pas aux projets médicaux de chaque établissement mais favorisent une dynamique collective. Les groupes de travail et le comité stratégique continuent de réfléchir aux mutualisations possibles.

2.3 L'ETABLISSEMENT PAUL GUIRAUD DE CLAMART ENTRE MODERNITE ET ENFERMEMENT

2.3.1 L'implantation

Situé en zone urbaine, à 6,4 km de Paris (Porte de Châtillon), l'hôpital Paul Guiraud de Clamart est aisément accessible en transports en commun par la ligne de métro numéro 13, station « Châtillon-Montrouge » puis le tramway T6, arrêt « hôpital Béclère ». De plus, de nombreuses lignes de bus permettent d'accéder aux stations de RER, de métro ou à la gare de Clamart (190, 390, 189, 195). L'accès en voiture est également facilité par la mise à disposition d'un parking sous le bâtiment.



Centre hospitalier Paul Guiraud de Clamart

L'établissement a été ouvert en mai 2012, au sein des secteurs qu'il prend en charge, dans l'objectif de rapprocher les patients de leur lieu de domicile. C'est un beau bâtiment, d'architecture moderne, en monobloc de 10 500 m² sur quatre étages, mais qui, contrairement à celui de Villejuif, ne dispose pas de jardin, ni d'espaces extérieurs. Hormis des balcons grillagés et une terrasse d'été sur le toit, seuls un patio et une petite cour entourés des murs de la structure permettent d'accéder à l'air libre, donnant à ces lieux un aspect carcéral.



Patio entre de hauts murs



Balcon grillagé

Pour compenser l'impression de claustration, différents espaces sont partagés par les patients de toutes les unités tels que le self et les salles d'activité.

Par ailleurs, la direction tente de négocier avec le conseil départemental l'octroi d'un terrain situé en lisière de l'hôpital qui est une friche à l'heure actuelle.

Recommandation

Il est regrettable que les architectes aient érigé cette structure en univers clos, dont les murs constituent une séparation matérielle mais aussi symbolique avec le monde extérieur. Les patients devraient disposer d'un espace à l'air libre et, il est indispensable que la négociation entamée avec le conseil départemental pour disposer d'un petit terrain en friche en lisière de l'hôpital aboutisse.

2.3.2 L'organisation fonctionnelle de l'établissement et le projet médical

a) L'organisation de l'établissement

Une directrice déléguée pour les Hauts-de-Seine a été nommée pour assurer la gestion de l'antenne de Clamart. Par ses déplacements réguliers entre les deux sites, elle contribue à l'existence de relations avec l'ensemble des acteurs restés à Villejuif. Des antennes des services administratifs de Villejuif ont été mises en place notamment celle de la régie, du bureau des admissions, du service de facturation et des frais de séjours ou des services techniques.

La distance du siège de l'hôpital constitue, par certains aspects, une contrainte (notamment pour l'approvisionnement de l'antenne en repas, linge etc.) mais ses désagréments sont compensés par une autonomie et des délégations plus importantes accordées au chef de pôle et aux cadres.

Cet éloignement a également contribué à créer une identité particulière et une dynamique propres à cet établissement, amplifiées par sa spécificité organisationnelle.

En effet, le principe d'organisation à l'hôpital de Clamart tranche avec le fonctionnement de la maison-mère : l'unique pôle correspond à quatre secteurs d'hospitalisation complète, adossés aux urgences de l'hôpital Bécclère, et dix-sept structures extrahospitalières dans les huit communes desservies. Sous l'autorité du chef de pôle, quatre psychiatres se répartissent les secteurs qui se déclinent en six unités. Le pôle permet de définir des axes de travail communs mais l'autonomie de chaque secteur est privilégiée, chacun conservant son identité.

Numéro de secteur	Communes	Noms des unités	Nombre de lits	Nombre de chambres d'isolement	Fonctionnement de l'unité
92G16	Meudon et Chaville	Rodin	20	3	Unité fermée
92G17	Clamart et Le Plessis-Robinson	Dora Maar _____ _____	18 _____ _____	2 _____ _____	Unité fermée ¹

¹ A titre d'expérimentation, cette unité d'entrants devait ouvrir ses portes l'après-midi à compter du 16 janvier 2016

		Fernand Léger	18	0	Unité ouverte
92G18	Montrouge et Malakoff	Camille Claudel	21	2	Unité fermée

92G19	Bagneux et Châtillon	Pierre-Jean Béranger	25	2	Unité fermée
Unité intersectorielle de patients au long cours		Anna Marly	18	0	Unité ouverte

Les patients hors secteur - personnes sans domicile fixe, personnes de passage en région parisienne ainsi que les personnes dont les établissements de secteur, complets, ne peuvent les accueillir - sont admis dans les unités selon un tour organisé par les cadres, hormis dans l'unité intersectorielle.

L'établissement dispose de 120 lits (hors chambres d'isolement) pour 299 907 habitants². Les spécificités de chaque unité sont décrites *infra* au § 7.

L'autre particularité de cette structure est son organisation en équipes intersectorielles, le rapprochement entre secteurs au sein d'un pôle ayant permis le développement d'actions transversales. Ainsi, une équipe dite « accueil-renfort » assure une mission d'accueil des patients et des familles et intervient à la demande des soignants en cas de grande agitation des patients (cf. *infra* § 6.2.3).

L'équipe d'agents des services hospitaliers spécialisés (ASHQ) fonctionne également en transversalité. Une équipe d'accompagnement aux consultations assure les prises de rendez-vous auprès des praticiens locaux et permet de libérer du temps à ses collègues, notamment du fait des contraintes liées aux prises en charge de patients admis en soins sans consentement. Une équipe de réinsertion travaille à l'élaboration de dossiers de sortie complexes. Une antenne pharmaceutique et une prise en charge somatique en interne sont assurées du lundi au vendredi. Enfin, par convention, le pôle met à disposition du service des urgences de l'hôpital Béclère, voisin, un cadre de santé, une équipe paramédicale rattachée à un secteur et du temps multisectoriel auxquels participent des psychiatres de chaque secteur. Cette présence médicale est réalisée en collaboration avec l'hôpital Erasme d'Antony qui met également du temps médical à disposition.

La gouvernance de pôle se concrétise par la réunion, tous les lundis, d'un bureau de pôle constitué du chef de pôle, des chefs de secteur, de la cadre supérieure du pôle ainsi que de la cadre administrative du pôle. La diffusion des décisions prises se fait immédiatement

² Données INSEE 2013

après cette réunion, par son élargissement à l'ensemble des médecins et cadres du pôle, tant intra qu'extrahospitaliers.

Les réunions quotidiennes des « *staffs* » sont multidisciplinaires et chaque professionnel rencontré a assuré aux contrôleurs que, non seulement chacun y était convié, du chef de secteur aux étudiants infirmiers et aides-soignants, mais que tous pouvaient y prendre la parole. La notion d'équipe est privilégiée et tous relèvent les bonnes relations qui existent entre le personnel médical et le personnel soignant.

b) Le projet médical

Au moment où le chef de pôle va faire valoir ses droits à la retraite, deux nouveaux projets de pôle ont été rédigés par deux chefs de secteur affirmant la mutualisation et la pluridisciplinarité, « *la prise en charge et le suivi psychiatrique des patients sont collégiales et pluridisciplinaires* ».

Plusieurs axes prioritaires structurent le projet médical :

- l'amélioration des conditions d'hospitalisation (droits des patients et de leurs familles) ;
- l'application stricte de la loi de 2011 dans un contexte respectueux de la spécificité de la maladie mentale et dans des conditions de sécurité et la lutte contre l'impression d'enfermement (relations avec l'extérieur le plus précocement possible par les visites, l'autorisation du téléphone portable, les activités, les permissions) ;
- la limitation des durées d'isolement et le caractère exceptionnel du port du pyjama ainsi qu'une meilleure information des patients sur leur traitement.

L'un des chefs de secteur envisage de mettre en place des consultations sans rendez-vous au sein de l'établissement faisant suite à des consultations aux urgences, lesquelles entraînent des hospitalisations qui pourraient éventuellement être évitées.

Un important écueil est relatif au sous-dimensionnement capacitaire de l'hôpital qui est évalué par les médecins à une vingtaine de lits, ce qui impose de différer des admissions, les patients étant alors hospitalisés hors de leur secteur. Ces patients peuvent ainsi être admis tant à Villejuif, que dans d'autres unités de l'antenne de Clamart. C'est alors le psychiatre de l'unité d'accueil qui prend en charge le patient pour l'adresser, dès que possible, à son secteur d'origine, multipliant de la sorte les intervenants.

2.4 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES QUI SE HEURTE A DES PROBLEMES DE RECRUTEMENT

2.4.1 Les effectifs

L'Hôpital de Clamart a bénéficié pour sa création d'un recrutement de personnel qui permet un fonctionnement quasi optimal.

La direction des ressources humaines a communiqué aux contrôleurs les éléments suivants, s'agissant du personnel médical (PM) et non médical (PNM) :

	Personnes physiques	ETP
Praticiens hospitaliers	25	20,4
Praticiens attachés	4	3,5
Assistants	4	4
Médecin généraliste	1	1
Internes	5	5
TOTAL PM	39	33,9

Cadre soignant de pôle	1	1
Cadre administratif de pôle	1	1
Cadres jour	9	9
Cadres nuit	2	2
IDE jour	97	93,3
IDE nuit	20	20
AS jour	58	57,8
AS nuit	15	15
ASHQ	28	28
Ass sociale	12	11,6
Secrétaires	21	20,8
Ergothérapeutes	5	3,7
Psychomotriciens	6	5,1
Educateur sportif	1	1
Animateurs	5	3,18
Art-thérapeutes	2	1,07
Psychologues	14	11,4
TOTAL PNM	297	284,95

Au 10 janvier 2017, l'effectif global (intra et extrahospitalier) du pôle de Clamart est de 336 professionnels dont 39 médecins. En intra hospitalier, les agents sont au nombre de 67, toutes catégories confondues, leur répartition par catégories est détaillée dans les conditions propres à chaque unité (cf. *infra* § 7). La présence de médecins généralistes, du

lundi au vendredi a été renforcée ; un médecin, un assistant et un interne se répartissent les unités, chacun référent d'une unité d'entrants.

L'âge moyen des praticiens hospitaliers est de 51 ans, ce qui est conforme à celui du groupe hospitalier et souligne les problématiques d'une population médicale vieillissante malgré le recrutement régulier de jeunes praticiens. Les assistants sont recrutés dans le cadre de contrats à durée déterminée de deux ans. Les internes alternent des consultations et des journées de formation.

S'agissant du personnel non médical, on dénombre 55,82 ETPR pour un effectif cible fixé à 57,05 ETPR. La direction du groupe hospitalier avait fait le choix de mettre à niveau les effectifs infirmiers au regard des besoins, pour mieux réussir l'installation de l'antenne de Clamart mais le taux de renouvellement important demande des ajustements très réguliers (cf. *infra* § 2.4.2). Selon les statistiques fournies aux contrôleurs, il manque neuf infirmiers. Le bilan social 2015 fait apparaître un recrutement majeur de jeunes professionnels, les moins de 50 ans représentent 59 % de l'effectif.

La catégorie des cadres de santé est la moins bien dotée car, selon les propos recueillis, il n'y aurait pas de candidats. Afin de pallier l'effectif insuffisant de ces cadres, l'établissement a fait le choix de proposer aux infirmiers d'expérience de « faire fonction » de cadres de santé.

Chaque cadre de santé de jour (six) a la responsabilité d'une unité et d'une thématique transversale ; chaque cadre de nuit (trois) assure la responsabilité des équipes de nuit de deux unités, mais un seul est présent chaque nuit. Une cadre supérieure de pôle supervise l'ensemble.

A peu de choses près, l'organisation de travail des différentes unités est homogène : trois équipes se succèdent le matin, l'après-midi et la nuit avec un chevauchement d'un quart d'heure pour effectuer le passage d'informations. Les équipes du matin débutent leur service à 6h45 pour le terminer à 14h21 ; les soignants d'après-midi arrivent à 13h39 pour finir leur service à 21h15 tandis que les équipes de nuit travaillent de 21h à 7h. Le jour, quatre soignants sont de service dans chaque unité, hormis à l'unité Béranger où cinq sont nécessaires. La nuit, deux sont présents dans les unités, hormis à Rodin et à Béranger où trois soignants sont de service.

Ces équipes sont composées, suivant le nombre de lits (cf. § *infra*), de quatre ou cinq agents en journée. Le service de nuit est assuré par des équipes dédiées de deux à trois agents.

Une garde psychiatrique (par des seniors ou des juniors) et un cadre de nuit sont également présents à l'établissement. Une astreinte téléphonique de somaticien est aussi mise en œuvre.

Le choix qui a été fait de spécialiser des équipes de soignants de nuit a pour conséquence qu'ils ne participent pas aux réunions, aux « staffs », aux réunions cliniques et, malgré l'attention qu'ils portent aux transmissions, leur connaissance des patients est relativement limitée. Par ailleurs, trois psychologues partagent leur temps entre l'intra et l'extrahospitalier intervenant une à deux fois par semaine dans trois des unités ; deux psychomotriciens prennent en charge les patients en individuel ou en groupes et un art-thérapeute intervient de manière transversale dans les unités.

Une cadre administrative de pôle est déléguée par le groupe hospitalier pour assurer la gestion des admissions, des frais de séjours et de la régie d'avance. Elle assure également

la représentation de la direction de l'établissement dans le domaine juridique et notamment auprès du juge des libertés et de la détention contrôlant les transmissions et assistant aux audiences. Le pilotage budgétaire du pôle lui échoit également. De deux à trois secrétaires sont affectées à chacun des secteurs.

Enfin, deux assistantes de service social par unité prennent en charge l'intra et l'extrahospitalier des secteurs correspondants. Elles sont placées, à titre fonctionnel, sous la responsabilité du chef de secteur mais leur hiérarchie propre est un cadre supérieur de travail social, dont le bureau se situe à Villejuif.

2.4.2 La gestion des ressources humaines

a) Le recrutement

Selon les échanges que les contrôleurs ont eus avec le directeur des ressources humaines et les médecins, l'attractivité de l'établissement est grande et permet ainsi de n'avoir aucune difficulté à recruter des médecins psychiatres. Le nombre des postes d'interne a pu être augmenté en 2016 et la totalité d'entre eux est pourvue.

En revanche, un taux de rotation de 10,44 % du personnel soignant et administratif de Clamart, plus élevé que dans le reste du groupe induit la nécessité de recrutements permanents. Il peut s'expliquer en partie par l'éloignement du domicile de membres du personnel ayant travaillé à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif, précédemment, et qui habitaient à proximité dans le Val-de-Marne. Les transports collectifs inter-banlieues n'étant pas encore suffisamment développés, les temps de trajet sont extrêmement longs. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en outre, les loyers dans les Hauts-de-Seine sont beaucoup plus élevés que dans le Val-de-Marne ce qui ne facilite pas l'implantation à proximité de l'hôpital.

Pour pallier en partie ces difficultés, la mise en service du site de Clamart s'est accompagnée de réservations de quelques logements dans des constructions neuves. Pour ce faire, le groupe hospitalier a passé convention avec le bailleur Clamart Habitat. Par ailleurs, quinze places sont réservées aux agents du pôle Clamart à la crèche de l'hôpital Antoine Béclère.

Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs que beaucoup partaient vers les établissements parisiens de l'AP-HP³ où les salaires étaient plus conséquents.

Comme indiqué *supra*, le recrutement de cadres est également un point de difficulté : beaucoup de départs en retraite n'ont pu être remplacés du fait, à la fois, d'un manque de cadres en région parisienne et du peu d'attrait pour cette fonction.

b) Le taux d'absentéisme

L'instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 prévoit que sont exclues du calcul du taux d'absentéisme, les absences non motivées, les autorisations d'absence, les grèves et la formation.

Le taux absentéisme global à l'antenne Paul Guiraud de Clamart était en 2015 de 5,41 % dont 0,87 % pour le personnel médical et 5,90 % pour le personnel non médical et n'a pas

³ AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

subi d'accroissement en 2016. Il est inférieur au taux de l'ensemble des autres pôles équivalents du groupe hospitalier d'environ deux points (7,40 %) ainsi qu'au taux national qui est de l'ordre de 8 %. La tranche d'âge dont les arrêts de travail pour maladie est la plus importante est celle du personnel âgé de 41 à 55 ans.

Les cadres de santé des unités établissent les plannings des services et pour pallier les absences demandent, tout d'abord, aux soignants s'ils acceptent de faire des heures supplémentaires. En cas d'impossibilité ou d'insuffisance en temps de travail, ils ont la latitude de solliciter la mise à disposition de vacataires extérieurs. Une cadre est spécifiquement chargée de la gestion d'un *pool* de soignants (essentiellement des aides-soignants) qui interviennent de manière régulière. Si ces derniers sont indisponibles ou en insuffisance, il est fait appel à des intérimaires qui sont surtout des infirmiers, mais sont appelés en dernier ressort car leurs prestations sont plus onéreuses.

Les contrôleurs ont constaté des différences notables entre les unités : certaines ne font appel à des agents extérieurs que pour compenser des absences dues aux congés, d'autres dont les heures supplémentaires sont fréquentes, celles qui subissent une rotation de personnel et celles des équipes qui sont stables, notamment où des agents sont présents depuis l'ouverture du site.

Les accidents du travail sont suivis en lien entre la DRH et la direction qualité, gestion des risques et sécurité. L'établissement est doté d'un service de santé au travail (médecin du travail, infirmière, psychologue), le rôle d'intervenant en prévention des risques professionnels est réalisé par le responsable du service qualité et gestion des risques.

Selon les statistiques fournies aux contrôleurs, les absences pour accidents de travail et de trajet ont une durée moyenne de 24,33 jours pour les premiers et 21,50 jours pour les seconds. Les trois causes d'accidents de travail les plus fréquentes étant les agressions, les accidents de trajet et le choc avec un élément fixe. S'agissant des agressions, sur les onze dénombrées en 2015, deux ont entraîné un arrêt de travail.

c) La formation continue

La formation continue est une priorité affichée par la direction pour toutes les catégories de personnel conformément à la loi⁴ qui a inscrit l'obligation du développement professionnel continu (DPC) dans le code de la santé publique. Sous l'autorité du directeur des ressources humaines, une cadre supérieure de santé, une attachée d'administration et trois agents administratifs gèrent la formation professionnelle continue.

Le plan de formation pour 2016 fait apparaître, entre autres, des formations sur le droit des patients et la responsabilité juridique des professionnels soignants. Si le contenu de ces formations est dense, les contrôleurs regrettent que n'y soit pas intégrée la loi de 2011 sur la prise en charge des patients admis sans leur consentement, d'autant que les professionnels rencontrés durant la visite ont déploré de ne pas toujours savoir répondre au questionnement des patients ou de leurs familles. Les publications, pourtant

⁴ Loi hôpital, santé et territoire du 21 juillet 2009

nombreuses, sous forme de plaquettes explicatives se révèlent insuffisantes et sont parfois erronées⁵.

Recommandation

Si l'offre de formation du personnel est particulièrement dense, il serait judicieux d'y intégrer un module spécifique relatif à la prise en charge des patients admis en soins sans consentement.

Les conduites d'entretien par des infirmiers prennent une grande place dans la formation continue sous forme de plusieurs niveaux. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'ensemble des agents était amené progressivement à suivre la formation « OMEGA », de quatre jours, qui s'inscrit dans une dynamique de prévention des risques et une amélioration de la qualité des soins. Elle permet d'assurer la sécurité des agents et de limiter au maximum la nécessité du contrôle physique en faisant face aux situations de violence, tout en respectant la dignité des patients.

En outre, des formations spécifiquement axées sur la psychiatrie sont proposées telles que les cursus pour le diplôme universitaire et le certificat universitaire en santé mentale. Parallèlement, sont organisées des formations sur l'isolement, les soins intensifs en psychiatrie, la connaissance de la maladie mentale et la pratique de la bientraitance en santé mentale. 57 % du personnel médical et 80 % du personnel non médical ont rempli leur obligation de développement professionnel continu en 2015.

Enfin, au sein du pôle, des formations internes sont organisées notamment une formation hebdomadaire ouverte aux médecins, aux cadres et aux infirmiers qui porte sur l'analyse de cas cliniques assortis d'une recherche bibliographique, formation animée par un senior et durant laquelle un intervenant extérieur, spécialiste de la question traitée, est invité.

2.5 DES MESURES D'ECONOMIE SONT EN PROJET

La dotation annuelle de fonctionnement du groupe hospitalier Paul Guiraud comprend l'ensemble des structures de l'établissement ce qui ne rend pas aisé d'en connaître exactement les coûts exacts pour le site de Clamart. Selon les informations transmises aux contrôleurs, l'antenne représente 2 256 333 euros (titres et dotations aux amortissements), soit environ 1/5 du budget du groupe hospitalier Paul Guiraud.

Les médecins ont été informés que des mesures d'économie portant sur la masse salariale devraient être mises en œuvre, y compris sur le personnel soignant. Lors de la visite des contrôleurs, une réunion de l'ensemble des médecins chefs de pôle et chefs de secteur avait été annoncée afin de trouver des solutions aux mesures d'économies qui s'avèrent indispensables.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le budget prévisionnel du groupe hospitalier pour 2017 avait d'ores et déjà été rejeté, étant trop élevé.

⁵ Dans ses observations, le directeur fait valoir que, si la loi de 2011 ne fait pas l'objet d'une formation, elle est abordée dans le cadre de deux formations et dans le séminaire d'accueil pour les personnes nouvellement nommées.

2.6 LES ADMISSIONS SANS CONSENTEMENT SONT EN PROGRESSION DANS UNE ACTIVITE GLOBALEMENT EN CROISSANCE.

L'examen de l'activité de l'antenne de Clamart (sur les années 2015 et 2016) en hospitalisation complète, permet de constater que la file active a progressé passant de 804 en 2015, à 891 en 2016. Le nombre de séjours d'hospitalisation à temps plein durant les deux années de référence montrent également une augmentation de 1 058 en 2015, à 1 198 en 2016, ce qui porte le nombre de journées d'hospitalisation de 42 709 à 42 756.

En revanche, la durée moyenne de séjour qui était de 33 jours en 2015 s'établissait à 31,6 jours en 2016. Amoindrissant, elle se rapproche de la moyenne nationale qui se situe à 30 jours.

Enfin, une analyse plus fine relative au statut des patients hospitalisés sans leur consentement met en évidence un accroissement de 464 patients en 2015 à 545 en 2016, soit 81 patients supplémentaires, alors qu'en parallèle, l'établissement n'accueillait que 37 patients supplémentaires en soins libres.

Les patients admis sans leur consentement les plus représentés en 2016 sont les patients en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) : 201 personnes, suivis de 194 en admission pour péril imminent (ASPPI) puis 101 en urgence (ASPDTU). Les patients admis sur décision du représentant de l'Etat (ASPDTRE) ne représentent que 49 cas.

2.7 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS SONT LIMITES PAR LE MANQUE D'IMPLICATION DES AUTORITES AINSI QUE PAR L'ABSENCE DE RIGUEUR DANS LA TENUE DES REGISTRES QUI PERMETTENT D'Y PROCEDER

2.7.1 Le registre de la loi

Deux registres de la loi sont ouverts à l'établissement, l'un concernant les admissions sur décision du représentant de l'Etat, l'autre les admissions sur décision du directeur de l'hôpital.

Les registres sont apparus d'une lecture difficile, l'index n'étant pas rempli ce qui ne permet pas d'avoir un aperçu sur les mesures d'admission portées au registre sans en feuilleter toutes les pages et les informations relatives aux patients (certificats médicaux, décision d'admission, ordonnance du JLD...) étant collées les unes sur les autres ainsi que sur le bulletin d'entrée, de telle sorte qu'elles masquent la plupart du temps l'identité du patient concerné et la forme juridique de l'admission.

Au-delà du manque de lisibilité, la tenue des registres manque de rigueur.

Les contrôleurs ont pu constater que les informations relatives aux patients n'étaient pas toujours collées dans un ordre chronologique, le certificat des 24 heures pouvant se retrouver après le certificat des 72 heures, le certificat mensuel avant la première ordonnance du JLD.

Des informations sont manquantes :

- les mesures de tutelle ou de curatelle ne sont pas indiquées ;
- des arrêtés provisoires du maire, des arrêtés de maintien en hospitalisation complète, des arrêtés de levée de la mesure ne sont pas au registre ;

- les décisions du directeur de l'hôpital d'admission en hospitalisation complète sur demande d'un tiers ou sur péril imminent, ainsi que les décisions de levée de ces mesures ne sont pas portées au registre.

De plus, si les certificats médicaux préconisant une modification de la forme de la prise en charge du patient de l'hospitalisation complète vers un programme de soins figurent bien dans le registre, il n'est jamais mentionné le contenu du programme de soins auquel ces certificats médicaux se rapportent, et qui constitue par nature une pièce jointe de ces derniers.

Le manque de rigueur constaté par les contrôleurs a déjà été souligné à plusieurs reprises par les autorités ayant contrôlé les registres, dans les observations jointes à leur visa.

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a indiqué le 11 juin 2015 : « *Les arrêtés sont absents. Manque des arrêtés du JLD. Présentation du livre qui est difficile à consulter* », puis le 24 novembre 2016 : « *Le livre n'est pas rempli d'une manière qui permette son contrôle d'une façon légale* ».

Le substitut du procureur de la République a indiqué le 10 novembre 2015 : « *Il continue de manquer des arrêtés + l'index n'est pas renseigné* », puis le 8 décembre 2016 : « *L'identité des patients n'est pas visible, il convient de changer de méthode, de ne pas coller de documents sur celui comportant l'identité* ».

Recommandation

Une attention doit être portée à la tenue des registres de la loi qui manque de rigueur et ne permet pas aux autorités chargées de visiter l'établissement d'assurer leur mission de contrôle.

En particulier, le contenu des programmes de soins devrait systématiquement y figurer, et pas seulement le certificat médical y faisant référence.

2.7.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est présidée par un médecin généraliste et composée de deux médecins psychiatres, d'un représentant de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et d'un représentant de la fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY). Au jour de la visite, l'un des postes de médecin psychiatre était vacant et en cours de recrutement.

Aucun magistrat ne participe à cette commission. Il a été précisé aux contrôleurs que le président du tribunal de grande instance de Nanterre (Hauts-de-Seine) était convoqué à chaque réunion de la commission puis destinataire des comptes rendus établis. Néanmoins, aucun magistrat n'y est jamais désigné.

La CDSP visite les six hôpitaux se trouvant dans son ressort à hauteur de deux fois par an. En 2016, la commission s'est déplacée à Clamart en juin et novembre.

Les visites se déroulent sur une demi-journée. Elles sont précédées d'un affichage à destination des patients, plusieurs jours avant la visite afin que ceux qui le souhaitent

puissent être reçus par un des psychiatres de la commission. En 2016, vingt patients ont demandé à être entendus par la CDSP dans les six hôpitaux visités.

Lors des visites, les membres de la CDSP demandent en particulier à visiter les chambres d'isolement et consultent les registres de la loi.

Les principales remarques adressées à l'hôpital de Clamart concernent la tenue des registres de la loi (cf. *supra* § 2.7.1) et l'absence de registre d'isolement et de contention répondant aux exigences de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

Recommandation

Il est regrettable que les dispositions d'ordre législatif concernant la participation aux travaux de la CDSP d'un magistrat désigné par le premier président de la Cour d'appel ne soient pas respectées dans les Hauts-de-Seine.

2.7.3 La visite des autorités

Les membres de la CDSP ainsi qu'un représentant du procureur de la République près le tribunal de grande instance de Nanterre visitent régulièrement l'établissement, à hauteur d'une fois par an.

Ils visent à cette occasion les registres de la loi et y apposent des observations (cf. § 2.7.1).

Le juge des libertés et de la détention (JLD) qui intervient dans l'établissement a visité ce dernier à sa prise de fonction mais il n'existe pas de visite régulières des magistrats du siège du tribunal de grande instance de Nanterre, ce d'autant plus qu'aucun magistrat n'est désigné pour faire partie de la CDSP, donc ne visite l'établissement en cette qualité.

Il n'est pas davantage fait mention de visites du représentant de l'Etat dans le département, ni du maire de la commune de Clamart.

Recommandation

Il est essentiel que le maire et le préfet, appelés à décider d'admissions en soins psychiatriques sous contrainte, ainsi que le président du tribunal de grande instance, visitent l'établissement au moins une fois par an, conformément aux dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique.

2.8 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT BIEN ASSOCIES ET ECOUTES

2.8.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Seule l'UNAFAM est représentée au sein de l'établissement. Un délégué de cette association, qui assure des permanences deux fois par semaine (le mardi et le vendredi), dispose d'un bureau. Il reçoit les personnes ayant préalablement demandé un rendez-vous.

Les contacts nécessaires sont alors pris avec la personne chargée des relations avec les usagers au sein de la direction du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif pour régler les difficultés éventuellement soulevées.

L'UNAFAM est membre du conseil de surveillance. Elle est également représentée au sein de la commission des usagers par deux délégués, l'un des Hauts-de-Seine et l'autre du Val-de-Marne ; ce dernier en est le vice-président.

De sources concordantes, les contacts entre les services du groupe hospitalier et l'association sont réguliers et faciles ; l'UNAFAM est écoutée.

Des rencontres entre les familles et les soignants sont organisées deux fois par an sur des thématiques particulières. Elles se sont jusqu'alors déroulées sur le site de Villejuif mais les familles des patients des secteurs des Hauts-de-Seine rattachés à Clamart y participent peu ; pour corriger cette situation, la direction du groupe hospitalier envisage la tenue d'une telle réunion sur le site de Clamart, à leur profit.

2.8.2 La commission des usagers

La commission des usagers, présidée par la directrice adjointe en charge du parcours de soins, est celle du groupe hospitalier Paul-Guiraud. Elle siège tous les deux à trois mois ; ainsi, en 2016, elle s'est réunie cinq fois.

La commission a été étroitement associée à l'élaboration des documents d'information : livret d'accueil des patients, livret destiné aux proches des patients, brochure d'explication pour les tiers... Un travail y a également été mené sur les questionnaires de satisfaction.

Pour faire suite à une recommandation de cette commission, une réflexion collégiale s'est engagée pour promouvoir la bientraitance auprès des différents acteurs.

Une initiative particulière a été prise pour mieux associer les représentants des usagers à l'exploitation des plaintes et réclamations (hors contentieux). Ainsi, le premier lundi de chaque mois, les dossiers complets, avec les réponses apportées par les pôles et la direction du parcours de soins, sont mis à leur disposition : le matin, ils les consultent et, l'après-midi, une réunion de travail est organisée avec la personne chargée des relations avec les usagers et les médiateurs pour leur permettre d'en discuter avec eux et de les interroger sur des situations particulières identifiées le matin.

Les réunions plénières de la commission permettent de faire une synthèse de ce travail mensuel et donne lieu, selon les informations convergentes recueillies, à un véritable dialogue.

Bonne pratique

L'association étroite des représentants des usagers qui examinent chaque mois tous les dossiers relatifs aux plaintes et réclamations leur permet d'obtenir des réponses à leurs interrogations, préalablement à la réunion de la commission des usagers.

Dans le livret d'accueil, un paragraphe succinct traite des réclamations et contestations, mentionnant la possibilité de saisir le directeur de l'établissement ou le président de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)⁶ et de rencontrer les médiateurs si le plaignant n'est pas satisfait de la réponse. L'adresse et le numéro de téléphone de la commission y sont indiqués. Ces informations ne

⁶ Cette appellation figure dans le livret d'accueil alors que la CRUQPC a été remplacée par la commission des usagers depuis la modification introduite par la loi du 26 janvier 2016.

respectent toutefois pas les termes de l'article R.1112-84⁷ du code de la santé publique : la liste nominative des membres de la commission ni aucun document reproduisant les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 du code de la santé publique, relatifs à l'examen des plaintes et réclamations, ne sont remis aux patients.

Par ailleurs, la seule liste des membres de la commission affichée dans le centre hospitalier de Clamart l'est dans la partie administrative. Des affiches apposées dans les unités de soins présentent toutefois la procédure de plaintes et réclamations.

Recommandation

Conformément au code de la santé publique, un document reproduisant les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94, relatifs à l'examen des plaintes et réclamations, et précisant leurs modalités d'application au sein de l'établissement ainsi que la liste des membres de la commission des usagers doivent être remis à chaque patient avec le livret d'accueil et affiché dans les unités.

La commission est représentée lors des rencontres inter-commissions d'usagers de l'Ile-de-France, organisée chaque année. C'est un lieu d'échange et de réflexion sur des thèmes particuliers (les soins sans consentement, la sexualité...).

2.8.3 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique, qui est celui du groupe hospitalier Paul-Guiraud, comprend :

- cinq médecins désignés par la commission médicale d'établissement ;
- cinq membres du personnel soignant ;
- cinq professionnels issus des filières non soignantes.

Le président est un médecin et le vice-président est issu d'une catégorie professionnelle autre que médicale.

Le comité a travaillé sur le recours à l'isolement et à la contention et a consacré un café-débat à l'accès aux nouvelles technologies (téléphones mobiles, tablettes, ordinateurs, internet).

Il organise des cafés-débats tant à Villejuif qu'à Clamart. Il a été indiqué que la participation était importante à Clamart et que les soignants contribuaient bien à la réflexion.

2.8.4 Les questionnaires de satisfaction

Les questionnaires de satisfaction sont analysés globalement pour l'ensemble du groupe hospitalier mais les contrôleurs ont obtenu une extraction ne portant que sur le centre hospitalier de Clamart.

En 2015, le taux de retour a été de 17,9 % (19,6 % pour l'ensemble du groupe) et mis en évidence plusieurs difficultés :

⁷ « Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur général de l'agence régionale de santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement ».

- la remise insatisfaisante du livret d'accueil (avec un taux de satisfaction de 38,6 %) ;
- la qualité des repas, les informations données sur l'état de santé ou le traitement, les informations données sur les modalités d'hospitalisation et sur les droits (avec un taux de satisfaction compris entre 50 % et 70 %).

Lors de la visite, plusieurs de ces difficultés ont été recoupées. Les contrôleurs ont recueilli des doléances en raison de l'absence de la remise du livret d'accueil ; dans une unité, aucun livret n'était effectivement disponible et seul le livret destiné aux proches l'était. La mauvaise qualité des repas a été abordée par des soignants et des patients (cf. § 6.2.1).

Bonne pratique

Le questionnaire de satisfaction est adressé par courrier au domicile du patient une à trois semaines après sa sortie avec une enveloppe T gratuite pour l'envoi de sa réponse.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT S'EFFECTUE SYSTEMATIQUEMENT APRES UN EXAMEN INITIAL PSYCHIATRIQUE ET SOMATIQUE AU SEIN DES URGENCES

L'arrivée des patients admis en soins sans consentement est gérée aux heures ouvrables, de 8h à 18h au sein du pôle de psychiatrie de Clamart par un bureau des entrées au sein du pôle et, en dehors des heures de bureau, comme pour l'ensemble du groupe hospitalier Paul Guiraud, par le bureau d'accueil et d'orientation.

3.1.1 Le bureau des admissions

Il se trouve au rez-de-chaussée de la partie administrative du bâtiment. Il gère l'enregistrement des admissions mais aussi le registre de la loi, les relations avec le juge des libertés et de la détention (JLD), le suivi des différentes notifications mais aussi la régie dédiée aux patients. Il travaille pour une part en liaison directe avec le bureau des entrées du groupe hospitalier Paul Guiraud Villejuif (GHPG) et pour celles qui concernent spécifiquement les Hauts-de-Seine, comme les rapports avec le TGI de Nanterre, en autonomie.

Aucun patient arrivant de l'extérieur admis en urgence n'est reçu directement au sein du pôle psychiatrie. La règle est un passage obligatoire par les urgences de l'hôpital Antoine Béclère situé dans le voisinage immédiat du service de psychiatrie.

Au sein des urgences de cet hôpital général, se trouvent les urgences psychiatriques assurées par du personnel du GHPG. Un cadre de santé, mutualisé avec l'unité Anna Marly, et cinq infirmiers y sont affectés pour assurer une présence de 8h à 21h. Au jour de la visite, deux postes d'infirmiers étaient vacants portant l'effectif réel à trois, dont deux devaient quitter leurs fonctions au mois de février 2017. Le patient dont l'hospitalisation est décidée fait donc l'objet avant son arrivée en psychiatrie d'un examen clinique somatique avec prise des constantes, électrocardiogramme et bilan sanguin.

Le cadre joint par téléphone indique l'unité d'hospitalisation retenue selon les disponibilités en lits et lui transmet les informations relatives à différents aspects (mode d'admission, état clinique du patient, motif d'hospitalisation). De règle⁸, les patients sont contentionnés aux urgences sur des brancards. « *Quand les patients arrivent des urgences, ils sont contentionnés et sédatisés. Ils sont décontentionnés par les ambulanciers* ».

Les services d'urgence, police ou pompiers, ne se rendent donc jamais au sein de l'hôpital psychiatrique mais déposent les patients systématiquement à l'hôpital Antoine Béclère pour la première prise en charge. Le transport entre l'hôpital Antoine Béclère et le service psychiatrie est assuré par des infirmiers, en ambulance.

Le bureau des admissions détient la totalité des dossiers administratifs des patients et gèrent leur suivi. Par contre, les notifications des décisions sont effectuées par le personnel des unités.

⁸ Le directeur de l'établissement mentionne que cette pratique n'est pas la règle mais qu'il arrive effectivement que le patient soit contentionné en cas d'agitation ou de risque de fugue.

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

Dans les unités, il a été indiqué que la notification de la décision et des voies de recours est effectuée par le médecin de l'unité, par le médecin de garde lors de l'accueil ou un personnel soignant. L'examen des dossiers administratifs ou du registre de la loi fait cependant apparaître que les décisions sont majoritairement notifiées par des infirmiers voire parfois par des aides-soignants.

Un imprimé « *attestation de remise de l'information relative à la situation juridique et aux voies de recours des patients soignés en soins psychiatriques sans le consentement* » est utilisé. Cet imprimé prévu tant pour les admissions à la demande d'un tiers, qu'en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État, prévoit trois possibilités :

- impossibilité de remise compte tenu de l'état clinique du patient avec cachet du médecin ;
- information remise au patient avec identification (nom et signature) de la personne chargée de la notification ;
- refus de signature du patient avec identification du témoin de refus.

Cet imprimé, très général, ne précise pas le type de décision notifiée à la personne (arrêté préfectoral, décision du directeur...). Il ne s'accompagne pas systématiquement d'un imprimé spécifique pour la notification de la décision d'admission.

De plus, si un imprimé de notification paraît utilisé à l'arrivée du patient, les décisions ultérieures de maintien en hospitalisation complète ou de placement en programme de soins ne semblent pas toujours faire l'objet d'une notification formalisée. Ainsi, sur les quatorze décisions de mainlevées prononcées par le JLD en 2016, cinq l'ont été faute pour l'hôpital d'avoir apporté la preuve de la notification réalisée auprès du patient de la décision de maintien en hospitalisation complète, d'une décision de placement en programme de soins et des motifs médicaux de la décision d'admission.

Recommandation

La notification des décisions d'admission, de maintien en hospitalisation complète ou de placement en programme de soins au patient doit être formalisée avec rigueur pour permettre au patient d'exercer les voies de recours, dont elle constitue le point de départ.

3.1.3 Le recueil des observations des patients

L'ensemble des certificats médicaux fait apparaître que les observations du patient ont été recueillies en y portant la mention suivante : « *Le patient a été à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à son état* ».

Cependant l'imprimé évoqué dans le paragraphe précédent n'a pas réservé de place pour recueillir une éventuelle observation.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance et la confidentialité sur l'hospitalisation

Ces deux procédures prévues par le règlement intérieur et mentionnées dans le livret d'accueil font l'objet, lors de l'entretien d'accueil, d'un relevé par le médecin. Il est ensuite

établi une fiche manuscrite, doublement archivée dans l'unité et au bureau des admissions, pour garantir la confidentialité de l'hospitalisation.

Lorsque le patient en a exprimé le désir aucune information n'est fournie par le standard ou par l'équipe soignante sur la réalité de son séjour dans l'établissement. Les contrôleurs s'en sont assurés.

3.1.5 La période initiale de soins et d'observation

A l'exception du secteur 92G17 (Clamart et Le Plessis-Robinson), il n'est pas fait de distinction entre les services d'accueil et les services d'hospitalisation. Dans les services sectorisés, le patient est rencontré, à l'arrivée, par un psychiatre du service. En cas d'arrivée de nuit, il s'agit du psychiatre de permanence qui passe la nuit sur place. Le patient est ensuite vu quotidiennement par un médecin dans les premiers jours de son admission et fait l'objet d'une attention particulière des infirmiers.

3.1.6 Les cas de sur occupation et de transfert

Toutes les unités présentent un taux d'occupation élevé, il arrive donc que des patients doivent être hospitalisés dans d'autres secteurs voire parfois sur le site de Villejuif, ce qui peut, dans ce dernier cas, occasionner des difficultés pour le maintien des liens familiaux, en raison de la distance séparant les deux sites, ainsi que des difficultés administratives, le site de Villejuif relevant du JLD et de la CDSP du Val-de-Marne, tandis que le site de Clamart de ceux des Hauts-de-Seine.

De ce fait, lorsque le secteur d'origine sur occupé dispose à nouveau d'un lit, il est réutilisé en priorité pour les patients éventuellement accueillis hors secteur.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS REPOSE SUR UNE DOCUMENTATION FOURNIE ET COMPLETE

3.2.1 Les informations prévues par la loi

Le GHPG a réalisé deux fascicules « *admissions en soins psychiatriques* » remis avec le livret d'accueil, l'un pour les soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent l'autre pour les soins sur décision du représentant de l'État.

Ces fascicules déjà examinés par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté lors de la visite du site de Villejuif apparaissent complets avec cependant quelques erreurs déjà relevées :

- pages 3 et 6 de celui sur les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT), il est fait mention du préfet ou représentant de l'Etat en lieu et place du directeur de l'établissement ;
- le droit du tiers de demander à tout moment la levée de la mesure n'est pas mentionné (il apparaît cependant dans le livret à l'attention de l'entourage du patient) ;
- la définition du programme de soins page 2 du fascicule d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDR) est très restrictive (cf. § 3.4.2).

Ces fascicules sont complétés par un « *livret d'information de l'entourage des patients* », également très informatif.

Il est néanmoins apparu aux contrôleurs que le livret destiné à l'entourage des patients n'était pas systématiquement remis à ces derniers, notamment lors de l'accueil au service des urgences de l'hôpital Bécclère.

L'épouse d'un patient, tiers demandeur à l'hospitalisation, a regretté auprès des contrôleurs n'avoir reçu aucune information sur le rôle du tiers dans l'hospitalisation et les conséquences de la signature d'une demande d'hospitalisation sans consentement lorsqu'elle a été accueillie dans ce service. Elle a également regretté n'avoir pas été informée du pouvoir du tiers au cours de l'hospitalisation de solliciter la mainlevée de la mesure auprès du JLD.

Recommandation :

Le contenu des différents fascicules d'information doit être mis à jour, et l'établissement doit veiller à une remise systématique de l'ensemble des documents édités à tous les intervenants.

3.2.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil des patients - commun à Villejuif et Clamart - est complet, tant dans la présentation des différents services et prestations offertes que sur les questions de l'accès aux droits et aux voies de recours ; agrémenté de nombreuses photos et plans d'accès, sa lecture est aisée. L'emploi en page 19 du terme « *hospitalisation sans consentement* » aurait toutefois été préférable à celui de « *hospitalisation sous contrainte* ».

3.2.3 Le règlement intérieur

Chaque unité fait l'objet d'un règlement intérieur réactualisé en juillet 2016. Il n'y est pas fait mention de la liberté d'aller et venir. Le contenu vise :

- les démarches à l'arrivée (accueil, argent et objets de valeur) ;
- le séjour (règles de vie, rythme de vie, règles de sécurité, mesures d'hygiène) ;
- les formalités de départ.

Le règlement général du groupe hospitalier a été validé le 22 juin 2011 et actualisé par avenant le 25 juin 2015. C'est un document très complet de soixante-seize pages difficilement exploitable rapidement par les patients.

3.3 L'UTILISATION D'UN PROGRAMME DE SOINS PLUSIEURS FOIS CENSUREE PAR LA JUSTICE MET EN EVIDENCE UNE OPPOSITION DE PRINCIPE A L'INTERVENTION DU JUGE DANS LE DEROULE DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT

3.3.1 Les sorties de courte durée

Il a été indiqué que les services préfectoraux étaient peu interventionnistes pour les autorisations de sortie accordées aux patients en SDRE, et surtout qu'il n'y avait pas dans le département des Hauts-de-Seine d'oppositions de principe systématiques. L'examen du registre de la loi et des dossiers administratifs a conforté cette assertion.

Dans ces conditions les autorisations de sorties de courte durée émanent des choix des médecins.

Selon les informations recueillies, les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures sont réservées à l'accomplissement de formalités administratives, à la réalisation d'achats divers ou aux visites de foyers ou hôpitaux de jour dans la perspective d'une sortie. Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de quarante-huit heures sont davantage dédiées au maintien des liens avec la famille ainsi qu'aux séjours-tests en appartements thérapeutiques ou en famille d'accueil.

Des statistiques fournies, il apparaît qu'au moment de la visite six patients en SDRE et onze en SDT bénéficiaient de permissions de sortie de moins de douze heures.

3.3.2 Les programmes de soins

Alertés par le contenu des décisions du juge des libertés et de la détention, les contrôleurs ont porté une attention particulière au contenu des programmes de soins. Cette opération a nécessité l'examen des dossiers administratifs des patients concernés, en l'absence de détails sur le contenu des programmes de soin dans le registre de la loi (cf. *supra* § 2.7.1).

A la suite d'une ordonnance de mainlevée, prévenu par l'avocat du patient, le juge constatant que le patient était toujours hospitalisé sous le régime d'un programme de soins ordonnait sa sortie immédiate de l'hôpital.

Ce programme de soins consistait en une hospitalisation complète d'une durée de douze jours à l'issue de laquelle une sortie de 48h pouvait être accordée.

Une jurisprudence de la Cour de cassation a rappelé :

« Les modalités de l'hospitalisation, limitant les sorties à la journée, une à deux fois par semaine, et une nuit par semaine au domicile de sa mère, présentent manifestement les caractères non d'une hospitalisation à temps partiel, mais d'une hospitalisation complète assortie de sorties de courte durée ou de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures, telles que prévues par l'article L. 3211-11-1 du Code de la santé publique ».

Par ce motif, la Cour de cassation⁹ a rejeté le pourvoi formé contre une décision de la Cour d'appel de Versailles (Yvelines) qui avait estimé qu'un programme de soins dans lequel l'hospitalisation était la règle et la sortie l'exception s'assimilait à une hospitalisation complète. La partie au procès à l'origine du pourvoi rejeté s'est avéré être le directeur du GHPG pour une décision initiale du JLD de Nanterre qui avait censuré un programme de soins établi par le pôle psychiatrie de Clamart.

Malgré cette décision qui fait jurisprudence, l'examen des programmes de soins de 2016, c'est à dire postérieurs à la décision de la Cour de cassation fait apparaître :

- huit programmes de soins identiques (douze jours consécutifs d'hospitalisation complète, sortie de moins de 48h possible à l'issue de ce délai) ont été recensés du 1^{er} janvier 2016 au 8 novembre 2016 ;
- cinq de ces programmes de soins ont été mis en place à la suite de décisions de mainlevée judiciaires entraînant « *de facto* » le maintien en hospitalisation

⁹ Arrêt de la 1^{ère} chambre civile du 4 mars 2015, pourvoi n°14-17824

complète des patients dont le juge avait ordonné la fin de la mesure. Si deux patients, grâce à l'intervention de leur avocat, ont pu, après nouvelle décision, bénéficier de la mainlevée, deux autres ont dû attendre les décisions médicales pour rentrer dans leur droit.

La lecture des certificats médicaux d'un de ces patients met en évidence que même les médecins considèrent leur programme de soins comme une hospitalisation complète. Ainsi d'un patient qui fait l'objet d'une mainlevée judiciaire le 15 juillet 2016, puis d'un programme de soins (douze jours-48 heures) le lendemain 16 juillet : il est mentionné sur un certificat médical postérieur que le patient est en « hospitalisation complète », ce qui correspond à la réalité du patient et du médecin mais non au statut juridique.

Le parquet de Nanterre alerté par le JLD après la mise en place, le 31 août 2016, d'un programme de soins identique pour ne pas mettre à exécution une décision de mainlevée, avait fermement mis en garde l'établissement en rappelant chacun à ses responsabilités notamment pénales.

Pourtant deux programmes de soins identiques ont encore été établis après cette intervention les 12 septembre et 8 novembre 2016. Dans les deux cas, ils ne faisaient pas suite à des décisions de mainlevée.

Les contrôleurs ont même pu constater que, malgré la clarté des décisions judiciaires intervenues, ce type de programme de soins est affiché par l'établissement comme la définition de l'hospitalisation à temps partiel exigée par la loi en la matière. Ainsi, dans les livrets relatifs aux droits et recours remis aux patients hospitalisés sans consentement, il est indiqué : « L'hospitalisation partielle : vous êtes alors à l'hôpital et vous sortez au minimum une fois tous les 12 jours, et ce au moins une fois pour une durée supérieure à 48 heures. »

Recommandation

L'utilisation d'un programme de soins s'analysant en réalité en une hospitalisation complète et permettant soit d'éviter le contrôle obligatoire du JLD, soit d'empêcher la mise à exécution d'ordonnances de mainlevée, porte une atteinte grave aux droits fondamentaux des patients. Le maintien de cette pratique, censurée par la Cour de cassation pour le même établissement révèle une opposition de principe à l'intervention du juge et aux dispositions de la loi. Il doit y être mis fin sans délai.

3.3.1 La préparation de la levée de la mesure

La sortie est envisagée dès le début de la prise en charge et les assistantes sociales établissent les liens nécessaires avec l'extérieur pour trouver un hébergement adapté. L'établissement se heurte à un manque de structures médico-sociales pour les grands patients chroniques et les maisons de retraite supportent difficilement des hôtes présentant des troubles du comportement. L'équipe de « réinsertion » rattachée à l'unité Anna Marly a été mise en place pour ce motif.

3.3.2 La levée de la mesure

D'après les informations recueillies, en 2015, 8,6 % des hospitalisations sans consentement ont été levées par le médecin pendant les douze premiers jours, avant le passage devant le JLD.

La proportion avait été de 16,5 % en 2014 mais, concernant les levées durant les quinze premiers jours, le contrôle du JLD étant à cette époque programmé au bout de quinze jours

a) Les cas de demandes d'un deuxième avis médical pour les SDRE

Le préfet des Hauts-de-Seine ne demande pas systématiquement un second certificat médical avant la mise en place d'un programme de soins ou la levée de la mesure. La situation s'est produite une fois dans l'année le 23 mai 2016 et le deuxième avis a été établi par un médecin du service.

b) Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé, prévu pour certains patients ayant commis des actes pour lesquels ils ont été déclarés pénalement irresponsables et pour les SDT se prolongeant au-delà d'un an, associe aux deux médecins psychiatres, un cadre ou un infirmier, selon les services et les disponibilités. Le fonctionnement de cette instance semble ne poser aucun problème particulier.

3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION APPARAÎT VIGILANT AU TRAVERS DE DECISIONS DE MAINLEVÉE RÉGULIÈRES POUR DES RAISONS DE FORME COMME DE FOND

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent dans les locaux de l'hôpital, au rez-de-chaussée, à proximité du bureau des entrées.

Elles se déroulent les mardis après-midi, à partir de 13h30. Le juge reçoit en moyenne huit patients par semaine, le nombre de dossiers à examiner étant néanmoins variable et pouvant parfois s'élever jusqu'à quatorze.

Les patients sont invités, quelques jours avant l'audience, à faire le choix d'un avocat. A défaut, il leur est précisé qu'ils seront assistés d'un avocat commis d'office.

Une permanence est mise en place par le Barreau des Hauts-de-Seine pour le contentieux de l'hospitalisation sans consentement, à laquelle participent une quinzaine d'avocats volontaires ayant suivi une formation préalable spécifique, dispensée par un psychiatre. Pour être maintenus sur la liste de cette permanence, les avocats doivent chaque année suivre au moins une formation relative à ce contentieux.

Ainsi que les contrôleurs ont pu le constater pendant leur visite, les avocats de permanence se déplacent à l'hôpital la veille de l'audience pour rencontrer les patients convoqués. Les entretiens ont lieu directement en unité, dans un bureau médical dont la porte est fermée. Un badge de circulation est remis à l'avocat à son arrivée, ainsi qu'un tableau de localisation des patients sur lequel est précisée l'unité dans laquelle se trouvent les patients convoqués.

Les avocats demandent à rencontrer tous les patients convoqués, même ceux dont l'état de santé n'a pas été jugé compatible avec une comparution devant le JLD, afin de leur expliquer la procédure et d'aborder avec eux le contenu de leur dossier.

Ces entretiens sont de nature à rassurer les patients qui peuvent bénéficier d'un temps d'échange non contraint par l'imminence du passage devant le juge, dans des locaux auxquels ils sont habitués.

Bonne pratique

Les avocats commis d'office, qui suivent chaque année une formation spécifique à ce contentieux, viennent rencontrer les patients la veille de l'audience dans les unités. Une telle pratique est de nature à rassurer les patients qui peuvent ainsi échanger avec leur défenseur et le rencontrer en amont de l'audience, dans des lieux qui leur sont familiers.

Les patients se rendent en principe seuls à la salle d'audience, en prenant l'ascenseur. Lorsque leur état nécessite un accompagnement, un soignant de l'unité les emmène jusqu'à l'ascenseur et actionne le bouton permettant de descendre au rez-de-chaussée. Le patient est ensuite accueilli à la sortie de l'ascenseur par la cadre administrative chargée de l'organisation de l'audience qui l'accompagne jusqu'à la salle d'audience.

Pour éviter l'attente avant l'audience, les patients sont appelés dans les unités au fur et à mesure par la cadre administrative, lorsque le JLD délibère sur le dossier précédent.

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

L'audience se déroule dans une salle de réunion, ne présentant pas de solennité particulière, au sein de laquelle six tables sont réunies pour former un carré autour duquel s'installent le JLD, son greffier, la cadre administrative représentant l'hôpital, le patient et son avocat.

Le JLD siège en tenue civile. Les avocats, pour la grande majorité d'entre eux, ne portent pas non plus la robe.

Le centre hospitalier est systématiquement représenté par la cadre administrative de pôle ou celle responsable du bureau des entrées, qui a reçu délégation. Durant l'audience, le juge lui demande si elle a des observations à faire au nom de l'hôpital et l'autorise à poser des questions au patient. Les contrôleurs ont constaté, durant l'audience à laquelle ils ont assisté, que les informations apportées au débat par la cadre concernaient exclusivement l'existence d'éventuelles hospitalisations antérieures du patient au sein du centre hospitalier, ce qui n'était pas le sujet.

Le tiers demandeur ainsi que le tuteur ou curateur sont systématiquement avisés de l'audience. Il arrive régulièrement qu'ils soient présents.

Les audiences sont publiques cependant il est rare que des personnes non convoquées se présentent pour assister à l'audience. Lorsque c'est le cas, le JLD demande au patient s'il accepte la présence du public. En cas de réponse négative, l'audience se tient en chambre du conseil.

Durant la visite, plusieurs membres de la famille d'un patient se sont présentés pour assister à l'audience le concernant. Le patient ayant refusé leur présence lorsque la

question lui a été posée par le juge, seul celui qui était tiers demandeur à la mesure a été autorisé à y assister.

Le JLD délibère en principe le jour de l'audience. Il demande aux parties de quitter la salle à la fin de l'audience pour préparer sa décision qu'il remet ensuite directement au patient en lui expliquant le dispositif, sa motivation et en lui notifiant les voies de recours.

Il arrive, plus rarement, que le délibéré soit rendu le lendemain de l'audience, lorsque le JLD souhaite disposer d'un temps de réflexion plus important. Durant la visite, un dossier a fait l'objet d'un délibéré différé et abouti à une mainlevée de l'hospitalisation.

3.4.3 Les décisions rendues

En 2015, 347 audiences ont été organisées à Clamart pour lesquelles neuf patients ont été déclarés non auditionnables par le médecin.

Le JLD a prononcé quatre décisions de mainlevée. Elles avaient été de vingt-quatre en 2014. Douze décisions ont fait l'objet d'un appel.

En 2016, quatorze décisions de mainlevée ont été prononcées, douze par le JLD et deux par la cour d'appel de Versailles.

Les contrôleurs se sont fait communiquer le motif de ces décisions.

Six d'entre elles ont été ordonnées pour des raisons tenant au fond : soit du fait de l'insuffisance des motifs médicaux pour un maintien en hospitalisation sans consentement (quatre décisions), soit du fait d'un détournement de procédure consistant à placer le patient sous un programme de soins s'analysant en une hospitalisation complète déguisée (cf. *supra* § 3.3.2).

Les autres ordonnances de mainlevée prononcées en 2016 l'ont été pour des raisons de procédure. Cinq d'entre elles concernaient l'absence de preuve de notification au patient :

- du certificat médical accompagnant la décision d'admission dans le cas d'un péril imminent ;
- d'une décision de maintien en hospitalisation dans le cas d'un péril imminent, d'une hospitalisation sur demande d'un tiers et d'une hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat ;
- d'une décision de placement sous programme de soins.

Les contrôleurs ont pu relever qu'il n'était pas fait preuve de rigueur dans la notification des décisions aux patients (cf. *supra* § 3.1.3).

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST FACILITEE PAR LA PRESENCE D'UN MANDATAIRE DE L'HOPITAL

L'hôpital dispose d'un mandataire judiciaire, désigné dans la plupart des mesures de protection ouvertes au sein de l'hôpital.

Il a été précisé aux contrôleurs que lorsque le patient arrive à l'hôpital sans mesure de protection, un signalement sur la nécessité de son ouverture est effectué par le service social. Si le patient n'a pas de famille proche en mesure de jouer le rôle de mandataire, le mandataire de l'hôpital est désigné par le juge des tutelles de manière privilégiée.

Lorsque le patient est déjà sous mesure de protection à son arrivée à l'hôpital, il est fréquent que le juge des tutelles désigne en lieu et place de son mandataire d'origine, le mandataire de l'hôpital sur demande principalement de l'organisme précédemment désigné. Il arrive plus rarement que cette demande de changement émane du patient, la situation s'étant présentée trois ou quatre fois en deux ans.

Au jour de la visite, le mandataire de l'hôpital gérait environ 140 mesures de protection. Son agrément lui permet d'assurer la gestion d'un maximum de 160 mesures.

Le mandataire de l'hôpital est présent sur le site de Villejuif. Il ne se déplace pas sur le site de Clamart mais est joignable tous les jours par téléphone, soit directement par les patients, soit *via* le bureau des entrées, soit *via* les assistantes sociales intervenant dans les unités. Le mandataire transmet chaque semaine au bureau des entrées les autorisations de sortie d'argent pour les patients dont il gère les biens, afin que ceux-ci puissent retirer leur argent directement sur place.

Il a été précisé aux contrôleurs que les contacts entre les assistantes sociales et le mandataire de l'hôpital sont aisés, celui-ci étant régulièrement associé aux projets de sortie élaborés. Les contacts avec le bureau des entrées sont également très réguliers.

Les contrôleurs n'ont pas pu recueillir le nombre exact de patients placés sous mesure de protection sur le site de Clamart, seuls ceux suivis par les assistantes sociales étant comptabilisés. Selon les informations recueillies, ils sont en moyenne une trentaine.

Au jour de la visite, l'ensemble des patients de l'unité Anna Marly bénéficiait d'une mesure de protection, soit dix-huit patients. Un seul d'entre eux était suivi par un mandataire autre que le mandataire de l'hôpital.

4.2 L'ACCES AU NUMERAIRE EST LIMITE POUR LES PATIENTS

Les biens de valeur sont conservés dans un coffre à la régie : cartes bancaires, chéquiers, bijoux, numéraires. Ils y sont placés par le personnel soignant, avec une fiche de dépôt. La régie les récupère, vérifie la fiche de dépôt signée par deux soignants et saisit les informations sur un fichier, avant d'entreposer les objets et l'argent dans son coffre. Les numéraires sont saisis également et les billets sont vérifiés. La trésorerie vérifie chaque semaine les fiches de dépôt, les fiches de retrait et le tableau de suivi des dépenses.

Les patients peuvent avoir accès à leur argent le mardi et le vendredi, uniquement de 9h à 12h et de 14h à 15h45, ce qui nécessite de pouvoir suffisamment anticiper les sorties pour s'organiser. Le montant maximum d'un retrait s'élève à 160 euros, sauf achat exceptionnel

sur autorisation du trésorier. Au moment de la sortie, les patients peuvent récupérer leurs biens en dehors de ces horaires. Les patients sollicitant la régie sont généralement ceux au long cours ; ils sont généralement une quinzaine chaque mardi et vendredi. Ceux qui ne peuvent se déplacer jusqu'à la régie peuvent être remplacés par deux soignants, un mandataire et un témoin.

Recommandation

Les patients doivent avoir un accès plus aisé à leurs biens personnels conservés à la régie.

Dans les unités, les patients peuvent généralement conserver jusqu'à une vingtaine d'euros pour les achats du quotidien.

Les téléphones portables qui ne sont pas laissés aux patients sont conservés dans les unités par les cadres.

4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL BENEFICIE DE FORMULAIRES BIEN CONÇUS

Les demandes d'accès aux informations médicales sont formulées par le patient et adressées à la direction du groupe hospitalier Paul Guiraud. Un formulaire particulier est conçu pour les personnes ne sachant ni lire ni écrire et ne maîtrisant pas la langue française et ayant besoin d'un interprète.

D'autres formulaires sont prévus pour les demandes d'accès aux informations médicales concernant la santé d'un mineur par les titulaires de l'autorité parentale ainsi que d'une personne décédée par ses ayants droit.

Le patient a toute liberté pour « écrire ce qu'il veut ». La fréquence de ces demandes est de l'ordre d'une fois tous les deux mois.

4.4 LE DROIT DE VOTE EST PEU UTILISE

Les patients bénéficiant de permissions peuvent se rendre eux-mêmes dans leur bureau de vote. Pour ceux qui ne peuvent sortir de l'hôpital, le vote est organisé à l'interne. Une note est envoyée aux unités, demandant aux cadres de recenser les personnes souhaitant exercer leur droit de vote par procuration. Ils doivent remplir un tableau indiquant le nom du mandataire, avec la photocopie des pièces d'identité du patient et du mandataire et d'un certificat médical précisant que le patient ne peut se rendre au bureau de vote pour raison de santé.

4.5 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT INEGALEMENT ACCESSIBLES SELON LES UNITES

La possibilité d'accéder au culte figure dans le livret d'accueil. Deux aumôniers sont présents dans l'établissement, une aumônière catholique et un aumônier musulman.

Trois fois par semaine, l'aumônière catholique passe dans les unités afin de se faire connaître des patients. Elle s'entretient avec eux, individuellement ou collectivement dans l'unité. Une à deux fois par semaine, une chorale est organisée dans la salle réservée aux aumôniers, exclusivement de variétés françaises. Une fois par mois environ, un prêtre vient

le jeudi après-midi célébrer la messe. A cette occasion, des affiches informatives sont distribuées dans les unités.

L'aumônier musulman, qui intervient également en milieu carcéral, est présent au sein du pôle le jeudi matin. Il reçoit les patients qui souhaitent le consulter dans la salle réservée au culte. Occasionnellement, il passe dans les unités. Si une demande particulière est formulée, il peut se rendre à l'hôpital à un autre moment de la semaine, sous réserve de ses disponibilités.

Dans l'unité Rodin, les coordonnées téléphoniques des aumôniers (numéro de portable) sont affichées sur la paroi vitrée du bureau des infirmiers.

Les aumôniers ne se rendent pas dans l'unité Béranger, car leur présence n'y est pas souhaitée¹⁰. A leur demande, les patients peuvent s'entretenir avec les aumôniers à l'extérieur de cette unité.

¹⁰ Il s'agirait, d'après les renseignements recueillis, d'une prise de position des soignants

5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

Isolement et contention font partie des axes stratégiques de la « Politique Qualité Gestion des risques » du Groupe hospitalier Paul Guiraud et constituent un point fort du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2011/2015.

Le comité de réflexion éthique a invité en 2015 la communauté hospitalière de l'établissement à une réflexion sur les pratiques d'utilisation de la chambre d'isolement et des mesures de contention physique en les analysant dans leurs indications et dans les conditions de leur mise en œuvre.

Dix événements indésirables sont signalés en 2015 sous la rubrique « Chambre d'isolement thérapeutique (CIT)/Contention », soit 10 % des événements indésirables relatifs à la prise en charge du patient.

Un des grands axes du projet médical du pôle Clamart 2016 concerne la « gestion optimale de l'agitation », avec la mise en place de « l'équipe renfort d'aides-soignants dédiée et intersectorielle » qui a, parmi ses compétences, le renfort aux équipes dans la gestion des états d'agitation et des soins en chambre d'isolement (cf. *infra* § 6.2.3).

Vingt-neuf membres du personnel non médical du pôle ont bénéficié en 2016 d'actions de formation continue proposées au plan de formation, dont :

- dix aides-soignants et deux aides-soignantes, un infirmier, un aide médico-psychologique pour une formation de quatre jours sur « Gestion de l'agressivité et de la violence » ;
- un aide-soignant et trois infirmières pour une formation de deux jours sur « Prévention du risque suicidaire » ;
- un aide-soignant et une assistante socio-éducative pour une formation de trois jours sur « Le respect des droits des patients en psychiatrie » ;
- une infirmière pour une formation de deux jours sur « Isolement, Contention, dimension thérapeutique ».

5.1 L'ISOLEMENT EST FREQUENT AVEC DES DUREES DE SEJOUR SOUVENT LONGUES

Un registre informatique en temps réel a été mis en place par le département d'informations médicales (DIM) en avril 2016. Il y figure « *ce qui est mentionné dans la loi* ». Les mesures d'isolement sont repérées à partir de l'utilisation des chambres d'isolement telles que renseignée sur une application du système d'information de santé C. PAGE et non à partir du dossier patient du logiciel CIMAISE. Leur durée correspond au nombre de jours pendant lesquels le patient a été hospitalisé dans une chambre d'isolement. Une présentation de la liste globale des isolements et contentions sur l'établissement est faite chaque mois en CME, accompagnée, le cas échéant, de développements statistiques. Les « chambres sécurisées » ne sont pas prises en compte.

La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) intitulée « Evaluation des mesures de mise en chambre d'isolement » débutée en février 2012 arrive à son terme, ouvrant sur une amélioration des pratiques avec communication sur la démarche et ses résultats.

La pratique de la mise en chambre d'isolement conduit à un certain satisfecit au regard du respect de la loi : les personnes y séjournant sont des patients hospitalisés sans leur consentement et les prescriptions faites « à 95 % en temps et en heures ».

5.1.1 Procédure

a) Recommandations du Groupe hospitalier Paul Guiraud

Les recommandations concernant la « mise en chambre d'isolement thérapeutique (MCIT) » d'un patient hospitalisé en psychiatrie générale et au SMPR (Index : PRO/246.010), établies par le groupe hospitalier Paul Guiraud et validées à la CME du 9 février 2011, ne paraissent pas avoir été réévaluées au jour de la visite¹¹. Elles sont accompagnées d'une fiche de prescription de mise en chambre thérapeutique et d'un document « *surveillance infirmière isolement/contention physique* ».

Ces recommandations indiquent que l'isolement s'organise exclusivement dans une chambre spécifique, appelée chambre d'isolement thérapeutique, dans laquelle une organisation humaine et sécurisée des soins est garantie.

Les données concernant l'identité, les dates et heures de début et de fin de mise en chambre d'isolement thérapeutique (MCIT) sont renseignées.

La MCIT est réalisée sur décision médicale. En cas de nécessité absolue (dangerosité immédiate et majeure pour le patient lui-même ou pour autrui) et en l'absence d'un médecin immédiatement disponible, l'équipe paramédicale peut y procéder dans l'urgence. Sitôt le malade mis en isolement, un médecin du service ou, à défaut, le psychiatre de garde ou de permanence est avisé. Dès que les autres urgences qu'il a éventuellement à traiter le lui permettent, le médecin alerté vient procéder à la visite du patient et à la décision écrite de l'isolement et des mesures particulières de surveillance éventuellement nécessitées par les facteurs de risque présentés par le patient.

L'isolement thérapeutique initial et chaque renouvellement éventuel sont décidés par le psychiatre pour une période maximale de 24 heures.

Les facteurs de risque somatiques de la MCIT et d'autres facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont identifiés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place. La MCIT est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.

Le patient reçoit, dans la mesure où son état le permet, les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement thérapeutique.

Le patient bénéficie d'au moins une visite médicale par jour, sans qu'il soit précisé qu'il s'agisse d'un somaticien ou d'un psychiatre¹².

Le séjour du patient en CIT peut-être interrompu par des sorties de courte durée en cours de journée

¹¹ Selon les observations adressées par le directeur, une réévaluation de cette procédure est en cours.

¹² Dans ses observations, le directeur note « bien sûr qu'il s'agit d'un psychiatre ».

Une consultation médicale centrée sur l'effet de l'isolement sur l'état psychique du patient est réalisée en fin de processus, ainsi, autant que possible, qu'un entretien infirmier.

b) Décision de mise en œuvre

Un médecin identifié établit la « décision initiale de mise en CIT » sur le dossier patient informatisé (DPI). Le cas échéant, il peut maintenir (ou non) une « mise en CIT en urgence » par le personnel soignant.

La « décision » note les nom et prénom du patient, sa date de naissance et l'identifiant permanent du patient (IPP), ainsi que le lieu de sa réalisation, et est datée et horodatée. Elle porte le mode d'hospitalisation du patient (SDRE, SDT...) et les indications de la mise en chambre d'isolement dont elle en précise la durée en heures (par exemple 24 heures). Elle indique les affections somatiques nécessitant une surveillance, les facteurs de risques somatiques et si une surveillance spécifique est demandée à ce titre. Elle identifie aussi les facteurs de risques (troubles du comportement...) et leur surveillance spécifique. L'information du patient et de sa famille est prévue. Sa non réalisation doit être explicitée. Des consignes particulières concluent cette décision : sorties de courtes durée, visites, communications téléphoniques, substitut nicotinique, accès salle de bains...

5.1.2 Données chiffrées

a) Occupation des lits pour une UF (lit) et période

Les documents « Occupation des lits pour une UF (lit) et période » transmis ne sont pas exhaustifs. Les taux d'occupation de sept des neuf chambres d'isolement installées sur des périodes comprises entre quelques semaines et plus d'un an sont d'élevés à très élevés.

b) Suivi des patients en chambre d'isolement sur le pôle Clamart pour l'année 2016

Le document du DIM « Suivi des patients en chambre d'isolement sur le pôle Clamart pour l'année 2016 », établi à partir de l'occupation des « lits ISO » répertorie les patient-e-s mis-e-s en chambre d'isolement par unité (Auguste Rodin, Dora Maar, Camille Claudel, Pierre-Jean Béranger) avec leur IPP, n° séjour, nom, nom de naissance, prénom, date d'entrée, date de sortie, nombre de jours depuis le début en chambre d'isolement, sexe, âge et date de naissance.

Pour l'année 2016, le document liste 252 mises en chambre d'isolement pour un total de 2 131 journées, soit un taux global d'occupation de près de 65 % des neuf chambres d'isolement installées (sans prendre en compte leur disponibilité effective) se distribuant selon les unités d'hospitalisation en :

- unité Auguste Rodin : 108 mises à l'isolement pour 74 patient-e-s et un taux d'occupation de 84 % des trois chambres d'isolement ;
- unité Pierre Jean Béranger : 62 mises à l'isolement pour 50 patient-e-s et un taux d'occupation de 92 % des deux chambres d'isolement ;
- unité Dora Maar : 32 mises à l'isolement pour 42 patient-e-s et un taux d'occupation de 41 % des deux chambres d'isolement ;
- unité Camille Claudel : 34 mises à l'isolement pour 40 patient-e-s et un taux d'occupation de 37 % des deux chambres d'isolement.

En 2016, 163 patients du pôle ont été mis au moins une fois en chambre d'isolement dans au moins une unité d'hospitalisation, soit plus de 18 % des patients hospitalisés. La durée moyenne d'un séjour sans interruption en chambre d'isolement est de 8,8 jours, la valeur médiane de six jours.

Cinq patients ont séjourné sans interruption en chambre d'isolement pendant des périodes s'élevant à 29, 42, 62, 72 et 119 jours. 42 % des patients séjournent plus de sept jours en chambres d'isolement, auxquels s'ajoutent ces chiffres

Plus du quart des patients mis en chambre d'isolement l'ont été entre deux et huit fois, dont plus du quart dans au moins deux unités d'hospitalisation différentes.

La durée cumulée moyenne de leurs séjours en chambre d'isolement au titre de l'année 2016 est de 13,5 jours et la valeur médiane de huit jours.

Huit patients ont été mis en chambre d'isolement au cours de leurs hospitalisations en 2016 pendant un total de 37, 40, 62, 67, 69, 77, 94 et 119 jours. 53 % des patients ont séjourné pour des durées cumulées de plus de sept jours en chambres d'isolement en 2016, auquel s'ajoutent ces chiffres.

Année 2016	Proportion des patient-e-s mises à l'isolement	
	Durée de séjour en chambre d'isolement	Par séjour sans interruption (n=252)
Entre un et trois jours	27%	14,7 %
Entre quatre et sept jours	30,2 %	32,5 %
Entre huit et quatorze jours	27,8 %	25,2 %
Entre quinze et vingt et un jours	9,1 %	9,2 %
Entre vingt-deux et vingt-huit jours	4 %	8 %
Entre vingt-neuf et trente-cinq jours	0,4 %	5,5 %
Plus de trente-cinq jours	1,6 %	4,9 %

L'âge des patients placés en chambre d'isolement s'étire entre 15 et 75 ans. Les tranches d'âge se distribuent par nombre de patient-e-s décroissant en celles des 25-34 ans, puis 45-54 ans, 35-44 ans et 18-24 ans. Plus de 10 % des patients ont 55 ans et plus.

5.1.3 Constats au jour de la visite

a) Patients mis en chambre d'isolement

Six chambres d'isolement étaient occupées dans trois unités. Les patients placés sont tous hospitalisés sans leur consentement. **Leur séjour en chambre d'isolement est pour la moitié d'entre eux de longue durée : 38 jours, 48 jours et 43 jours.**

Unités	Nombre de lits	Nombre de chambres d'isolement	Etat au 05 janvier 2017			
			Isolement			Nombre de patients hospitalisés
			Nombre de chambres d'isolement occupées	Mode de placement des patients	Date de début de la décision	
Auguste Rodin	20	3	3	SDT SPI SPI	19/11/16 30/12/16 04/01/17	21
Dora Maar	18	2	0			18
Fernand Léger	18	0	N/A			18
Camille Claudel	21	2 (0+1)	1	SDT	09/11/2016	21
Pierre-Jean Béranger	25	2	2	SDT SDRE	01/01/2017 24/11/2016	17
Anna Marly	18	0	N/A			17
	120	9	6			

b) Sorties de chambre d'isolement

Dans l'unité Auguste Rodin, un patient en chambre d'isolement ne disposant pas de lit ordinaire au sein de cette unité est *de facto* maintenu en chambre d'isolement avec son cortège de limitations. Une situation documentée du même ordre a été rapportée pour l'unité Béranger.

Certains patients, en dépit d'une indication médicale de levée, sont maintenus en chambre d'isolement par défaut d'un lit d'aval ordinaire dans l'unité, voire une autre unité, avec pour conséquence l'éventualité d'être maintenus hospitalisés en chambre d'isolement sans leur consentement alors que l'indication n'en est plus nécessaire.

Recommandation

La disponibilité d'une chambre ordinaire doit être assurée à un patient placé en chambre d'isolement à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.

c) Etat des chambres d'isolement

Les chambres d'isolement sont souvent dégradées et rendues inutilisables, pour des raisons de conception et pour d'autres liées aux conséquences de l'état clinique des patients et de leurs comportements. Une des chambres de l'unité Rodin n'est pas utilisée au jour de la visite en raison de problème de ventilation.

- Unité Rodin :

La chambre comporte un lit fixé. La fenêtre est barreaudée de manière carcérale. Les sanitaires sont composés d'une douche et d'un combiné WC-lavabo anti-vandalisme

semblable à ceux retrouvés notamment dans les quartiers disciplinaires des établissements pénitentiaires.

Une des trois chambres d'isolement de l'unité Rodin



Chambre d'isolement



Fenêtre barreaudée partiellement ouverte



Sanitaires



Pendule

Une pendule digitale est fixée au mur du sas faisant face à la porte d'entrée. Un patient couché sur le lit peut arriver à lire l'heure à travers le fenestron (ou petite fenêtre) de la porte. La température est mal régulée. Au jour de la visite, on ressent un courant d'air frais dans une chambre utilisée, au lit couvert d'un duvet.

L'espace extérieur de l'espace d'isolement est d'un caractère carcéral marqué.

Espace isolement



Entrée - « salon »



Espace extérieur

d) Régime des chambres d'isolement

Les patients, sauf exception, n'ont accès ni à la radio ni à des journaux ou des magazines. L'accès à l'extérieur est des plus limités voire quasi impossible pour les chambres situées aux étages.

5.2 LA CONTENTION N'EST PAS EXCEPTIONNELLE A L'ADMISSION

La démarche EPP intitulée « *Evaluation de la pertinence des mesures de contention physique* », débutée en février 2016 et portée par le pôle de Clamart, est en cours. La

version d'un questionnaire « soignant » sur la contention datée du 5 octobre 2016 a été diffusée.

5.2.1 Procédures

a) Recommandations Groupe hospitalier Paul Guiraud

Les recommandations concernant la contention physique d'un patient hospitalisé en psychiatrie générale (Index : PRO/246.020) établies par le Groupe Hospitalier Paul Guiraud et validées à la CME du 9 février 2011, ne paraissent pas avoir été réévaluées au jour de la visite.

Ces recommandations sont accompagnées d'une fiche de prescription de la contention physique et d'un document « *surveillance infirmière isolement/contention physique* ». Elles indiquent que la mise en œuvre de la contention physique, en l'absence d'alternative et le moins longtemps possible, nécessite :

- la connaissance des risques liés à l'immobilisation ;
- une évaluation régulière ;
- un programme de soins et de surveillance individualisé.

b) Décision de mise en œuvre

La décision médicale de la contention physique doit être écrite et horodatée. La contention physique peut être appliquée en cas d'urgence par l'équipe de soins mais doit être secondairement confirmée par un psychiatre, dans les plus brefs délais.

Le patient est informé des motifs de la contention et de ses objectifs et des moyens utilisés.

La mise en œuvre de la contention physique requiert un nombre minimum de cinq soignants. Les moyens spécifiques de contention sont les ceintures, les attaches de poignets et de chevilles, les maillots et les camisoles. La contention au lit d'un patient nécessite impérativement qu'il soit en chambre fermée à clef. L'installation du patient doit respecter sa pudeur et sa dignité.

La surveillance régulière comporte une surveillance infirmière au minimum une fois par heure. Les effets de la contention sur l'état psychique et physique du patient, ainsi que la nécessité de reconduire la prescription de la contention, sont évalués par le psychiatre au moins toutes les 24 heures. Ces données doivent être consignées dans le dossier du patient.

Le service sécurité doit être informé immédiatement de la localisation de la chambre du patient mis sous contention, afin de pouvoir l'évacuer prioritairement en cas d'incendie.

5.2.2 Matériel

Les unités d'hospitalisation disposent d'une valise contenant un système de contentions au lit (attache rapide des épaules, sangles de maintien des épaules, attache-taille avec maintien pelvien, attache-poignets ou chevilles et systèmes de fermeture de sécurité).

5.2.3 Au jour de la visite

Les contentions sont souvent utilisées aux urgences de l'hôpital Béclère qui ne dispose pas de lits d'isolement.

« Les patients arrivent contentonnés dans les unités d'hospitalisation du pôle. Souvent, ils sont sédatés et un peu confus (« je suis où ? ») et un entretien d'accueil n'est pas possible ».

« Certains médecins ne prennent pas le temps de discuter. Après un long entretien avec le personnel infirmier, un patient est vu rapidement par un médecin qui décide lui retirer son téléphone portable. Suite à la réaction du patient, la décision est prise de le mettre en chambre d'isolement, d'appeler les renforts et de le contentionner ».

« Les jeunes infirmiers ne prennent pas le temps de parler ». Un refus de traitement de la part d'un patient, même après s'en être ravisé, peut conduire « malgré tout à une injection ».

Pour certains soignants, apprendre à éviter le recours aux contentions serait préférable à apprendre à bien les poser. Le savoir-faire de l'équipe des renforts intervenant le jour est reconnu.

5.3 LE REGISTRE PREVU PAR L'ARTICLE L3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE S'ENTIENT FORMELLEMENT A LA LOI MAIS NE PERMET PAS L'ANALYSE DES PRATIQUES

Un volumineux registre papier mentionne pour chaque mesure le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée.

La saisie des certificats initiaux est inconstante, celle des renouvellements et des levées encore plus.

Le registre ne relève que les mises en isolement en chambre d'isolement et ne repère pas les mises en isolement en d'autres chambres (chambres sécurisées notamment).

Le registre s'en tient dans sa conception à la lettre de l'article de l'article L.3222-5-1 du code la santé publique. Il n'est pas pensé dans sa forme comme dans son contenu pour contribuer à l'analyse des pratiques professionnelles dans la perspective de limiter le recours à la mise en chambre d'isolement.

Recommandation

Chaque mesure d'isolement - en chambre d'isolement ou non - doit être portée dans le registre. Le registre, par son contenu et sa forme, doit contribuer à l'évaluation de la mise en œuvre des mesures d'isolement.

6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

6.1 EN L'ABSENCE DE PARC EXTERIEUR, LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SE REDUIT A L'ACCES A TROIS STRUCTURES INTERIEURES TRES LIMITEES.

La liberté d'aller et venir constitue l'un des droits fondamentaux auquel le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est particulièrement attentif lors de ses visites. La plupart des établissements spécialisés possèdent des emprises foncières importantes. L'accès au parc et aux structures transversales est essentiel pour les patients.

Le pôle psychiatrie de Clamart peut se résumer à un immeuble implanté en bord de voies rapides sans emprise extérieure. Dans ces conditions, la liberté d'aller et venir se réduit à la possibilité de sortir de l'unité pour se rendre dans les deux seuls lieux ouverts l'hiver, un patio au milieu des bâtiments et une cafétéria limitée à deux distributeurs de boissons dans un hall du rez-de-chaussée attenant au réfectoire. L'été, les patients ont également accès à la terrasse aménagée.

Le patio est une cour intérieure partiellement bétonnée, décorée d'une statue et équipée de bancs. On y accède par une porte vitrée.



Le patio

La « cafétéria » se compose d'une salle vitrée avec deux distributeurs de boissons et friandises et d'un salon aménagé.



Le salon



Les distributeurs

La terrasse a fait l'objet de mesures de protection pour éviter tout basculement volontaire ou non. Elle a été aménagée de tables de ping-pong.



Vue sur une partie de la terrasse

L'absence de terrain extérieur est régulièrement citée par l'ensemble des intervenants au sein de l'établissement comme le principal défaut de la structure.

Pour mémoire, sur les six unités que compte le pôle, trois sont fermées (Claudel, Béranger et Rodin), deux sont ouvertes (Fernand Léger et Anna Marly), et une (Dora Maar) ouvre l'après-midi. Ces notions d'ouverture et fermeture concernent l'accès à l'immeuble et non la sortie de l'établissement. Enfin, en raison de la présence d'un réfectoire unique au rez-de-chaussée, les patients des unités fermées, ne bénéficiant pas de permission de sortie dans l'immeuble, ont quand même l'occasion de sortir trois fois par jour de leur unité, et de rencontrer ainsi des personnes extérieures à leur unité.

Au total, selon les statistiques fournies, 33 patients (soit 27 %) sur un total de 122 présents la semaine précédant la visite, n'avaient pas le droit de sortir de leurs unités. Cette statistique ne prend pas en compte le caractère semi-ouvert récent de l'unité Dora Maar.

6.2 LA VIE COURANTE SE DERoule DANS DE BONNES CONDITIONS

6.2.1 La restauration

Le centre hospitalier de Clamart est équipé d'une salle à manger commune, située au rez-de-chaussée du bâtiment. Pour le déjeuner, elle est utilisée par les patients entre 11h30 et 13h30 et par les salariés à 13h.

Majoritairement, les patients s'y rendent pour le petit déjeuner (entre 8h30 et 9h30), le déjeuner (entre 11h30 et 13h30) et le dîner (entre 18h30 et 19h45) : leur arrivée s'effectue par unité, de façon échelonnée, chacune disposant de deux grandes tables où le placement est libre. Des soignants accompagnent les malades pour les guider si nécessaire et s'assurer qu'ils prennent le type de repas correspondant à leur éventuel régime. Les contrôleurs ont constaté que des personnes sortant librement de leur unité attendaient l'heure du repas dans la cafétéria proche. D'autres patients ont regretté ce cérémonial de descentes groupées, après un rassemblement préalable dans l'unité. Il est en effet apparu que cette

organisation était susceptible de générer des tensions, amenait une certaine lourdeur et était en contradiction avec la volonté d'autonomisation qui a présidé au choix d'un self commun à tous les patients comme mode de restauration. Des personnes se déplaçant en fauteuil roulant ou à l'aide d'un déambulateur arrivaient aussi plus tardivement en raison de leurs difficultés ; durant le repas, quelques patients criaient, troublant la quiétude des autres.

Les patients se présentent à la chaîne du self, prennent leur plateau, choisissent en fonction des plats proposés, se placent à table et, en fin de repas, vont déposer leur plateau à l'entrée de la zone de plonge. Cette modalité, qui constitue une bonne solution pour se réapproprier les gestes de la vie quotidienne, ne peut qu'être encouragée.



La salle à manger

Quelques patients prennent leur repas dans les unités : ceux qui sont revêtus d'un pyjama ou ceux qui ne peuvent pas côtoyer les autres durant le repas en raison de leur pathologie. Les contrôleurs ont observé que ce nombre était réduit ; ainsi, à l'unité Dora Maar, trois personnes ont pris leur repas sur place en début de semaine mais une seule personne était concernée en fin de semaine.

Un goûter est servi vers 16 h dans les unités.

Une bouteille d'eau de 1,5 l est remise gratuitement, chaque jour, à chaque patient.

Des repas tampons sont conservés sur plateau, dans un distributeur de la salle à manger, pour des arrivées tardives.

Les menus de la semaine sont affichés dans les unités et à l'entrée de la salle à manger.

Les repas sont fournis par la cuisine centrale située au centre hospitalier de Villejuif. Les menus sont fixés pour un cycle de huit semaines en hiver et de quatre semaines en été.

Les unités transmettent leur commande au site central de Villejuif. Les plats du menu ordinaire sont préparés trois jours avant leur livraison en bacs gastronomiques et ceux des régimes le sont au jour le jour, en barquettes individuelles et nominatives. Il a été indiqué que les repas n'étaient pas préparés avec des produits frais mais déjà conditionnés en sacs.

Les repas, livrés chaque matin, sont remis en température sur place dans les installations jouxtant la salle à manger. Quelques préparations (notamment la présentation des entrées et des desserts en barquettes individuelles) y sont également réalisées.

La qualité des repas n'est pas satisfaisante comme le montrent le retour des questionnaires de satisfaction (cf. *supra* § 2.8.4), les doléances recueillies par les contrôleurs et leur propre

expérience. Un nouveau responsable de la restauration et un nouveau chef de la cuisine centrale ont pris leurs fonctions peu avant la visite. Ils ont fait état de plusieurs projets pour faire évoluer la restauration, dont la volonté de travailler avec des produits frais, et de participer à des ateliers du goût, dans les unités.

6.2.2 L'hygiène

Toutes les chambres sont équipées d'une salle d'eau regroupant un WC, un lavabo et une douche. Les gants et les serviettes sont changés chaque jour. Des produits d'hygiène sont remis aux patients n'ayant pas les moyens d'en obtenir par ailleurs.

Les draps sont changés chaque semaine, voire plus en cas de nécessité.

L'entretien du linge personnel des patients est assuré par leurs proches. Ceux qui n'en ont pas la possibilité peuvent le faire nettoyer au sein de leur unité, chacune disposant d'une machine à laver ; cette prestation est alors gratuite et le patient, si son état le permet, peut y être associé. Cette solution locale évite le recours à la blanchisserie centrale, des délais de retour beaucoup plus longs et des pertes.

Bonne pratique

L'installation d'une machine à laver dans chaque unité permet l'entretien gratuit du linge des patients n'ayant pas les moyens de le faire nettoyer à l'extérieur. Ces personnes peuvent en outre y être associées, si leur état le permet.

Les locaux sont régulièrement entretenus par des agents des services hospitaliers. Lors de la visite des contrôleurs, les lieux étaient propres.

Lorsqu'un patient quitte l'établissement à la fin de son hospitalisation, la chambre est désinfectée comme les contrôleurs l'ont observé durant leur visite.

6.2.3 La sécurité

L'hôpital est entouré par une clôture constituée de panneaux en treillis soudés. L'entrée des piétons s'effectue par un portillon et celle des véhicules par des portails, fermés en permanence. Lors de la visite, le sas d'entrée dans le bâtiment ne fonctionnait pas.

Les professionnels bénéficient d'un accès réservé, plus proche de l'arrêt du tramway.

Une équipe d'accueil et de renfort composé de douze aides-soignants est constituée au sein du pôle. A la date de la visite, un poste était vacant et deux personnes étaient en congé de maladie ; sept hommes et deux femmes assuraient le service.

Trois d'entre eux sont présents le matin et trois autres, l'après-midi ; ce nombre peut parfois être abaissé à deux en raison de l'effectif disponible.

Ces agents ont reçu la formation Oméga¹³ et une formation complémentaire en sécurité incendie à laquelle il veille durant la journée.

Installés au bureau d'accueil, à l'entrée du bâtiment, ils contrôlent les entrées et les sorties et gèrent le standard téléphonique. Ils vérifient ainsi si les patients voulant sortir de

¹³ La formation Oméga a pour but de développer chez les intervenants des habiletés et des modes d'intervention pour assurer leur sécurité et celle des autres en situation d'agressivité.

l'établissement y sont bien autorisés. Ils veillent aussi sur le patio voisin et sur la cafétéria située à proximité. Ils reçoivent également et orientent les visiteurs ; il a été indiqué que leur qualité d'aide-soignant constituait un atout important dans ces relations.

En cas de besoin, deux des trois aides-soignants peuvent se rendre dans les unités pour renforcer ponctuellement leurs collègues, comme lors d'un placement en chambre d'isolement ou d'un déclenchement d'alarme.

Bonne pratique

La création d'une équipe d'aides-soignants intersectorielle chargée de l'accueil et du renfort facilite le contact avec les familles ; par ailleurs, elle est en capacité d'intervenir en tout temps en soutien du personnel soignant.

Un agent de sécurité incendie est présent chaque nuit ; il effectue des rondes et contrôle les accès. Il n'intervient normalement pas dans les unités mais, a-t-il été indiqué, il peut exceptionnellement être appelé pour assurer une présence supplémentaire, sans action directe, lors d'un incident. Trois personnes, relevant du service de sécurité du groupe hospitalier, assurent ce service.

Le dispositif de vidéosurveillance comporte quatorze caméras installées aux accès, dans le parking souterrain, à la pharmacie et dans le patio ; aucune n'est placée dans les unités. Les images sont reportées sur un écran du bureau d'accueil et dans le local de la sécurité incendie.

6.2.4 Les transports

Chaque jour, de 8h à 16h, un ambulancier du groupe de transport de Villejuif est détaché à Clamart. Il conduit tous les patients ayant des rendez-vous pour des consultations extérieures. Une équipe spécifique, composée de trois aides-soignants, assure les accompagnements.

En dehors de ce créneau, le service de garde assuré à Villejuif peut être sollicité.

6.2.5 L'accès au tabac

Les règles varient selon les unités. Dans quelques-unes, l'accès au tabac est libre en journée (sauf prescription médicale), comme à Fernand Léger ou à Rodin ; les patients disposent de leur paquet de cigarettes et de leur briquet et gèrent leur consommation. Dans d'autres unités, le nombre de cigarettes est limité et la distribution diffère ; ainsi, à Béranger, neuf cigarettes (remises au maximum par deux) sont autorisées alors qu'à Dora Maar, treize sont remises (quatre le matin, quatre après le déjeuner, quatre après le goûter et une avant le coucher). Ces règles particulières ne sont pas inscrites dans le règlement intérieur des unités mais simplement affichées.

Les paquets de cigarettes sont conservés dans le bureau des infirmiers. L'approvisionnement est assuré par les familles, lors de leur visite, mais les soignants vont en acheter dans un débit de tabac proche pour les patients isolés, après avoir prélevé l'agent nécessaire sur leur compte.

L'usage du tabac est interdit dans les locaux mais, faute de cour, chacune des unités installées dans les étages dispose d'un espace à l'air libre où les patients peuvent fumer.

Dans certaines unités, comme à Dora Maar, une petite salle aérée a été aménagée avec des sièges, un cendrier et quelques plantes vertes. Dans d'autres, comme à Fernand Léger, un balcon sert de fumeur ; un grillage, placé du côté extérieur pour assurer la sécurité, donne une impression carcérale.

L'unité installée au rez-de-chaussée (Rodin) bénéficie d'une véritable cour.

Dans les unités où les patients n'ont pas accès à leur briquet, ce sont les soignants qui allument les cigarettes ; ainsi, à Dora Maar, un briquet est-il posé à l'intérieur du bureau des infirmiers, sur le rebord de la fenêtre donnant sur la salle des fumeurs.



La salle des fumeurs à l'unité Dora Maar

Recommandation

Comme cela a été fait pour le téléphone mobile, les règles d'accès au tabac doivent être harmonisées.

Les soignants sont attentifs pour éviter l'introduction de produits stupéfiants, notamment au retour des patients susceptibles de s'y adonner. Les règlements intérieurs des unités évoquent « *un inventaire effectué à chaque retour* ». A l'unité Dora Maar, une affiche a attiré l'attention des contrôleurs car elle indiquait : « *vu le contexte de suspicion actuel de consommation de toxiques et de cannabis, les soignants sont autorisés à procéder à des fouilles sur les patients qui rentrent de permission* ». Selon les informations recueillies, aucune fouille corporelle n'est effectuée mais les bagages sont contrôlés et les patients invités à retourner les poches de leurs vêtements.

6.2.6 Les activités transversales

Le pôle a mis en place des activités sportives intersectorielles variées, ouvertes en principe à toutes les catégories de patients de l'ensemble des unités. Au deuxième étage du bâtiment des salles de sport, d'expression corporelle et d'ergothérapie ont été installées.

a) Le centre d'activités physiques et sportives (CAPS)

Le CAPS propose une offre sportive diversifiée. Il bénéficie d'une vaste salle éclairée pour toute une série d'activités.



La salle du CAPS

S'y pratiquent essentiellement l'éveil corporel, la zumba et le renforcement musculaire.

Une fois par semaine, une séance d'éveil musculaire est organisée dans les unités, à destination plus particulièrement des patients qui ne sont pas autorisés à quitter l'unité et ne peuvent se rendre au CAPS.

Mais le CAPS propose également, à l'extérieur de la structure, du badminton, du basket-ball, du tennis, du football et de la marche en forêt. Les activités à l'extérieur sont soumises à la production d'une permission de sortie.

Un calendrier hebdomadaire d'activités sportives est à disposition des patients qui peuvent se positionner auprès du CAPS. Certaines activités sont d'accès libre, d'autres sont prévues par unité. Chaque activité est soumise à l'autorisation préalable d'un psychiatre et d'un médecin généraliste.

Il a été indiqué que le CAPS avait reçu l'an passé environ 600 patients par an.

Les patients rencontrés ont indiqué apprécier l'offre sportive du CAPS qu'ils jugent très diversifiée et adaptée à tous les goûts. Certains patients ont ajouté que se rendre au CAPS leur permettait de sortir de l'unité et de s'aérer, cette activité étant considérée « *bien mieux que les salles TV* ».

b) Les médiations thérapeutiques et les activités artistiques

Dans le même couloir que celui du CAPS se trouvent les deux salles mutualisées pour l'ensemble du pôle, la « salle ergo » et la « salle expression corporelle ». Deux plannings d'activités hebdomadaires sont publiés pour la distribution des salles et des activités par unité ou par pôle : ergothérapie, danse-thérapie, musicothérapie, art-thérapie, psychomotricité.

Trois psychomotriciennes, un danse-thérapeute et un percussionniste interviennent. Certaines prises en charge individuelles s'effectuent également au sein même des unités.



La salle d'ergothérapie

6.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT LARGEMENT FAVORISEES

Les règles de vie sont affichées dans les chambres et dans les couloirs et, si elles peuvent varier selon les unités, une harmonisation est en cours. Ainsi l'usage du téléphone portable, l'envoi et la réception du courrier et le droit aux visites sont appliqués de manière identique.

6.3.1 Le téléphone

Comme indiqué dans le livret d'accueil, le téléphone portable est autorisé dans toutes les unités, dès l'arrivée, hormis restrictions exceptionnelles en raison de l'état clinique des patients. Il leur est demandé de cesser toute communication à partir de 23h de manière à respecter le repos de leurs voisins ; ils ont néanmoins le choix de garder leur téléphone ou de le remettre aux soignants afin qu'il soit conservé jusqu'au lendemain dans leur casier du bureau des infirmiers.

Par ailleurs, des *points-phone* gratuits sont mis à disposition des patients pour appeler tant en France que dans les DOM-TOM.

6.3.2 Le courrier

L'adresse officielle de l'établissement étant restée celle du site historique du groupe hospitalier, le vaguemestre de Villejuif assure le transport du courrier au départ et à l'arrivée tous les jours. Le principe à l'antenne de Clamart est celui de la liberté d'envoyer et de recevoir du courrier, le détail et les éventuelles restrictions étant réglés par le contrat de soins.

L'affranchissement est en général effectué par le patient par des timbres achetés lors de permissions ou fournis par les proches. Toutefois, l'affranchissement peut être pris en charge par l'établissement selon la situation personnelle du patient, en le mettant au courrier départ de la structure. L'association *Entraide et amitié* intervient également pour aider les patients sans ressources suffisantes, sous forme de prêt ou de don.

6.3.3 La télévision

Un poste de télévision est installé dans une salle prévue à cet effet au sein de chacune des unités. Les patients disposent de la télécommande. Un second écran est celui qui permet de jouer avec la console Wii¹⁴, mise à disposition.

6.3.4 L'informatique et l'accès à internet

L'accès à Internet est, de fait, possible grâce à l'autorisation d'utilisation des téléphones portables. Les patients qui disposent d'un ordinateur doivent, en raison du risque de vol, le confier aux soignants qui le leur remettront s'ils souhaitent faire des recherches. Les ordinateurs des postes de soins n'ont pas d'accès à Internet mais les médecins, les cadres, les assistantes sociales et les secrétaires en disposent et peuvent, après accord médical, autoriser les patients à y accéder.

6.3.5 Les visites

Les visites ont lieu le plus précocement possible en principe l'après-midi, mais en cas de nécessité les proches peuvent être autorisés à se présenter le matin. En effet, lors de leur visite, les contrôleurs ont constaté que des familles dont les proches avaient été hospitalisés dans la nuit étaient présentes afin de rencontrer le médecin et d'apporter des vêtements.

6.4 LA PRESENCE D'UN SOMATICIEN REFERENT DE CHAQUE UNITE FAVORISE L'ACCES AUX SOINS ET L'ORGANISATION DE LEUR CONTINUITE.

6.4.1 L'accès au médecin généraliste

Les effectifs médicaux consistent en un médecin généraliste senior exerçant à hauteur de 0,9 équivalent temps plein (ETP) et pour partie au centre hospitalier Paul Guiraud à Villejuif, en une assistante des hôpitaux et en un interne en médecine générale.

Chaque unité d'hospitalisation dispose d'un médecin généraliste référent. Tous les patients sont examinés à l'arrivée. Le plus souvent, les patients hospitalisés, notamment sans leur consentement, proviennent de la structure d'accueil des urgences de l'hôpital Antoine Béclère à Clamart. En règle générale, un bilan somatique est transmis.

S'ils proviennent du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du centre hospitalier Sainte-Anne (Paris 14^{ème}) ou de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), le bilan somatique est absent.

Dans ce cas, celui-ci est pratiqué systématiquement dans les délais les plus brefs (sauf les week-ends).

Les patients adressés par les centres médico-psychologiques (CMP) sont le plus souvent hospitalisés en soins libres et le bilan somatique est absent. Un bilan somatique est systématiquement fait à l'admission.

¹⁴ La Wii est une console de jeux vidéo de salon.

Les contre-indications médicales à la pratique du sport sont systématiquement recherchées, leur absence valant autorisation pour patients de participer aux activités sportives.

Les patients qui le demandent sont rencontrés et « savent où est le bureau ».

Les médecins s'orientent vers la prévention (vaccinations, contraception féminine). Des consultations ayant pour thèmes « sexologie/sexualité » sont effectuées.

Les médecins généralistes organisent pour les patients la continuité de leurs soins somatiques sur leur lieu de vie à l'issue de leur hospitalisation.

Les médecins généralistes sont plutôt bien accueillis par les psychiatres et participent aux réunions cliniques organisées le matin dans les quatre unités d'hospitalisation.

6.4.2 Les consultations spécialisées

a) Sur le site de Villejuif du groupe hospitalier Paul Guiraud

Les médecins spécialistes consultant au centre hospitalier exercent les spécialités de neurologie, ophtalmologie, gynécologie, dermatologie et endocrinologie et odontologie. Les patients doivent être hospitalisés depuis plus de trois mois pour pouvoir prétendre à la prise en charge financière par le centre hospitalier d'un traitement d'orthodontie.

b) Hors du site de Villejuif

Les médecins généralistes organisent tous les examens et consultations faits à l'extérieur du centre hospitalier, de préférence pour des raisons pratiques à la clinique de Meudon (constituant, avec la clinique du Plateau à Clamart, le « Pôle de Santé du Plateau »).

La clinique de Meudon reçoit volontiers les patients provenant des services de psychiatrie. Des conventions de coopération ont été signées entre le groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG) et la clinique de Meudon pour la prise en charge des urgences ainsi que celle des personnes âgées et soins de suite. Ces prises en charge peuvent ouvrir sur des dépassements d'honoraires requérant l'autorisation de la direction des finances du GHPG.

6.4.3 Les hospitalisations en établissements pratiquant des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO)

Les médecins généralistes ont une bonne relation avec le chef de service de la structure d'accueil des urgences de l'hôpital Antoine Bécclère. Il se déplace facilement. Des *staffs* conjoints sont mis en place. Les durées d'hospitalisation y sont plutôt courtes.

« On observe toutefois une réticence des médecins à gérer les patients, une réticence à prendre en charge les patients (peur de l'agitation et du refus de soins, non connaissance de la comorbidité psychiatrique) ». « Les patients ne se plaignent pas beaucoup de la douleur, ils n'appellent jamais ».

6.4.4 Démarches d'amélioration de la qualité des soins

Des revues de morbi-mortalité (RMM) sont organisées à raison de trois séances annuelles avec trois dossiers analysés par séance. Elles sont pilotées par les somaticiens et la voie d'entrée en est le plus souvent somatique.

Les comités de retour d'expérience (CREX) réunissent les soignants présents et des membres de la cellule qualité/ événement grave sur événement indésirable.

Une réunion clinique se tient chaque semaine à propos de patients complexes.

6.4.5 La pharmacie

L'antenne pharmaceutique de Clamart relève de la pharmacie à usage intérieur (PUI) du Groupe hospitalier Paul Guiraud.

Les effectifs en personnel consistent en un pharmacien assistant spécialiste, un interne et un externe en pharmacie ainsi que deux préparateurs en pharmacie.

Le pharmacien exerce à mi-temps dans les unités d'hospitalisation et à mi-temps dans la pharmacie.

L'antenne pharmaceutique analyse et valide les prescriptions médicamenteuses. « *Tous les patients relèvent de la liste des trente affections de longue durée (ALD 30)* » qui donnent lieu à exonération du ticket modérateur. Les posologies employées ne sont pas d'une manière générale « *très excessives* ».

Dans sa pratique, l'antenne pharmaceutique se réfère à la pharmacie clinique, « *discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins* » et participe aux « *staffs* » dans les unités d'hospitalisation.

Elle pratique, sous réserve du consentement du patient, la conciliation médicamenteuse à l'entrée avec un bilan de l'ordonnance d'entrée après contact avec les médecins généralistes et psychiatres ainsi qu'à la sortie d'hospitalisation. Cette démarche permet de prévenir et d'intercepter les erreurs médicamenteuses. Elle repose sur la transmission et le partage d'informations complètes et exactes entre les membres de l'équipe de soins et le patient tout au long de son parcours.

Elle propose des consultations pharmaceutiques avec conseil des patients dans le cadre de leur traitement.

Elle organise des ateliers du médicament à raison de huit patients par séance et par service une semaine sur deux.

6.4.6 Le laboratoire

En dehors des quelques examens de laboratoire pouvant être réalisés sur place, il est fait recours aux plateaux techniques du Groupe hospitalier Paul Guiraud sur le site de Villejuif et de l'Institut Gustave-Roussy.

6.5 UNE REFLEXION EST EN COURS AU SUJET DE LA SEXUALITE

Les règles de vie des unités ou le règlement intérieur n'abordent pas la question des relations sexuelles.

Comme dans tous les établissements psychiatriques, la sexualité est une question compliquée compte tenu de la grande vulnérabilité de certains patients. Une jeune femme de 19 ans a ainsi dû être placée en chambre sécurisée après avoir eu des relations sexuelles avec plusieurs hommes, situation qui l'a insécurisée.

Pour la plupart des soignants interrogés, les relations sexuelles doivent se passer lors des permissions et non au sein de l'hôpital. Les discussions ont néanmoins montré que tous ne sont pas du même avis, certains disant que si les deux personnes sont consentantes, il n'y a pas de raison de s'y opposer, mais qu'il y a un autre obstacle qui est la règle selon laquelle il n'est pas permis d'aller dans une chambre autre que la sienne.

Des préservatifs s'obtiennent à la demande dans les unités.

Une initiative dénote toutefois de la volonté du personnel médical et soignant d'investir cette problématique puisqu'un groupe d'information et de prévention en gynécologie destiné aux patientes en intra hospitalier va être mis en place afin d'aborder des sujets de gynécologie préventive avec des patientes défavorisées.

6.6 LES INCIDENTS FONT L'OBJET D'UNE PRISE EN COMPTE INSTITUTIONNELLE

6.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Le bureau des usagers du CH Paul Guiraud, composé de trois agents, est chargé du suivi des réclamations des patients ou des familles des hôpitaux Paul Guiraud Villejuif et Clamart. Ces réclamations peuvent être faites par téléphone, par courrier ou directement sur place ; le bureau des usagers en accuse toujours réception par écrit puis procède à une enquête par mail ou téléphone auprès du service objet de la réclamation ; le chef du pôle concerné peut répondre directement au patient ou à la famille, copie de sa réponse étant alors communiquée au bureau des usagers ; dans la majorité des cas, des éléments de réponse sont envoyés par le pôle au bureau des usagers qui formalise la réponse pour le patient. Les réclamations peuvent concerner la prise en charge (demande de changement de médecin, de levée de la mesure ou problème relationnel avec un ou plusieurs soignants), le traitement médicamenteux, des vols ou dégradations, des dysfonctionnements logistiques (repas, blanchisserie...).

Le bureau de la responsable, qui se trouvait initialement au rez-de-chaussée du bâtiment administratif se trouve actuellement au deuxième étage de ce bâtiment, dépourvu d'ascenseur, ce qui constitue un handicap et limite l'accès des familles et des patients à ce bureau.

6.6.2 Les événements indésirables

Chaque année, le bilan et l'analyse des signalements d'événements indésirables du **CH Paul Guiraud** sont présentés aux membres de la commission des usagers : 747, dont 115 correspondent à des situations de violences en 2015 (735 en 2014).

Les 747 signalements de 2015, rédigés essentiellement par des soignants, se répartissent ainsi :

- 16 % concernent la prise en charge du patient ;
- 30 % la sécurité, la santé et la qualité de vie au travail ;
- 31 % la logistique ;
- 23 % l'organisation et le management.

L'année 2015 a connu une augmentation des signalements concernant la logistique (repas et linge, 31 % au lieu de 17 % en 2014) et une baisse concernant la prise en charge du

patient (16 % au lieu de 21 % en 2014). 97 % des auteurs de signalement ont obtenu une réponse par l'intermédiaire du logiciel de saisie et plus de la moitié des signalements (432) ont donné lieu à des actions immédiates de correction.

Sept cellules de retour d'expérience ont été mises en place en 2015 et sept pour les six premiers mois de l'année 2016.

a) Les événements indésirables les plus graves concernant la prise en charge des patients sont :

- les décès au nombre de 3 ;
- les suicides ou les tentatives de suicides : 2 ;
- les défauts de surveillance et les défauts de soins : 7 ;
- les chutes ou les blessures : 7 ;
- l'isolement et la contention : 10.

b) Les événements les plus signalés concernent :

- la disponibilité en lit : 9 ;
- l'accueil, les délais d'attente et la prise de rendez-vous : 14 ;
- les médicaments (difficultés avec le logiciel Génois) : 16.

A la suite de ces signalements, des actions institutionnelles ont été conduites :

- mise en place d'une formation CREX (cellule de retour d'expérience) à destination des correspondants qualité médicaux et paramédicaux ;
- mise à jour de l'ensemble des procédures d'identito-vigilance par un groupe de travail ;
- mise en place d'une EPP (évaluation des pratiques professionnelles) au regard de la pertinence de la mise en chambre d'isolement.

c) Les événements indésirables les plus nombreux relatifs à la sécurité, santé et qualité de vie au travail sont :

- les dysfonctionnements des alarmes (PTI, protection du travailleur isolé) : 14 ;
- les odeurs et la dégradation des locaux : 15 ;
- la température des locaux : 16 ;
- les pertes, vols ou disparition de biens : 30 ;
- les comportements inadaptés (dont les agressions contre les soignants) : 48.

Ce dernier item concerne les comportements inadaptés entre agents et entre des agents et des tiers a connu une forte augmentation en 2015 (plus 27 points).

d) Les événements indésirables les plus fréquents concernant l'organisation et le management sont :

- la coordination entre les services et le déficit de communication : 31 (un groupe de travail interface Cimaise-Cpage a été mis en place afin de limiter les dysfonctionnements) ;
- les effectifs de personnel : 89 (en baisse de 16 points par rapport à 2014).

e) Les signalements classés par service

Le secteur 94G11 (46 signalements dont 13 pour actes de violences, le secteur 94G13 (39 signalements dont 11 pour violences) et le secteur 94G17 (34 signalements dont un seul pour violence) et les services techniques, administratifs et de logistiques (29) sont à l'origine des plus nombreux signalements.

Dans la dernière catégorie (les services), plusieurs événements indésirables concernent un trafic de produits stupéfiants au sein de la cafétéria (depuis un agent de sécurité y a été affecté) ainsi que le comportement inadapté d'un agent affecté en cours d'année à la cafétéria.

7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

7.1 LE SECTEUR 92G16 CORRESPOND A UNE SEULE UNITE : L'UNITE D'ACCUEIL RODIN

L'unité d'hospitalisation Rodin dessert la zone urbaine de Chaville et Meudon, soit 64 000 habitants, ce qui en fait le plus petit des secteurs du pôle.



L'unité Rodin

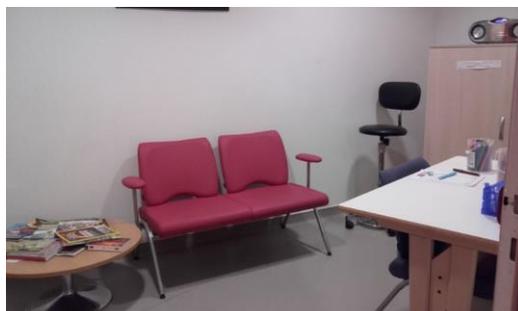
a) Les locaux

L'unité d'hospitalisation dispose de vingt chambres à un lit avec douche et WC dont une chambre médicalisée, ainsi qu'une salle de bains et trois WC ouvrant sur les circulations.

Elle ne dispose pas de chambre sécurisée mais de trois chambres d'isolement ou de sécurité. A l'origine, l'une des vingt chambres ordinaires était prévue pour fermer depuis l'extérieur, mais il a été décidé que cette fonction ne serait pas utilisée afin d'éviter d'inciter le personnel à recourir à une forme d'isolement déguisé.

L'unité a une salle de télévision et deux salles d'activités, dont une équipée d'un baby-foot et d'une console de jeux qui ne fonctionnait pas au moment de la visite. La télécommande de la télévision est en libre accès pour les patients qui doivent se mettre d'accord pour choisir le programme.

Elle a également été conçue avec deux salles de repos pour le personnel. L'une d'entre elles, stratégiquement placée au milieu du couloir entre des chambres, a utilement été réaménagée en salle de détente pour les patients. Quelques fauteuils, une table, un poste de radio, offrent un espace plus chaleureux que le reste de l'unité.



Salle de détente de l'unité Rodin

b) Le personnel

Le personnel médical du pôle comprend cinq médecins exerçant chacun six à sept demi-journées par semaine au sein de l'unité d'hospitalisation et un interne. L'assistant exerce deux demi-journées par semaine au service d'accueil et d'urgence de l'hôpital Béclière.

Un médecin somaticien consulte chaque jour ouvrable dans l'unité d'hospitalisation.

Le personnel infirmier est constitué d'une équipe de jour distincte de l'équipe de nuit.

L'équipe de jour se compose de dix infirmiers, six aides-soignants et quatre agents des services hospitaliers propres à l'unité Rodin, l'équipe de nuit d'un infirmier et de trois aides-soignants ou de deux infirmiers et de deux aides-soignants mutualisés avec l'unité d'hospitalisation Claudel.

Equipes de jour et de nuit se rencontrent aux transmissions du matin et du soir.

L'équipe de nuit effectue, à titre de sécurisation, une ronde toutes les deux heures, notamment pour vérifier les chambres d'isolement.

c) Les patients

Au jour de la visite, vingt et un patients sont hospitalisés, dix-neuf dans les chambres et deux en chambre d'isolement (un en SPPI, l'autre en SDT). Un patient hors secteur est placé en chambre de soins intensifs (chambre d'isolement). Treize patients sont admis en soins sans consentement dont six pour péril imminent, quatre à la demande d'un tiers et un sur décision du représentant de l'Etat tandis que huit personnes sont admises en soins libres.

Un patient est hospitalisé en soins libres depuis plus d'un an, un patient en ASPDRE depuis 20 jours et un patient en ASPDT depuis 118 jours.

Le patient le plus âgé en soins libres a 80 ans, en ASDT 49 ans, en ASDTU 40 ans et en ASPI 58 ans.

L'éventail des diagnostics des patients hospitalisés s'écarte entre états limites, schizophrénie, troubles bipolaires, paranoïa avec une comorbidité addictive importante. Au jour de la visite, quinze des vingt-trois patients hospitalisés souffraient de troubles psychotiques (première décompensation, rechutes). Les autres patients sont adressés par les CMP du lundi matin au vendredi après-midi.

Six patients sont considérés comme « hors secteur ». Certains d'entre eux ont indiqué préférer les conditions d'hospitalisation dans cette unité, les trouvant plus flexibles, notamment au regard du tabac. Les soignants ont également été estimés plus disponibles.

d) La liberté d'aller et venir

Les portes de l'unité d'hospitalisation sont fermées, afin de limiter les risques de fugues. Les patients doivent demander au personnel soignant que les portes leur soient ouvertes.

Un accès direct à l'extérieur est possible dans le jardin entouré de hauts murs en béton surmontés d'un grillage. L'espace extérieur est de taille beaucoup plus importante que ceux des autres unités. Malgré quelques fresques décoratives, il est peu accueillant.



L'espace extérieur

Recommandation :

L'espace extérieur doit être aménagé afin d'être plus accueillant.

Des patients peuvent bénéficier d'une « permission de patio » pour se rendre au patio ou à la cafétéria, entre 10h et 11h30 et entre 14h et 18h. Cette permission est accordée selon leur état clinique, qu'ils soient admis en soins sans consentement ou non.

Des patients peuvent se voir accorder une « permission à l'extérieur ». L'accord en est patient dépendant, sur indication médicale selon l'état clinique. Certains peuvent sortir tous les jours à l'extérieur.

Certains patients circulent revêtus non de leurs effets personnels mais du survêtement « Paul Guiraud », certains disant « *ne pas en connaître l'explication* »¹⁵.

e) La vie quotidienne

Hormis pendant le nettoyage des chambres, qui a lieu le matin, les patients y ont librement accès au cours de la journée.

Les patients interrogés ont dit s'ennuyer, mais reconnaissent la variété et la qualité des activités qui leur sont proposées chaque jour, au sein et en dehors de l'unité. Ils restent généralement assis sur des fauteuils disposés dans le couloir, lieu de passage à proximité du bureau infirmier.

Au moment de la visite, quatre patients prenaient leurs repas dans le service. Les autres patients se rendaient tous ensemble au self à des horaires définis pour l'unité. La qualité de la nourriture a été critiquée par les patients.

Sur la vitre du bureau infirmier, une liste des jeux de société de l'unité est affichée, expliquant qu'il est possible de les emprunter à tout moment de la journée.

Les patients ont la possibilité de conserver leur ordinateur portable sur indication médicale et sous leur responsabilité. Les effets personnels estimés dangereux tels que les sprays, les rasoirs ainsi que certains documents personnels sont conservés dans des casiers nominatifs situés dans le bureau infirmier.

Les patients gèrent librement leur tabac, et accèdent à l'espace extérieur lorsqu'ils souhaitent fumer.

¹⁵ Le directeur dans ses observations indique que certains patients n'ont pas de vêtements ou qu'un lavage est en cours.

f) La sexualité

L'hospitalisation est considérée comme n'étant ni le lieu ni le moment pour les patients d'exprimer leur sexualité. La sexualité fait l'objet d'un groupe de parole, notamment sur les infections sexuellement transmissibles et l'usage des préservatifs.

g) Les objets interdits ou produits toxiques

Un document à destination des visiteurs affiché sur le poste infirmier liste les objets et produits interdits (objets tranchants ou coupants, contenants en verre, alcool, produits médicamenteux (dont homéopathie et compléments alimentaires), « *denrées périssables et/ou sans date de péremption* » dont fruits frais, faits maison, gâteaux ou plats faits maisons, *fast food*).

La vérification de leur détention est faite en présence du patient.

h) Le maintien des liens familiaux

Certains patients indiquent ne pas avoir le « *droit au téléphone* ».

Un document à destination des visiteurs affiché sur le poste infirmier indique que l'utilisation d'appareils multimédias et de téléphones portables est soumise à une autorisation médicale après signature d'une décharge de responsabilité, et dans le cadre de la chambre du patient.

A l'arrivée d'un nouveau patient, son téléphone lui est retiré en attendant l'entretien avec le psychiatre. Selon l'équipe de soins, les patients peuvent garder leur téléphone portable, sauf par exemple s'ils présentent un état par trop délirant conduisant la famille à se plaindre de messages délirants. La règle posée est de ne pas utiliser le téléphone dans les espaces de circulation, mais dans leur chambre. Il est arrivé que des patients aient pris des photos ou des films touchant à la confidentialité. Ces situations sont abordées dans le cadre des réunions soignants-soignés qui se tiennent une fois par mois.

L'unité d'hospitalisation est dotée d'un *point-phone* fixe, où les patients peuvent s'isoler pour téléphoner. Au moment de la visite, treize patients avaient le droit de recevoir ou de transmettre des appels téléphoniques.



Le point-phone

L'unité n'a pas d'espace séparé pour recevoir les visiteurs, qui généralement voient leurs proches devant l'entrée de l'unité, où se trouvent une table basse et des chaises, à

proximité du distributeur de boissons. Le jour du contrôle douze patients étaient autorisés à recevoir des visites, mais ces dernières étaient peu nombreuses, comme souvent en semaine.

i) Les activités

Les activités se déroulent aux différents jours ouvrés de la semaine.

Les plannings prévisionnels des activités sont affichés : atelier de percussions, atelier de relaxation, atelier de danse-thérapie, ergothérapie (dessin, sport, Groupe de parole/Actualités, peinture en musique, « Créalib/Créaction », mosaïque, modelage, relaxation). Il en est de même du planning des activités sportives du centre d'activités physiques et sportives du pôle (CAPS). Les activités programmées ou prévues de l'unité et du pôle sont affichées.

Les intervenants des activités ne sont pas tenus à aller chercher les patients en soins libres. Le jour de la visite, douze patients étaient inscrits à des activités, dont sept en soins libres.

j) Les soins

L'ambiance du service est perçue par les patients comme plutôt favorable, sous réserve de ne pas s'écarter du règlement intérieur de l'unité.

Des *staffs* cliniques ont lieu régulièrement et permettent d'aborder des questions comme la dispensation des traitements, l'ouverture et la fermeture des portes de l'unité, la sexualité.

Le jour de la visite, le relevé de conclusions de l'une des réunions régulières entre soignants et soignés restait affiché sur le poste infirmier. Cette réunion, où avaient participé dix patients, quatre soignants, le cadre de santé et un médecin, avait notamment abordé la question du tabac avec ouverture sur d'autres addictions. Elle avait aussi permis de soulever des points concrets de la vie quotidienne de l'unité (maintenance de volets roulants et de réparation d'un poste de télévision en panne).

Bonne pratique

Dans l'unité Rodin, lorsqu'une réunion soignants-soignés est organisée, son compte-rendu est ensuite affiché dans l'unité.

k) Chambres d'isolement

Les trois chambres d'isolement sont situées dans l'espace « isolement » à toute proximité du poste infirmier (cf. *supra* § 5.1).

Elles étaient fonctionnelles le premier jour du contrôle, puis une des chambres d'isolement a été déclarée inutilisable parce qu'il y faisait trop froid, ce qui avait été constaté par les contrôleurs. Le patient qui y était placé en a été sorti.

l) Autres informations

La liste des représentants des cultes « Islam, judaïsme et catholicisme » avec leur numéro de téléphone est affichée sur le poste infirmier.

Les jours et heures d'ouverture de la régie du pôle Clamart pour les retraits de valeurs et numéraires par les patients sont affichés.

7.2 LE SECTEUR 92 G 17 EST COMPOSE D'UNE UNITE D'ENTRANTS ET D'UNE UNITE DESTINEE AUX PATIENTS STABILISES

Les deux unités du secteur G17, dénommées Dora Maar et Fernand Léger, sont placées sous la responsabilité d'un même psychiatre, chef de secteur. Elles accueillent les patients des villes de Clamart et du Plessis-Robinson. La file active de ce secteur (intra et extrahospitalier) s'élevait à 1 800 suivis en 2016.

L'unité Dora Maar est l'unité d'entrants du secteur tandis que l'unité Fernand Léger est une unité de suite, prenant en charge les patients stabilisés.

7.2.1 L'unité d'accueil Dora Maar¹⁶

A la date de la visite, l'unité était fermée. Elle devait être ouverte durant l'après-midi à partir du lundi 16 janvier 2017.

a) Les locaux

Cette unité, installée au 3^{ème} étage, est composée, dans une première partie, de plusieurs salles d'activités et de bureaux médicaux (dont un pour le médecin généraliste) et, dans une deuxième partie, de seize chambres individuelles, d'une à deux lits et d'une salle de bains, regroupées de part et d'autre de deux couloirs. Le bureau des infirmiers, situé entre les deux parties, offre de bonnes vues sur les couloirs et sur la salle des fumeurs, attenante ; le bureau du cadre de santé en est proche.



Les couloirs menant aux chambres

L'unité dispose de deux chambres d'isolement qui, à la date de la visite, étaient en cours de réfection. Une salle d'eau, commune, est directement accessible par une porte de chacune des chambres.

Un espace, séparé de l'unité par une porte fermée, est réservé aux visites des proches. Des sièges y sont installés et une salle aérée permet à ceux qui le souhaitent de pouvoir fumer. Les murs des couloirs sont peints de couleurs différentes. L'ensemble est propre.

¹⁶ Dora Maar, photographe et peintre française 1907-1997

Les chambres, d'une superficie totale de 15 m² (salle d'eau comprise), sont équipées d'un lit avec une table de chevet, d'une petite table et d'une chaise. La fenêtre principale ne peut pas être ouverte par le patient mais un fenestron, de faible largeur, autorise l'aération. Des volets roulants permettent d'occulter la pièce.

Le placard avec quelques étagères et une penderie, ne permet pas de ranger correctement les effets tant sa profondeur est faible (20 cm) ; il a été indiqué que ce choix avait été fait, à la construction, car les séjours des patients devaient y être de très courte durée. Les patients y gardent leurs vêtements, leur téléphone et le chargeur ainsi que les petites sommes d'argent dont ils disposent pour les achats aux distributeurs du rez-de-chaussée.

Recommandation

Dans l'ensemble des chambres des unités, si les placards peuvent être fermés à clé par les patients, ils ne peuvent y conserver leurs effets dans de bonnes conditions tant ils sont exigus. Les placards doivent être agrandis.

Dans la salle d'eau, de 2,8 m², sont installés un WC à l'anglaise, un lavabo et une douche (avec un pommeau fixe).

Les patients disposent de leur clé de placard mais pas de celle de leur chambre, qu'ils peuvent toutefois fermer de l'intérieur.

Le règlement intérieur de l'unité est affiché à l'intérieur de la chambre sur la porte.



Une chambre et sa salle d'eau

Deux salles communes sont à la disposition des patients :

- une salle de télévision avec un poste placé sous la protection d'un coffre vitré, quatre fauteuils et une banquette mais aussi, pour les patients ne pouvant pas prendre leur repas dans la salle à manger du rez-de-chaussée, deux tables et huit chaises ; la télécommande est en libre accès ;
- une salle d'activités avec un écran de télévision (également sous protection) mais aussi un baby-foot, une table de ping-pong et un banc de musculation ; des jeux de société sont rangés sur un meuble ; les murs sont décorés avec des dessins et des peintures, réalisés par des patients.



La salle d'activités

Une horloge numérique est fixée au mur, dans le couloir.

Un téléphone, rangé dans une armoire murale, est à la disposition des patients. Les communications sont gratuites.

b) Le personnel

Quatre praticiens hospitaliers et un assistant ainsi que deux internes travaillent au sein de cette unité. Tous interviennent également en extrahospitalier (centres médico-psychologiques, CATTP) ou aux urgences de l'hôpital Bécclère voisin. Cependant trois médecins sont présents par jour dans l'unité, assistés de deux internes.

Autour de la cadre de santé, l'équipe de jour est composée de huit infirmiers et de huit aides-soignants. L'effectif de sécurité est de quatre soignants (deux infirmiers et deux aides-soignants). La possibilité de détacher l'un d'eux pour accompagner un patient dans le patio du rez-de-chaussée existe. Il a été indiqué qu'aucun infirmier référent n'était désigné.

Un psychologue, deux psychomotriciens et deux assistantes sociales interviennent également dans l'unité.

L'équipe est stable et l'absentéisme peu important.

Outre les transmissions effectuées à chaque changement d'équipe, une réunion (le *staff*) est organisée chaque matin au sein du service et réunit les psychiatres, le médecin généraliste, les cadres de santé des deux unités, un ou deux soignants par unité, une secrétaire, le pharmacien et les assistantes sociales. Les événements de la journée précédente et de la nuit (urgences, entrées, problèmes divers) y sont abordés. Une infirmière anime la réunion présentant les situations des patients ; ceux nouvellement entrés sont répartis entre les médecins qui travaillent en binôme (un médecin et un interne afin de pouvoir se remplacer). Le lundi après-midi de 13h30 à 15h (une fois dans l'unité Dora Maar et une fois au sein de l'unité Fernand Léger) une réunion clinique est ouverte à tout le personnel, y compris ceux des structures extrahospitalières, durant laquelle les dossiers des dix-huit patients de l'unité sont examinés. Il a été indiqué que la discussion était très ouverte et que chacun pouvait y faire valoir son avis.

Au sein de cette unité d'accueil, les patients sont vus tous les jours par les médecins.

c) Les patients

A la date de la visite, dix-huit personnes étaient hospitalisées : neuf hommes et neuf femmes ; deux étaient en SPDRE, six en SPDT, deux en SPPI et huit en soins libres. Aucune n'était en hospitalisation partielle avec un programme de soins.

Le plus âgé avait 83 ans. Aucun n'était mineur.

La personne admise dans cette unité depuis le plus longtemps l'était en SPDRE depuis 1995.

Lors de la visite, deux patients bénéficiaient de sorties non accompagnées de moins de 48 heures.

d) Le projet thérapeutique

i) La vie quotidienne

A l'arrivée, les valeurs sont retirées et conservées à la régie. Une petite somme d'argent (de 10 à 20 euros) est conservée pour faire face aux menues dépenses courantes (café, boissons...). Certains objets (carte vitale, passeport, stylo, parfum...) sont placés dans une boîte nominative, rangée dans le bureau des infirmiers.

L'accès aux chambres est fermé après le petit déjeuner et la toilette, entre 10h et 13h pour permettre aux ASH de faire ménage et l'est de nouveau entre 16h et 19h pour éviter le repli sur soi. Le week-end et les jours fériés, les chambres restent ouvertes.

Le port du pyjama est très rarement prescrit par les médecins. Le lundi 9 janvier, lors de la première visite des contrôleurs, deux personnes étaient en pyjama :

- l'une avait été admise en SPDT la veille et, faute de place à l'unité Dora Maar, avait été affectée dans une unité à Villejuif ; elle y avait été placée dans une chambre d'isolement, en pyjama, et venait de rejoindre le site de Clamart ;
- l'autre, arrivée la veille en SPDT après un passage par le service des urgences de l'hôpital Béclière, n'avait pas encore récupéré ses affaires.

Ces deux personnes ont rapidement revêtu leurs habits de ville.

Les patients descendent dans la salle à manger du rez-de-chaussée pour le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner. Seuls quelques-uns prennent ces repas dans l'unité : ceux qui sont en pyjama, ceux qui n'ont pas encore été reçus par le psychiatre au moment de leur arrivée ou ceux dont la pathologie ne le permet pas. Le 9 janvier, trois personnes étaient dans ce cas, l'une en raison de sa pathologie et deux en pyjama ; ces deux derniers évoqués *supra* ont ensuite pris leur repas dans la salle à manger dès le lendemain, après avoir changé de tenue.

Chaque jour, vers 16h, un goûter est servi dans l'unité avec une boisson chaude (café, thé ou chocolat) et un gâteau.

L'accès au téléphone et aux visites est accordé dès l'arrivée, sauf cas particulier. A la date de la visite, dix-sept patients en bénéficiaient.

ii) Les activités

Comme dans les autres unités implantées en étage, aucune cour n'existe. Les seules sorties à l'air libre ont lieu dans la salle des fumeurs. Ponctuellement, un patient peut descendre dans le patio du rez-de-chaussée en étant accompagné d'un soignant.

Quelques activités peuvent se tenir au sein de l'unité dans la salle décrite *supra*. Il s'agit d'activités manuelles, de dessin, mais également de sorties au cinéma ou de visites, si l'effectif le permet. Les patients en soins sans consentement peuvent en bénéficier ; il a été rapporté aux contrôleurs que le représentant de l'Etat n'émet jamais d'opposition.

Le week-end, de la pâtisserie et des soins esthétiques y sont organisés par les soignants.

Lors de la visite, dix patients étaient inscrits aux activités organisées dans le bâtiment, hors de l'unité. Le planning était affiché dans le couloir.

La télévision reste néanmoins une occupation importante ; les contrôleurs ont observé que de nombreuses personnes se trouvaient dans la salle équipée d'un poste. Un second écran est celui qui permet de jouer avec la console Wii, mise à disposition dans la salle d'activités.

iii) Les soins

L'accès au psychiatre est facile et les entretiens fréquents. Lors de leurs différents passages dans l'unité, les contrôleurs ont toujours croisé l'un d'eux.

Les patients peuvent demander à changer de médecin mais les décisions favorables sont rares pour éviter la multiplication de ces rotations.

La dispensation des médicaments a lieu dans la salle de soins, les patients entrant l'un après l'autre pour préserver la confidentialité.

Les contrôleurs ont effectué une visite de nuit à l'unité Dora Maar. A leur arrivée, les deux infirmières en poste servaient une tisane aux patients. La distribution des traitements médicamenteux varie selon les équipes de nuit. Elles ont lieu à heure fixe ou en tenant compte des préférences des patients. En cas d'urgence, le médecin est appelé.

7.2.2 L'unité Fernand Léger¹⁷

L'unité Fernand Léger, qui reçoit des patients stabilisés après une admission à Dora Maar, est ouverte chaque jour de 10h à 18h.

a) Les locaux

Installée au 1^{er} étage, elle dispose de locaux comparables à ceux de l'unité Dora Maar, avec une partie regroupant les salles communes, une autre avec les dix-huit chambres individuelles et le bureau des infirmiers placé à la jonction des deux. Aucune chambre d'isolement n'existe.

Les dimensions de quelques pièces varient : une salle d'activité et le bureau des infirmiers sont plus grands. Il a été indiqué aux contrôleurs que cela résulte de l'avis demandé, par les architectes, aux futurs occupants, avant la construction.

La salle de télévision dispose d'un nombre plus important de fauteuils car aucune table n'y est placée. La salle d'activités, plus grande, joliment décorée, agrémentée de plantes vertes, est équipée d'une grande table centrale sur laquelle sont posés des jeux de société ; des aquariums sont placés sur des meubles, dont l'un accueille deux tortues.

Cette unité ne bénéficie pas d'une salle aérée pour les fumeurs mais d'un balcon.

L'espace réservé aux visites des familles est plus restreint qu'à Dora Maar.

¹⁷ Fernand Léger peintre français, décorateur, céramiste, sculpteur, dessinateur, 1881-1955

Les locaux sont propres.



La salle de télévision



La salle d'activité

b) Le personnel

Quatre praticiens hospitaliers, dont un à mi-temps, et un assistant ainsi qu'un interne travaillent au sein de cette unité. A l'instar de la situation à l'unité Dora Maar, tous interviennent également en extrahospitalier (centres médico-psychologiques, CATTP) ou aux urgences de l'hôpital Bécclère voisin.

Autour de la cadre de santé, l'équipe est composée de huit infirmiers (dont deux hommes) et de huit aides-soignants (dont un homme). L'effectif de sécurité est de quatre soignants (éventuellement trois au cours de l'après-midi). Il a été indiqué qu'aucun infirmier référent n'était désigné.

Un psychologue, deux psychomotriciens et deux assistantes sociales interviennent également dans l'unité.

L'équipe est stable et l'absentéisme peu important.

Les réunions sont celles déjà citées pour l'unité Dora Maar (cf. *supra* § 7.2.1.b).

c) Les patients

A la date de la visite, dix-huit personnes étaient hospitalisées : quatorze hommes et quatre femmes ; une personne était en SPDRE, quatre en SPDT et treize en SL. Aucune n'était en hospitalisation partielle avec un programme de soins.

Le plus âgé avait 74 ans. Aucun n'était mineur.

La personne admise dans cette unité depuis le plus longtemps l'était en SPDT depuis deux ans et demi.

d) Le projet thérapeutique

i) La vie quotidienne

L'accès aux chambres est identique à celui décrit pour Dora Maar.

Tous les patients se rendent dans la salle à manger pour y prendre leur repas. Lors de la visite, tous les patients pouvaient recevoir des visites et téléphoner.

ii) Les activités

S'agissant de patients stabilisés, les activités sont plus nombreuses qu'au sein de l'unité Dora Maar.

Des activités manuelles, de la cuisine et des soins esthétiques sont effectuées avec les soignants. Les psychomotriciens reçoivent les patients en individuel ou en groupe selon la prescription rédigée par le médecin dès l'arrivée. Au jour de la visite des contrôleurs, un projet de médiation animale était en cours avec un refuge de la SPA, où les patients pourront participer à l'entretien des animaux et à leur promenade. Un journal a aussi été préparé par des patients pendant un temps ; ce travail a cessé mais devrait être relancé.

A la date de la visite, tous les patients étaient inscrits à des activités hors de l'unité.

Des sorties extérieures ont également lieu pour aller au cinéma ou au bowling mais aussi, lorsqu'il fait beau temps, pour pique-niquer dans un parc, de manière à compenser le défaut d'espaces verts au sein de l'établissement.

La sortie bénéficie alors à cinq ou six patients avec deux ou trois soignants. Il a été indiqué, comme à l'unité Dora Maar, que le représentant de l'Etat ne s'y oppose jamais.

Une sortie thérapeutique, associant des patients des deux unités (Dora Maar et Fernand Léger) est prévue chaque année ; la dernière a réuni six patients et trois accompagnateurs durant plusieurs jours dans un gîte en Normandie.

iii) Les soins

L'accès au psychiatre est aussi facile qu'à Dora Maar et la dispensation des médicaments y est identique.

Comme à Dora Maar, le changement de médecin est rare.

7.3 L'UNITE D'HOSPITALISATION CAMILLE CLAUDEL (SECTEUR 92G18)

L'unité d'hospitalisation Camille Claudel est une unité d'entrants de vingt et un lits correspondant aux secteurs de Malakoff et de Montrouge. « *Pour les hospitalisations au long cours, on passe la main* ».

a) Les locaux

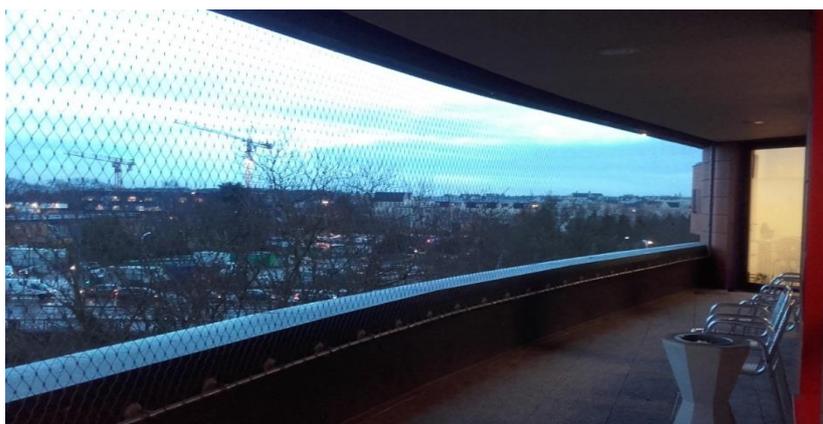
L'unité Claudel a vingt chambres dont une chambre double et deux chambres d'isolement, lesquelles n'étaient pas en état de fonctionner lors de la visite du CGLPL, et ce depuis plusieurs semaines. L'une des chambres, qui ferme de l'extérieur, est appelée « chambre sécurisée ».



L'unité Claudel

Elle comporte plusieurs salles d'activités, ainsi qu'une salle équipée d'une petite bibliothèque réservée à l'unité.

Une salle de télévision est attenante à l'espace extérieur qui consiste en une terrasse étroite épousant la courbe du bâtiment, équipée d'un grillage de protection, qui donne un aspect de « poulailler » au lieu. L'accès à la terrasse est fermé le soir à 23h.



L'espace extérieur

Les contrôleurs ont constaté que la lumière du couloir de l'unité s'éteignait de manière automatique au bout d'une dizaine de minutes et qu'elle n'était souvent pas rallumée, conférant un caractère triste à l'unité.

b) Le personnel

L'équipe médicale est composée de quatre médecins (dont le chef de secteur et un exerçant à mi-temps au CMP de Malakoff) ainsi que d'un interne.

c) Les patients

Au jour de la visite, vingt et un patients étaient hospitalisés dans l'unité, douze en soins libres, quatre à la demande d'un tiers, deux en péril imminent et un sur décision du représentant de l'Etat.

d) La liberté d'aller et venir

Les portes de l'unité sont fermées. Les patients peuvent bénéficier d'une « *permission de patio* » de 10h à 11h et de 14h30 à 18h.

Les contrôleurs ont pu suivre la descente des patients au self. Certains patients anticipaient l'horaire de repas, se tenant prêts à partir. D'autres, notamment les moins autonomes, devaient être cherchés par les soignants (cf. *supra* § 6.2.1).

e) Le port du pyjama

La décision de la mise en pyjama est prise au cas par cas mais plutôt de règle pour les patients hospitalisés sans leur consentement. Elle vise à prévenir les fugues et est considérée comme utile en cas de déni des troubles mentaux, voire nécessaire dans des situations aiguës associées à une opposition à l'hospitalisation.

f) La vie quotidienne

Comme dans les autres unités, la vie quotidienne est rythmée par le lever, les repas, les activités, la distribution des médicaments, mais aussi des cigarettes. Le règlement de l'unité interdit de fumer dans les chambres, les patients peuvent fumer sur la terrasse. Le nombre de cigarettes est limité à quatorze par jour, deux à 8h, à 10h30, 13h, 15h, au goûter, au moment du repas du soir et à 22h30 afin de respecter les non-fumeurs. Des substituts nicotiques sont dispensés en tant que de besoin à la demande des patients. Les contrôleurs ont ainsi constaté que les patients venaient « *faire la queue* » à ces horaires, afin de recevoir leurs cigarettes, quel que soit leur état clinique.

L'administration des médicaments a lieu depuis le bureau de soins, où les patients se mettent en file indienne à l'appel du soignant. Il est apparu que cette modalité ne permettait pas de distribuer les traitements en toute confidentialité et que ce procédé avait un caractère infantilisant.

Recommandation

Dans l'unité Camille Claudel, tout comme au sein de l'unité Pierre-Jean Béranger, la distribution des médicaments doit être organisée de manière à garantir l'intimité des patients et le respect du secret médical.

« *On fait la queue pour tout !* » s'est exclamé un patient, « *pour les médicaments, pour les cigarettes, pour descendre au self...* »

Un groupe de parole est organisé le mardi tous les quinze jours, durant lequel la question du tabac, sujet sensible, est régulièrement abordée.

« *Vous avez l'impression d'être à la maternelle avec certains soignants* », a regretté une patiente. Toutefois, bien que le règlement soit perçu comme étant strict, l'unité Claudel a été décrite comme « *un service qui fonctionne avec le côté humain* ».

g) Les objets interdits ou produits toxiques

Les effets personnels estimés dangereux tels que les sprays, les rasoirs ainsi que certains documents personnels sont conservés dans des casiers nominatifs situés dans le bureau infirmier.

h) Le maintien des liens familiaux

Le *point-phone* est situé à l'entrée de l'unité, en face du bureau infirmier, lieu de passage important. La confidentialité des conversations y est moindre que dans d'autres unités.

Au jour du contrôle, tous les patients de l'unité étaient autorisés à recevoir des visites. Les contrôleurs ont pu constater que les familles pouvaient pénétrer dans l'unité. Les visites peuvent également avoir lieu dans une salle située à l'extérieur de l'unité, également utilisée pour certaines activités.

i) Les activités

Six patients sur les vingt et un étaient inscrits à des activités, malgré le passage régulier des intervenants. Des patients ont dit trouver le temps long, malgré les activités proposées. La salle de télévision ainsi que la terrasse sont apparues être les espaces les plus occupés.

j) Les soins

Les admissions proviennent de l'hôpital Béclère dans la grande majorité des cas ou de l'hôpital Saint-Joseph (Paris 14^{ème}) qui appartient au Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (GHPSJ). Elles sont possibles depuis les CMP « *si un lit est vacant et un médecin généraliste disponible* ».

Le groupe de parole au cours de la réunion soignants-soignés qui se tient les mardis une semaine sur deux, matin ou après-midi permet d'aborder différents thèmes dont celui de la consommation de tabac.

Une réunion clinique se tient les lundis entre 14h et 15h30, une réunion institutionnelle et une réunion paramédicale une fois par mois. Le personnel de l'extrahospitalier participe aux réunions cliniques et institutionnelles.

k) Les chambres d'isolement

Les deux chambres d'isolement se sont progressivement dégradées, elles sont défectueuses depuis le 14 décembre 2016 et non utilisées.

Une certaine adaptation des pratiques est possible. « *Chambre d'isolement ouverte ou fermée, les soignants font la part des choses. Dans tous les cas, le patient est revu régulièrement* ».

l) .La chambre « médicalisée »

Cette chambre était destinée au jour de la visite à un patient confus. Elle est située près du poste de soins.

m) Addictions

L'unité d'hospitalisation a, en tant que de besoin, recours à l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) pour des sevrages à l'héroïne ou au tabac (substituts nicotiniques).

7.4 L'UNITE DU SECTEUR 92G19 OU PIERRE JEAN BERANGER : UNE UNITE SECTORIELLE FERMEE SOUS-DIMENSIONNEE POUR LES BESOINS D'UN SECTEUR DISPOSANT DE PEU DE STRUCTURES EXTRAHOSPITALIERES

L'unité Pierre-Jean Béranger¹⁸ reçoit les patients du secteur 92G19 qui recouvre les communes de Châtillon (37 089 habitants) et Bagneux (38 817 habitants) soit une population totale de 75 906 habitants.

7.4.1 Les locaux

L'unité est située au deuxième étage du bâtiment d'hospitalisation.

Elle est aménagée le long d'un grand couloir en arc de cercle au centre duquel se trouvent le bureau des soignants et l'accès aux bureaux des médecins. Les locaux sont propres et en bon état.

La lumière du jour ne pénètre presque pas dans le couloir qui n'est éclairé que par la lumière électrique. Celle-ci, reliée à une minuterie, s'éteint toutes les dix minutes environ, plongeant l'unité dans une pénombre pouvant être ressentie comme oppressante. Le personnel allume de temps en temps la lumière mais se lasse de la rallumer toutes les dix minutes. Aussi, les contrôleurs ont pu constater à chacune de leur venue dans l'unité que des patients se trouvaient assis ou déambulaient dans le noir à toute heure de la journée, sans que la lumière ne soit actionnée.

Recommandation

Dans l'unité Pierre-Jean Béranger, une formule doit être trouvée afin que les patients puissent bénéficier d'un éclairage dans le couloir de l'unité tout au long de la journée.



Salle d'attente et couloir de l'unité

Initialement conçue pour bénéficier d'une partie ouverte et d'une partie fermée, quelques chambres, dont les chambres d'isolement, se trouvent à l'une des extrémités du couloir avec possibilité de se voir dédier un balcon, une salle à manger et une salle d'activité.

Il n'a pas été procédé à la séparation des espaces lors de l'ouverture du site, de ce fait, les salles ont été redistribuées, la salle d'activité initialement dédiée à la partie fermée étant

¹⁸ Pierre-Jean de Béranger (1780-1857), poète, chansonnier.

devenue la salle de repos du personnel et la salle de repos initiale, une salle pour les visites des familles et les entretiens avec l'avocat.

L'unité dispose de vingt et une chambres individuelles et de deux chambres doubles, soit un nombre total de vingt-cinq lits. Parmi les chambres individuelles, trois sont médicalisées.

Les chambres sont toutes dotées d'un lit, d'une table de nuit, d'une table, d'une chaise, d'un petit placard ainsi que d'un espace sanitaire comprenant des toilettes à l'anglaise, un lavabo surmonté d'un miroir et une douche à l'italienne.

Les chambres doubles sont aménagées de la même manière, avec un mobilier doublé, mais les toilettes sont séparées de la salle de douche.



Chambre double

Une grande fenêtre permet de laisser largement passer la lumière naturelle. Celle-ci peut être occultée au moyen d'un volet électrique actionnable depuis l'intérieur de la chambre par le patient.

Les chambres sont toutes dotées d'un bouton d'appel ainsi que d'un verrou intérieur qui permet au patient de s'enfermer dans sa chambre. En revanche, seul le personnel soignant peut verrouiller la porte de la chambre depuis l'extérieur, le patient ne pouvant fermer sa chambre à clef lorsqu'il la quitte.

Les patients disposent de la clef de leur placard, ce qui leur permet théoriquement de protéger leurs effets personnels. Ainsi qu'indiqué *supra*, la dimension des placards s'avère largement insuffisante pour jouer le rôle de rangement et permettre la conservation des effets personnels. Ainsi, il n'est pas possible d'y poser de tee-shirts ou pulls pliés, ceux-ci devant être roulés pour pouvoir entrer faute d'une profondeur suffisante ; de plus, la penderie ne peut remplir son office car faute d'une largeur suffisante de part et d'autre de la barre, les cintres ne rentrent pas et ne peuvent y être suspendus.

Les contrôleurs ont pu constater que certaines chambres étaient très encombrées : les patients entassant leurs vêtements sur la chaise, ou les conservant en valise. L'unité est dotée d'un vestiaire, lui aussi encombré, au sein duquel les patients déposent une grande partie de leurs effets personnels dans des sacs de voyage.



Patient conservant sa valise



Vestiaire des patients

Deux balcons sont accessibles aux patients, situés aux deux extrémités de l'unité. Tous deux sont entièrement grillagés.

Le balcon se situant dans la partie qui devait initialement être fermée, à proximité des chambres d'isolement, dispose de peu d'aménagements, seules s'y trouvant des petites tables et des chaises en métal. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un projet était en cours pour y installer un petit carré d'herbe et proposer aux patients une activité autour du jardinage.



Balcon proche des chambres d'isolement



Balcon proche des salles d'activité

L'autre balcon, installé à proximité des salles d'activité, dispose d'une table de ping-pong et d'un baby-foot.

L'unité dispose également d'une salle de bains, permettant aux patients de prendre des bains à la demande ou sur prescription, d'une lingerie avec une machine à laver et un étendoir accessibles à ceux ne bénéficiant pas de secours familial ou d'une autonomie suffisante pour se rendre à la laverie à l'extérieur, de deux salles de télévision dont l'une avec lecteur DVD et console de jeux ainsi que d'une salle d'activité communiquant avec l'une des salles de télévision par une porte coulissante permettant, en cas de besoin, d'obtenir une grande salle pour permettre à tous les patients de s'y tenir en même temps.

Les contrôleurs ont pu constater qu'une seule télécommande était en état de fonctionnement pour les deux salles de télévision. Il leur a été précisé que cela n'engendrait pas de difficultés.

L'unité est également dotée d'une cuisine, dans laquelle les patients disposent de casiers individuels pour conserver leurs gâteaux et friandises, ainsi que d'une petite salle à manger de huit places dédiée aux patients qui ne descendent pas manger au self.



Salle à manger

L'unité dispose de deux chambres d'isolement, accessibles depuis un sas d'entrée au sein duquel sont installées une table et une chaise destinées à la prise des repas des patients isolés qui ne peuvent se mêler aux autres patients dans la salle à manger (cf. *supra* § 5.1).

7.4.2 Le personnel

L'équipe paramédicale de l'unité Béranger se compose d'un cadre de santé et, théoriquement, de vingt soignants : douze infirmiers et huit aides-soignants.

Au jour de la visite, trois postes d'infirmiers n'étaient pas pourvus portant l'effectif réel à dix-sept soignants.

Chaque jour cinq soignants travaillent le matin et l'après-midi. Le service de nuit est assuré par une équipe dédiée composée de trois soignants dont au moins un infirmier.

La prise en charge médicale des patients est effectuée par cinq médecins psychiatres, et un interne en psychiatrie assurant une présence à hauteur de 1,9 ETP, de telle sorte que chaque patient est vu par le médecin qui le suit deux fois par semaine. Les médecins interviennent tous également dans les structures de prise en charge extrahospitalière.

Un médecin somaticien est présent dans l'unité deux jours et demi par semaine.

Interviennent également une assistante sociale, un ergothérapeute et une psychomotricienne.

7.4.3 Les patients

Au jour de la visite l'unité accueillait vingt-sept patients, dont dix-sept hommes et dix femmes.

Seize patients étaient hospitalisés sans leur consentement, dont cinq sur décision du représentant de l'Etat, six à la demande d'un tiers et cinq pour péril imminent.

Tous les lits étaient occupés et deux patients se trouvaient en chambre d'isolement.

Il a été précisé aux contrôleurs que ce taux d'occupation était très fréquent, l'unité rencontrant des difficultés pour accueillir l'ensemble de ses patients faute d'un nombre de lits suffisants. A l'arrivée sur le site de Clamart, l'unité disposait de cinq lits supplémentaires qui lui étaient dédiés au sein des locaux de l'unité Fernand Léger. Les patients qui s'y trouvaient étaient suivis médicalement par les praticiens de l'unité Béranger mais au quotidien par l'équipe soignante de l'unité Léger, ce qui aurait généré des difficultés et conduit les chefs de service à mettre fin à cette pratique.

Selon le personnel rencontré, l'unité aurait besoin de trente lits pour pouvoir prendre en charge dans de bonnes conditions les patients du secteur.

Ainsi, il a été indiqué aux contrôleurs que depuis plusieurs mois l'unité Béranger « débordait » sur les autres unités, n'étant pas en mesure d'accueillir l'ensemble des patients de son secteur. Au jour de la visite, une dizaine d'entre eux se trouvaient répartis entre les autres unités du site de Clamart et les unités du site de Villejuif.

7.4.4 Le projet thérapeutique

Le service est attaché à la connexion entre la prise en charge intra hospitalière et extrahospitalière. Les médecins intervenant dans l'unité interviennent également dans les structures extrahospitalières. Tous les lundis se tient une réunion à laquelle participent les soignants de l'intra et de l'extrahospitalier pour faire le point sur la situation des patients hospitalisés et préparer les éventuelles sorties. Enfin, l'ergothérapeute, la psychomotricienne ainsi qu'un musicothérapeute et une danse-thérapeute interviennent également dans l'unité et dans les structures extrahospitalières.

Au jour de la visite, l'équipe nourrissait des inquiétudes quant à la fermeture prochaine du CMP de Châtillon, celui-ci devant être fusionné avec le CMP de Bagneux portant le nombre de structures extrahospitalières du secteur à deux : un CMP et un CATT, auxquels s'ajoutent quatre places en appartement thérapeutique. Il était craint que cette fermeture augmente le nombre des hospitalisations faute pour les patients domiciliés dans le ressort du CMP de Châtillon de faire le déplacement jusqu'au CMP de Bagneux.

a) La vie quotidienne

L'unité Béranger est une unité fermée. Les patients, quel que soit leur régime juridique d'hospitalisation, ne sont autorisés à quitter l'unité qu'à heures fixes, et sous réserve d'avoir une prescription médicale les y autorisant : pour se rendre au self lors des repas, ainsi que deux heures par jour pour se rendre à la cafétéria ou dans la cour intérieure du bâtiment.

Quatre repas rythment la journée à 8h50, 12h10, 16h et 18h50, auxquels s'ajoute parfois une tisane le soir en fonction du bon vouloir de l'équipe de nuit en poste. Au jour de la visite, cinq patients prenaient leurs repas au sein de l'unité.

La distribution des traitements est effectuée avant les repas, au sein de la salle de soins. Les patients se placent en file devant la porte de cette salle puis s'approchent du chariot l'un après l'autre. Les contrôleurs ont pu constater que la distribution manquait d'intimité, les patients se plaçant en file dans la salle de soins, sans attendre sur le pas de la porte et assistant de ce fait à la distribution et aux échanges concernant les patients qui les précèdent (cf. *supra* recommandation). Un patient souhaitait poser une question sur son traitement à laquelle un soignant s'est trouvé contraint de répondre que le sujet serait abordé à un autre moment.

Les patients peuvent tous conserver leur téléphone portable à l'exception de deux d'entre eux qui n'ont qu'un accès restreint pour des raisons cliniques. Les patients n'ont cependant pas librement accès à leur chargeur qui est conservé dans le bureau du cadre de l'unité. Un *point-phone* est à disposition au sein de l'unité et ouvert par les soignants à la demande pour les patients ne disposant pas de téléphone. Les appels passés depuis ce poste sont gratuits.

Les patients ne sont pas autorisés à détenir un ordinateur dans leur chambre en raison des risques de vol et faute d'espace suffisant dans les placards fermant à clef. L'ordinateur du patient est conservé dans le bureau du cadre de l'unité et peut être remis en cas de sortie. Deux postes informatiques ont été installés dans la salle d'activité de l'unité et sont librement accessibles aux patients durant la journée.

Les familles peuvent visiter les patients tous les après-midi, jusqu'à 18h. Il a été précisé aux contrôleurs que les soignants pouvaient faire preuve de souplesse dans les horaires en fonction des situations. Les visites se déroulent soit dans une salle dédiée, initialement conçue comme salle de repos du personnel, soit dans une salle d'activité, soit sur les balcons, soit à l'extérieur de l'unité notamment à la cafétéria pour les patients autorisés à sortir.

Le port du pyjama de l'hôpital peut être prescrit à l'arrivée d'un patient, lorsqu'il est placé en chambre d'isolement et en cas de retour d'autorisation de sortie alcoolisé ou sous l'emprise de stupéfiants. Il a été précisé aux contrôleurs que, dans cette dernière situation, le port du pyjama était imposé pour pouvoir procéder à la fouille des effets personnels du patient et rechercher la présence éventuelle de toxiques. Des patients rencontrés ont indiqué percevoir le port du pyjama dans ce cas comme une sanction.

Les cigarettes sont gérées par les soignants qui les distribuent au rythme d'environ une par heure. Lorsque le patient sort de l'unité, il lui est remis trois cigarettes. Les patients doivent rendre le briquet après utilisation. Il a été précisé aux contrôleurs que cette gestion de la consommation du tabac, lourde pour le personnel, trouvait son origine dans la crainte des risques d'incendie.

b) Les activités

Les patients de l'unité se rendent aux activités organisées par le CAPS (cf. *supra* § 6.2.6). Au jour de la visite, dix patients y étaient inscrits.

Des activités sont également proposées en unité par l'ergothérapeute, la psychomotricienne la musicothérapeute et la danse-thérapeute qui interviennent sur l'extrahospitalier, ainsi que par les soignants de l'unité.

Ces derniers organisent notamment des sorties à l'extérieur (lorsque le printemps arrive, des sorties pique-nique sont régulièrement programmées dans le parc du Tronchet situé à environ 200 mètres de l'hôpital), des repas thérapeutiques préparés par les patients, des jeux de société, des activités de peinture, collage, arts graphiques, ainsi que des ateliers d'esthétique et de coiffure.

Des réunions soignants-soignés se tiennent environ toutes les semaines. A cette occasion, les patients expriment leurs souhaits concernant les activités et ceux-ci sont ensuite discutés en équipe pour en étudier la faisabilité.

7.5 L'UNITE ANNA MARLY : UNE UNITE OUVERTE INTERSECTORIELLE RESERVEE AUX PATIENTS AU LONG COURS QUI S'APPUIE SUR UNE EQUIPE DE REINSERTION

L'unité Anna Marly¹⁹ est une unité intersectorielle dont la vocation est d'accueillir les patients du pôle nécessitant une prise en charge au long cours. Au jour de la visite, la majorité des patients accueillis était gravement déficitaires. Il s'agit d'une unité ouverte de dix-huit lits, sans chambre d'isolement, ne recevant que peu de patients en soins sans consentement.

7.5.1 Les locaux

L'unité est située au premier étage, partie gauche en entrant, du bâtiment d'hospitalisation.

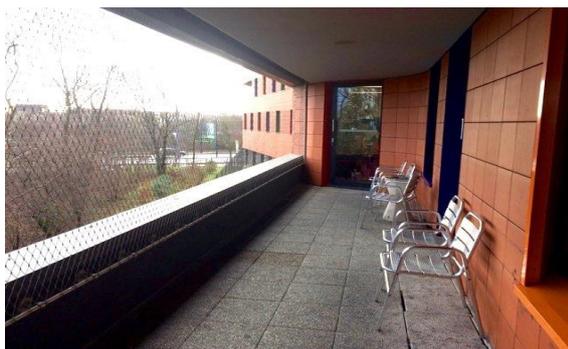
Comme les autres, elle est aménagée le long d'un grand couloir en arc de cercle au centre duquel se trouvent le bureau des soignants et l'accès aux bureaux des médecins. Les locaux sont propres et en bon état ; les locaux collectifs sont nombreux et diversifiés : salle de télévision, salle d'accueil pour les familles, salles d'activités.

Les dix-huit chambres sont toutes individuelles, elles sont meublées d'un lit, d'une table de nuit, d'une table, d'une chaise, d'un placard de petite taille et d'un espace sanitaire comprenant des toilettes à l'anglaise, un lavabo surmonté d'un miroir et une douche à l'italienne.

Une grande fenêtre permet de laisser largement passer la lumière naturelle. Celle-ci peut être occultée au moyen d'un volet électrique actionnable depuis l'intérieur de la chambre par le patient. Les chambres sont toutes équipées d'un bouton d'appel ainsi que d'un verrou intérieur permettant au patient de s'enfermer dans sa chambre. Le patient ne dispose cependant pas d'une clé ou d'un badge lui permettant la fermeture de la chambre lorsqu'il en sort. La sécurisation de ses biens personnels repose donc sur le seul placard fermant à clé mais de dimension très modeste.

Un balcon grillagé sert de fumoir.

¹⁹ 1917-2006 -Chanteuse, guitariste, compositrice, auteure de la musique du « Chant des Partisans »



Unité Anna Marly : le balcon fumeur

Par contrainte architecturale, certaines pièces sont traversées verticalement par des piliers imposants qui nuisent à l'usage des pièces. Ainsi, dans la salle télévision, le pilier se trouve entre le fauteuil et le téléviseur et dans la salle de réunion en plein milieu des participants.

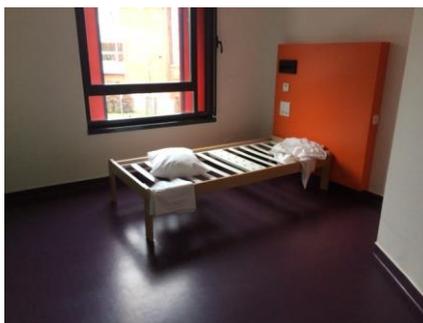


Unité Anna Marly : salle de réunion

L'unité ne dispose pas d'une chambre d'isolement, mais simplement d'une chambre dite « d'apaisement » destinée au repos ponctuel d'un patient agité.

A la différence des autres chambres, elle ne dispose pas de table ni de chaise et ne peut être verrouillée ou déverrouillée par le patient depuis l'intérieur. Au jour de la visite, cette chambre était utilisée comme une chambre classique et comptabilisée dans le nombre de lits de l'unité. Elle était occupée par une patiente gravement déficitaire, dont la prise en charge était considérée comme plus difficile. En cas de crise d'un patient, celui-ci est amené dans une des unités du site disposant d'une chambre d'isolement libre.

Une lingerie avec un lave-linge, un sèche-linge et un étendoir sont accessibles aux patients ne bénéficiant pas de secours familial ou d'une autonomie suffisante pour se rendre à la laverie à l'extérieur.



Unité Anna Marly : chambre individuelle

7.5.2 Le personnel

Seule dans le pôle, l'unité possède en plus du personnel médical et paramédical une équipe dite « équipe de réinsertion » composée d'une assistante sociale, d'une infirmière et d'une aide-soignante. Cette équipe se charge d'élaborer des projets de sortie pour les patients, de visiter les potentielles structures d'accueil et d'y amener les patients.

L'équipe paramédicale de l'unité Anna Marly se compose d'un cadre de santé et, de seize soignants : huit infirmiers et huit aides-soignants.

Chaque jour, quatre soignants travaillent le matin et l'après-midi (deux infirmiers et deux aides-soignants). Lorsque l'effectif le permet, trois aides-soignants sont de service le matin, pour procéder à l'aide à la toilette des patients. Le service de nuit est assuré par une équipe dédiée composée de deux soignants dont au moins un infirmier.

La prise en charge médicale des patients est assurée par deux médecins psychiatres, dont le chef de pôle, assurant une présence à hauteur de 1,4 ETP.

Un médecin somaticien est présent dans l'unité tous les matins.

Le travail dans l'unité Anna Marly, du fait des pathologies traitées, diffère des autres unités. D'une part, le service est plus physique en raison de la présence de plusieurs patients en fauteuil roulant ou en graves difficultés motrices. D'autre part, les soins requis relèvent, selon l'expression d'un soignant, du « *nursing* ».

7.5.3 Les patients

Au jour de la visite l'unité accueillait dix-huit patients : un en programme de soins (présent dans le service deux jours tous les quinze jours) et dix-sept en hospitalisation complète (dix hommes et sept femmes). Le patient le plus jeune a 42 ans, et le plus âgé, 87 ans. Un patient est hospitalisé depuis plus de 45 ans.

Deux patients étaient hospitalisés sans leur consentement, les deux (un homme et une femme) selon la procédure dite du « péril imminent ».

7.5.4 Le projet thérapeutique

Unité intersectorielle, l'unité Anna Marly est directement placée sous l'autorité du chef de pôle.

Le projet thérapeutique pour une population de patients dont l'évolution pathologique reste mesurée est de trouver des solutions de placement dans des structures médico-sociales, l'hôpital devant rester un lieu de soins et non de vie.

L'objectif de l'unité consiste à la fois à désengorger les unités de secteur en prenant en charge les patients nécessitant une hospitalisation au long cours (qui immobilisent des lits sur de longues durées), et à mettre en place une action de réinsertion dédiée pour ces patients qui ont tendance à être oubliés lorsqu'ils sont pris en charge en unité de secteur. Les solutions de sortie sont difficiles à mettre en place, mais il a été indiqué aux contrôleurs que l'équipe de réinsertion donnait satisfaction.

Au jour de la visite, tous les patients accueillis dans l'unité disposaient d'un projet de sortie élaboré. Environ vingt-six patients en provenance de cette unité étaient accueillis dans des familles d'accueil thérapeutiques. Neuf patients de l'unité devaient se rendre en Belgique au mois de février pour aller visiter des structures médico-sociales qui avaient donné un accord de principe pour les accueillir, solutions trouvées par défaut puisqu'éloignant les patients de leur famille.

Plus rarement, les patients peuvent, à la sortie, retourner à leur domicile avec un soutien du CMP et d'infirmières libérales ou se rendre en appartement thérapeutique. L'unité dispose de six places en appartement thérapeutique.

a) La vie quotidienne

L'unité Anna Marly est une unité ouverte. Les patients sont donc tous autorisés à en sortir pour se rendre dans les lieux collectifs de l'hôpital, mais dans les faits, en raison des lourdes pathologies ou des handicaps moteurs, beaucoup d'entre eux ne sortent jamais de l'unité. Le règlement intérieur est daté de juillet 2016.

Les trois repas pris au réfectoire (8h35, 11h50 et 19h) du rez-de-chaussée imposent au personnel une surveillance et une assistance accrues dans l'aide aux patients. L'interdiction de se rendre au réfectoire en pyjama le matin les oblige à habiller ou faire habiller les patients, même ceux qui n'ont pas encore pu prendre leur douche, et qui seront, au retour dans l'unité, de nouveau déshabillés pour passer à la toilette.

La distribution des traitements est effectuée avant les repas, au sein de la salle de soins.

Les patients peuvent tous conserver leur téléphone portable et un *point-phone* gratuit est également à leur disposition.

Le tabac est d'accès libre sauf cas signalé de consommation excessive et non contrôlée.

b) Les activités

Seuls quatre ou cinq patients de l'unité se rendent aux activités organisées sur place par le CAPS et deux aux sorties en randonnées.

Aucun ergothérapeute n'intervient dans le service. Les activités au sein du service sont laissées à la charge du personnel soignant et sont peu nombreuses en raison du manque de temps du personnel très sollicité par la faible autonomie des patients accueillis.

Recommandation

Les patients devraient pouvoir bénéficier d'activités menées par des professionnels spécialisés, tels un ergothérapeute et un art-thérapeute.

Une sortie à la piscine est organisée environ tous les quinze jours ainsi que des sorties en ville, plus ponctuelles, pour procéder à des achats de vêtements et de confiseries. Quelques activités de participation à la vie collective (par exemple : nettoyage de la terrasse), ou d'apparence plus ludiques (jeux de société, dessin) sont proposées dans l'unité.

Des réunions soignants-soignés sont organisées mais sans périodicité. A l'occasion de ces réunions, les patients expriment régulièrement leur mécontentement concernant la qualité des repas qui leur sont servis.

8. CONCLUSION GENERALE

Une réelle synergie se dégage à travers une communauté médicale structurée, cohérente et dynamique. Les médecins, en nombre suffisant (il y a également des somaticiens et un pharmacien), sont présents et investis ; le personnel en général apparaît attentif et bienveillant. Les outils sont mutualisés (salle de sport, art-thérapie etc.) et on constate une volonté de multiplier les activités notamment pour compenser le manque d'espaces extérieurs.

Il ressort des entretiens avec le personnel qu'existe une réelle notion d'équipe et d'interdisciplinarité.

Il reste que les médecins ont persévéré dans la mise en place de programmes présentant des caractéristiques identiques à celles qui avaient justifié l'annulation de décisions antérieures par la justice, y compris en cassation, et ce malgré un rappel des responsables administratifs. Cette volonté manifeste de contourner la loi doit être surmontée.

Annexe

Liste des sigles employés

ARS	: agence régionale de santé
ASPDRE	: admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
ASPDT	: admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers
ASPPI	: admission en soins psychiatriques pour péril imminent
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CME	: commission médicale de l'établissement
CMP(S)	: centre médico-psychologique (de secteur)
CRUQPC	: commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge
CSI	: chambre de soins intensifs
EPSM	: établissement public de santé mentale
ETP(R)	: équivalent temps plein (rémunéré)
HJ	: hôpital de jour
INSEE	: institut national de la statistique et des études économiques
JLD	: juge des libertés et de la détention
MCI	: mise en chambre d'isolement
PMR	: personne à mobilité réduite
TGI	: tribunal de grande instance

9.