



**Unité pour
malades difficiles
de Villejuif**

(Val-de-Marne)

du 10 au 14 septembre 2012

Contrôleurs :

- Caroline Viguier, chef de mission ;
- Michel Clémot ;
- Grégoire Korganow ;
- Guillaume Monod ;
- Aude Muscatelli.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Villejuif (Val-de-Marne), dépendant du groupe hospitalier Paul Guiraud, du 10 au 14 septembre 2012.

Un projet de rapport a été adressé le 3 juin 2013, au directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud. Ce dernier l'a transmis aux membres de l'équipe de direction, à la direction territoriale du Val-de-Marne de l'agence régionale de santé et au chef de pôle de l'UMD ; celui-ci en a également souhaité la diffusion au cadre supérieur de santé ainsi qu'au président de la commission du suivi médical. L'ensemble des observations et remarques a été transmis au Contrôleur général des lieux de privation de liberté le 3 octobre 2013 qui les a pour partie intégrées dans le présent rapport de visite (celles relatives au nombre d'agents n'ont pas été prises en compte, les contrôleurs n'ayant pas la certitude que la période considérée était la même). A titre liminaire, le directeur du groupe hospitalier a tenu à indiquer : « j'ai été atterré par certaines pratiques mises à jour dans votre rapport ».

1 CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'UMD Henri Colin, située au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud, 54 avenue de la République à Villejuif (Val-de-Marne) le lundi 10 septembre à 9h30 et ont quitté les lieux le vendredi 14 septembre à 17h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur du groupe hospitalier, la directrice adjointe chargée de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité, ainsi que par le responsable de pôle de l'UMD, également président de la commission médicale d'établissement (CME).

Une réunion de début de visite a pu être organisée le lundi 14 septembre à 14h avec les trois personnes ci-dessus mentionnées, ainsi que :

- le directeur chargé des affaires financières, des admissions et des systèmes d'information ;
- le directeur de l'offre de soins, de la stratégie, du secrétariat général et des affaires juridiques ;
- la directrice du patrimoine et des investissements ;
- la directrice des ressources humaines ;
- la directrice de la communication, de la culture et du développement ;
- le coordonnateur général des soins ;
- le cadre de santé faisant fonction de cadre supérieur de santé pour l'UMD ;
- le cadre de santé du pavillon 35 ;

- le cadre de santé du pavillon 37 ;
- deux infirmiers diplômés d'Etat (IDE) du pavillon 35, un du pavillon 36 et deux du pavillon 37 ;
- une assistante de direction ;
- une secrétaire médicale.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels de santé et des intervenants exerçant sur le site. Néanmoins, dès le début de la mission, l'attention des contrôleurs a été appelée sur le fait que seuls des agents de sexe masculin intervenaient à l'unité d'admission des hommes ; dès lors il a été décidé, dans le souci de respecter les règles annoncées et contrairement à ce qui se pratique d'habitude, que l'unité d'admission des femmes serait visitée par des contrôleurs de sexe féminin et l'unité d'admission des hommes par des contrôleurs de sexe masculin.

Les contrôleurs ont également disposé d'un local.

Le directeur de cabinet du préfet du Val-de-Marne ainsi que le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Créteil ont été informés de cette visite dès son commencement.

Les quatre organisations syndicales présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs, lors du comité technique d'établissement qui a eu lieu le mardi 11 septembre 2012 au matin.

Les contrôleurs ont eu un entretien téléphonique avec le premier vice-président responsable du service des juges des libertés et de la détention au tribunal de grande instance de Créteil.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 14 septembre 2012 à 11h, en présence du directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud, du vice-président de la commission médicale d'établissement, du responsable de pôle de l'UMD ainsi que du cadre supérieur de santé.

Une visite du comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) était intervenue fin 2010.

2 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 L'implantation

Le groupe hospitalier Paul Guiraud est un établissement public de santé.

Cet établissement, fondé en 1884 par délibération du conseil général de la Seine sous le nom d'Asile Hospice de Villejuif, était rattaché à l'hôpital Sainte-Anne avant de devenir autonome l'année suivante. Il a pris successivement les dénominations de : Centre Hospitalier

Spécialisé de Villejuif, Centre Hospitalier Spécialisé Paul Guiraud¹, puis Groupe Hospitalier Paul Guiraud.

Il couvre six secteurs de psychiatrie adulte dans le département du Val-de-Marne – dans le ressort duquel il n'existe actuellement que deux hôpitaux spécialisés – et sept dans celui des Hauts-de-Seine, soit une population d'un peu plus de 934 000 habitants.

Le groupe hospitalier est composé de cinquante-sept structures réparties dans trente communes dont l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif au sein duquel se situe l'UMD et d'autres structures telles que des hôpitaux à temps complet, hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, ainsi que le service médico-psychologique régional de Fresnes...

Le groupe hospitalier a ouvert, fin mai 2012, une nouvelle structure de 120 lits à Clamart (Hauts-de-Seine).

Il inaugurera en son sein, courant 2013, une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de soixante lits, à proximité immédiate de l'unité pour malades difficiles (UMD) Henri Colin (la séparation se fera par un mur d'enceinte de 4,70 m de hauteur et il est prévu que les grilles de l'UMD soient revêtues de parement en bois sur le côté mitoyen).

C'est le 26 décembre 1900, suite à un rapport du Docteur Henri Colin, médecin chef à la maison centrale de Gaillon dans le département de l'Eure, que le conseil général de la Seine vote la décision de faire étudier et réaliser « un service d'aliénés vicieux » apte à accueillir les aliénés criminels et les criminels aliénés dans les asiles de la Seine.

En 1910, le « quartier de sûreté de Villejuif » ouvrira ses portes au sein de l'asile d'aliénés de Villejuif avec quarante-huit lits et prendra, en 1932, le nom de « service Henri Colin ». En 1933, s'ajoute une unité pour malades difficiles pour femmes, comportant seize lits. L'UMD Henri Colin fait partie des dix unités pour malades difficiles réparties sur l'ensemble du territoire national².

L'entrée principale du site de Villejuif est située au 54, avenue de la République, sur la route départementale 148. L'établissement est bordé sur la gauche par la rue de Verdun, sur la droite par la rue René Hamon (départementale D286), en face au fond, après l'emprise et des terrains appartenant également au groupe hospitalier Paul Guiraud, par la rue Edouard Vaillant.

Situé en zone urbaine, à 3,9 km de Paris, l'établissement est facilement accessible par les transports en commun :

- par les lignes de bus 131 arrêt « Verdun-Hautes Bruyères » et 172, arrêt « Villejuif-Hôpital Paul Guiraud » ;
- par la ligne de métro numéro 7, station « Villejuif-Louis Aragon ».

¹ Paul Guiraud (1882-1974) : psychiatre, il a exercé à Ville-Evrard, Villejuif et Sainte-Anne. Il a consacré plusieurs de ses œuvres à l'étude du système nerveux et de l'activité psychique en incluant la neuropsychologie.

² Albi (Tarn), Bron (Rhône), Cadillac (Gironde), Châlons-en-Champagne (Marne), Eygurande(Corrèze), Montfavet (Vaucluse), Plouguernevel (Côtes d'Armor), Sarreguemines(Moselle), Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime).

Un parking est également réservé aux visiteurs, à proximité de l'entrée principale de l'établissement.

L'entrée principale s'ouvre sur une cour d'honneur, encadrée de part et d'autre de bâtiments accueillant, d'une part, les services administratifs et notamment le bureau des admissions ainsi que le service des majeurs protégés, d'autre part, la direction de l'établissement.

L'UMD Henri Colin se trouve à l'opposé de l'entrée principale, en bordure d'emprise, dans un renforcement, légèrement sur la gauche. Cette position reculée explique sans doute en partie l'expression utilisée par l'ensemble des personnels du groupe hospitalier pour évoquer l'UMD : « on monte à Colin » et « on descend » vers les autres structures de soins. Selon les informations recueillies, cette image correspondrait aussi à la « forteresse », notamment syndicale, qu'a longtemps représentée l'UMD.



Situation de l'UMD au sein du CH Paul Guiraud

L'UMD Henri Colin dispose de trois accès :

- l'un dédié aux familles (cf. § 3.12.2) ;
- une entrée principale sécurisée utilisée par les piétons et les véhicules avec un sas ;



Entrée principale de l'UMD

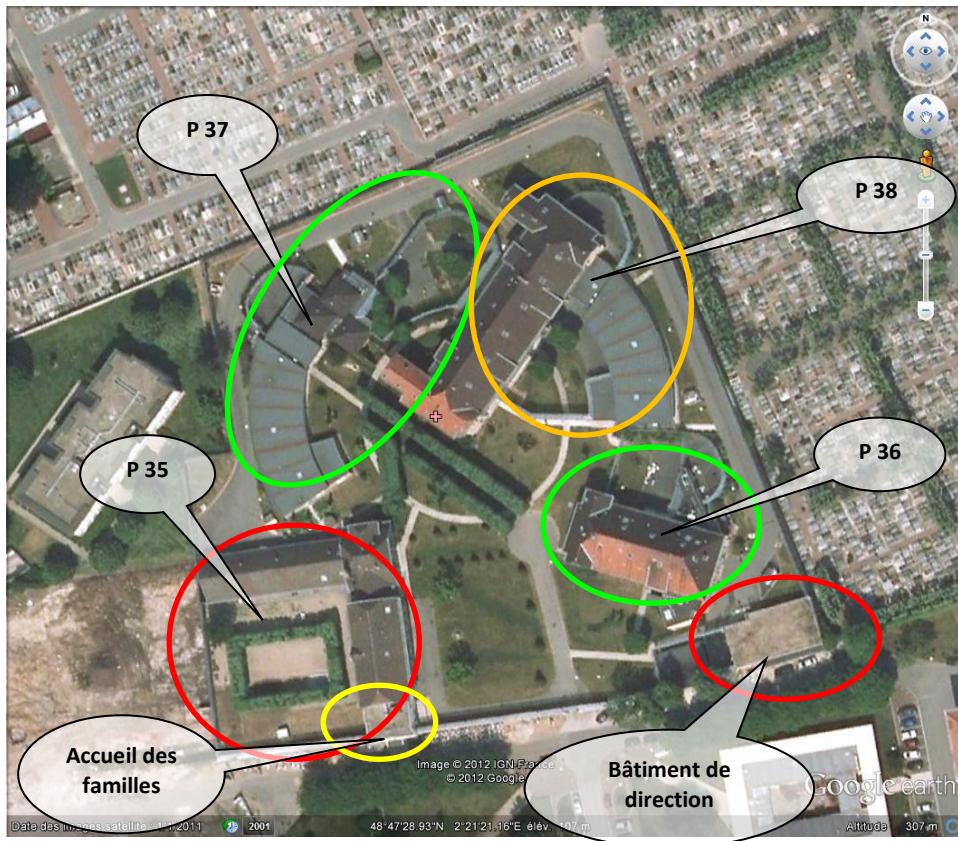
- une entrée qui donne directement dans le bâtiment réservé aux services administratifs de l'unité (bureaux du chef de pôle, des médecins psychiatres, du cadre supérieur de santé et des secrétaires).

Un badge magnétique doit être présenté au lecteur situé à proximité immédiate de ces trois entrées.

Seuls ces accès extérieurs sont contrôlés par des caméras, dont les écrans de contrôle sont situés au poste de sécurité à l'entrée de l'hôpital mais également dans le bureau du secrétariat de l'UMD. En revanche, les pavillons ne sont pas équipés de caméra de vidéosurveillance.

L'UMD Henri Colin comprend quatre structures de soins :

- une unité d'accueil pour les hommes (**pavillon 38 ou P38**) qui prend en charge l'admission des patients en phase aiguë de leur pathologie, lorsque sont nécessaires des soins intensifs ;
- une unité intermédiaire pour les hommes (**pavillon 37 ou P 37**) qui accueille des patients en évolution ayant intégré le dispositif de soins mis en œuvre par l'UMD ;
- une unité de pré-sortants pour les hommes (**pavillon 35 ou P 35**), ayant pour objectif de poursuivre la « réhabilitation » des patients et de préparer le transfert ou la sortie de l'UMD ;
- un pavillon pour les femmes (**pavillon 36 ou P 36**), accueillant des patientes en crise, en phase intermédiaire et en perspective de sortie.



L'UMD Henri Colin

Les derniers travaux apportés à la structure immobilière de l'UMD ont été réalisés d'abord en 2003 suivant les plans et indications de l'architecte Victor Castro, puis en 2007 et 2008.

En 2003, les sauts-de-loup³ qui empêchaient jusque-là les patients de quitter la zone de leur pavillon ont été supprimés. Un mur d'enceinte⁴, de 2,20 m de hauteur les a remplacés. Un vestige des sauts-de-loup tels qu'ils existaient auparavant se trouve encore le long du pavillon 37.

De même, des structures entièrement neuves ont été ajoutées aux pavillons anciens, 35, 36 et 38 ; il s'agit de structures en forme d'arcs de cercle dans lesquelles sont regroupées les chambres des patients.

Le pavillon 37 date de 2003.

S'agissant des conditions d'hébergement, le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a relevé, lors de sa visite de 2010, que « les conditions de séjour dans les pavillons de l'UMD étaient dans l'ensemble d'un très haut niveau. La quasi-totalité des patients étaient hébergés dans des chambres individuelles, lesquelles étaient spacieuses (14 m² par exemple), lumineuses, bien aérées et bien aménagées (avec une annexe sanitaire). L'ensemble des locaux, d'une propreté

³ Fossés creusés au bout d'une allée, à l'extrémité d'un parc ou d'un jardin, pour en défendre l'entrée sans borner la vue.

⁴ Selon le directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud, il s'agit plutôt de « grilles intérieures ».

irréprochable, étaient dotés de divers espaces sociaux et de détente (en intérieur et en plein air) et d'ateliers ».

Des couloirs courbes, et non rectilignes comme cela est d'ordinaire observé dans les hôpitaux psychiatriques, ont été intégrés aux pavillons rénovés. Selon les déclarations recueillies, cette modification des lieux a été mal vécue par les personnels soignants qui craignaient pour leur sécurité. Un patient aurait d'ailleurs tenté d'étrangler un agent dans l'un de ces couloirs. Il a été indiqué aux contrôleurs que ces difficultés de conception avaient néanmoins été compensées par le « savoir-faire » des personnels mais aussi leur nombre ; ainsi, dans certains pavillons, les patients ne peuvent pas déambuler librement mais doivent rester groupés et en permanence sous le regard des soignants.

De manière générale, les travaux de 2003 sont toujours très critiqués par les personnels qui se plaignent de n'avoir pas été consultés sur les besoins et les contraintes d'une telle structure ou encore que leurs avis ont été peu ou pas suivis.

En 2007, les cours ont été agrandies. Celles des pavillons 35 et 37 qui avaient une surface de 200 m² chacune, font désormais respectivement 550 et 600 m².

Enfin, une dernière phase de « sécurisation » de l'UMD est intervenue en 2008, avec l'instauration du sas d'entrée (grillagé) mentionné ci-dessus, renforcé par des plots en béton.

S'agissant des travaux et de la maintenance, il a été précisé aux contrôleurs que peu d'interventions – par rapport aux autres unités fermées des secteurs, également situées sur le site de Villejuif – concernaient l'UMD ; le récapitulatif des dépenses relatives à l'entretien des bâtiments fait état de 11 920,05 euros pour 2010, 38 832,19 euros pour 2011 et 12 519,74 euros pour la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 12 septembre 2012.

Il a seulement été évoqué la suppression des réservoirs des chasses d'eau des WC, détériorés par les patients, dans les deux pavillons d'admission, 38 et 36. Des désordres immobiliers ont également été signalés pendant la visite des contrôleurs au pavillon 37. Des fissures étaient visibles dans les couloirs et dans des chambres. Le 14 septembre 2012, des personnes en charge de l'entretien du site sont venues constater les dégâts afin de prévoir une remise en état. Des défaillances liées à la plomberie affectaient aussi le bon fonctionnement de cette unité ; selon les informations recueillies, il arrive que plusieurs chambres soient indisponibles, même si tel n'était pas le cas lors du contrôle.

Il a également été fait part du remplacement en 2004, sur l'ensemble des structures, des anciennes fenêtres en PVC par des huisseries métalliques, suite à la fugue d'un patient ; pour s'échapper, ce dernier avait brutalement poussé une fenêtre qui avait cédé.

2.2 Les personnels

En septembre 2012, le groupe hospitalier Paul Guiraud compte environ 2 165 agents, représentant 2070 ETP.

Selon les données chiffrées fournies par la direction des ressources humaines du groupe hospitalier, au 10 septembre 2012, l'équipe travaillant à l'UMD était composée de 155 personnes représentant 149,36 équivalents temps plein (ETP).

Il a été précisé aux contrôleurs que les cadres de santé, comme l'équipe médicale, avaient été renouvelés à partir de 2010, l'idée étant de redonner toute sa place au personnel médical face au personnel soignant. L'accent a par ailleurs été mis sur la pluridisciplinarité et la polyvalence des agents.

S'agissant des personnels médicaux, l'UMD dispose de 10,6 ETP ainsi répartis :

- quatre praticiens hospitaliers psychiatres, trois à temps plein et un à temps partiel (représentant 0,55 ETP) ; selon les informations recueillies, ces derniers ont des profils très différents, l'un exerçant par ailleurs en libéral, les autres étant issus notamment des structures d'addictologie ;
- deux assistants des hôpitaux, psychiatres à temps plein ;
- un docteur en pharmacologie biologiste, contractuel à temps partiel (0,55 ETP) ;
- un praticien hospitalier généraliste, à temps partiel (0,50 ETP) ;
- et quatre internes de spécialité psychiatrique.

Un planning de répartition des médecins et internes a été établi en mai 2012.

	Pavillon 38	Pavillon 37	Pavillon 35	Pavillon 36
Matin	Médecin A <i>Interne A</i>	Médecin B Médecin C <i>Interne C</i>	Médecin D Médecin E <i>Interne D</i>	Médecin D Médecin E <i>Interne B</i>
Après-midi	Médecin B <i>Interne B</i>	Médecin C <i>Interne A</i>	Médecin D Médecin E <i>Interne C</i>	Médecin D Médecin E <i>Interne D</i>

Le personnel non médical comprend :

- un cadre supérieur de santé. Le poste de cadre supérieur de santé de l'UMD était vacant depuis le mois de janvier 2012. L'arrivée d'un cadre « faisant fonction », le 10 septembre 2012, premier jour de la visite des contrôleurs, était très attendue. Pendant ce laps de temps, les cadres de santé des différents pavillons ont assuré collégalement l'intérim ;
- sept cadres de santé dont deux à mi-temps ;
- soixante-dix-neuf infirmiers, dont un contractuel, quatre stagiaires et un exerçant son activité à 80 % ; certains infirmiers sont volontairement dédiés à l'atelier d'ergothérapie, afin qu'ils ne soient pas utilisés à d'autres fins. En pratique, il arrive cependant que ces agents procèdent à des remplacements ou renforts ponctuels, en particulier au pavillon 36 ;
- vingt-deux aides-soignants (AS) dont un contractuel et un stagiaire, les autres étant tous titulaires ;
- dix-sept agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) et un maître-ouvrier ; un seul est contractuel.
- pour l'ergothérapie, un cadre de santé et trois ergothérapeutes dont deux titulaires et un stagiaire, outre des infirmiers dédiés (cf. *supra*) ;
- cinq psychologues, quatre contractuels (dont trois en contrat à durée indéterminée) et un stagiaire (deux à 0,8 ETP, un à 0,4 ETP et un à 0,2 ETP) ;
- un psychomotricien, titulaire et à temps plein ;

- deux adjoints administratifs : un titulaire représentant 0,96 ETP et un stagiaire ;
- trois assistantes médico-administratives, toutes titulaires, dont une représentant 0,8 ETP.

Aucun personnel supplémentaire n'a été dévolu à la surveillance des patients de l'UMD.

Le service de nuit est composé de deux agents par pavillon, un infirmier et une aide-soignante ou deux infirmiers, soit huit agents sur l'ensemble de l'UMD. Des cadres de santé sont présents au bureau d'accueil du groupe hospitalier, de 18h à 7h. Un directeur est d'astreinte pour plusieurs structures du groupe hospitalier dont l'UMD.

En cas d'absences, les remplacements sont assurés par des personnels de l'UMD qui effectuent alors des heures supplémentaires ou bien par des intérimaires. L'utilisation des intérimaires est relativement fréquente à l'UMD. Ainsi, entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2012, le nombre d'intérimaires présents à l'UMD était le suivant :

Mois	Nombre
Janvier	21
Février	4
Mars	6
Avril	(non indiqué)
Mai	1
Juin	3
Juillet	11
Août	6
Septembre	26

Selon les informations recueillies, les absences sont plutôt dues à des accidents de travail qu'à des congés de maladie. En cas d'absence au dernier moment, c'est souvent le cadre de santé présent qui prend le poste de l'agent manquant. Certains personnels ont évoqué un taux d'absentéisme « très important » à l'UMD, notamment au pavillon 36. Dans la réponse au projet de rapport, le directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud précise : « ce taux est de 7,32 % pour l'unité pour malades difficiles en 2012 contre 6,25 % pour l'ensemble du groupe hospitalier (...) ».

S'agissant enfin des formations, il apparaît au vu des éléments communiqués aux contrôleurs qu'en 2011 les formations suivantes ont concerné :

Formations	Nombre d'agents concernés
prévention et information sur le tabagisme	1
prévention et gestion de l'agressivité et de la violence	1
diplôme universitaire de remédiation cognitive	1
diplôme universitaire de réhabilitation	1

neuropsychologique	
réactualisation des connaissances en cardiologie, pneumologie et endocrinologie	1
consolidation des savoirs et des pratiques	1
« les jeudis de l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris »	4
accueil et prise en charge des détenus dans les services psychiatriques	1
soins psychiatriques aux patients sous injonction de soins et aux détenus sous incitation	1
formation annuelle des volontaires de la cellule d'urgences médico-psychologiques du Val-de-Marne	1
le secret professionnel	1
cognitive remediation therapy ou CRT	1
approche des cultures maghrébines, africaines et asiatiques	1
troisième édition des journées européennes et francophones d'ergothérapie	2
journée inter-UMD	10
congrès de printemps FHF ⁵ Ile-de-France	2
les 8èmes rencontres de l'association réflexions institutionnelles de Ville-Evrard : malades difficiles, malades dangereux	1
journée organisée par l'association ERIE	1
préparation aux concours (IFSI, cadre de santé, directeur de soins infirmiers etc.)	8
formation méthodologique à l'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	1
l'encadrement des étudiants infirmiers	3
quelle place pour la direction des soins à l'hôpital ?	1
l'ASHQ : son rôle, ses missions	2
sculpture sur bois ou pierre – initiation	1
sécurité incendie	94
certification V2010-EPP	3

⁵ Fédération hospitalière de France.

word perfectionnement , excel initiation, PowerPoint, gestor ⁶	11
---	----

Le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants avait indiqué, dans son rapport au gouvernement français, que « le dispositif de formation ayant trait à la prévention et à la gestion des situations à risque et aux techniques appropriées de contrôle manuel des patients hétéro-agressifs et/ou agités doit être renforcé ».

Le gouvernement français avait répondu : « Une formation a été mise en place à l'UMD H. Colin afin de prévenir l'hétéro-agressivité des patients et de protéger les agents si elle survient malgré tout. Les agents de l'UMD sont formateurs pour l'ensemble de l'établissement (...). La prévention de la maltraitance a été inscrite comme axe prioritaire du plan de formation, la promotion de la bientraitance prise en compte dans le projet d'établissement et une procédure de signalement des cas de maltraitance formalisée ».

Lors du contrôle en 2012, certains agents se sont plaints de ne pas être suffisamment formés en psychiatrie et/ou de ne pas pouvoir suivre les sessions qu'ils avaient demandées. Selon les informations recueillies, le cadre supérieur de santé nouvellement nommé a notamment pour mission de formaliser un certain nombre de pratiques professionnelles et d'accentuer l'effort de formation en direction des personnels.

2.3 L'activité

Plus de 22 000 patients sont soignés chaque année dans l'une des structures du groupe hospitalier Paul Guiraud dont 80 % en extra-hospitalier.

Selon les informations recueillies, le groupe hospitalier Paul Guiraud reçoit chaque année un nombre important de patients hospitalisés sans leur consentement, avec des taux supérieurs à la moyenne nationale, notamment en ce qui concerne le département du Val-de-Marne (entre 35 et 40 %) dont la population est particulièrement pauvre et en situation de grande précarité.

De manière générale, il a été indiqué aux contrôleurs que des lits avaient été fermés il y a trente ou quarante ans sur l'ensemble du groupe hospitalier mais qu'actuellement la tendance était à la réouverture de certains lits. Ainsi, seize lits – supprimés en 2010 – ont été ré-ouverts début septembre 2012.

Au moment de la visite, l'UMD comptait soixante-neuf lits installés.

Au moment du contrôle, l'UMD de Villejuif, comme toutes les UMD, accueille :

- des patients déclarés pénalement irresponsables en application de l'article 122-1 du code pénal⁷ ;

⁶ Progiciel destiné à la planification et à la gestion des temps (de travail par exemple).

⁷ Article 122-1 du code pénal : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

- des détenus condamnés, en application de l'article D.398 du code de procédure pénale⁸ ;
- des patients qui présentent des troubles majeurs du comportement et qui ne peuvent plus être contrôlés par les moyens de surveillance et de soins des unités de secteur en hôpital de psychiatrie générale. En effet, selon les informations recueillies, l'UMD est indiquée dans deux types de situations : pour les patients atteints d'une pathologie grave qui, le cas échéant, ont commis des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs et pour lesquels les services se sont trouvés impuissants (patients pour lesquels un isolement et une prise en charge par plusieurs personnes sont nécessaires).

Le 13 septembre 2012, cinquante-sept patients y étaient hospitalisés, dont onze femmes. Quatorze provenaient des secteurs du groupe hospitalier de Paul Guiraud (soit 24,5 %). Quinze patients étaient sur liste d'attente, sept hommes et huit femmes.

Selon les informations recueillies, en moyenne, l'UMD Henri Colin reçoit entre 300 et 400 demandes par an pour 50 à 60 admis (en moyenne, 15 % des demandes sont donc acceptées). Parmi les patients admis, 25 % ont déjà été hospitalisés au moins une fois en UMD et pour 20 % d'entre eux, il existe de véritables difficultés de sortie de l'UMD.

Des informations relatives aux admissions de 2011 ont pu être fournies aux contrôleurs :

Admissions	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
Nb d'admissions	36	15	51	-
1 ^{er} séjour en UMD	29	12	41	80,39 %
Nb de patients ayant déjà effectué un séjour en UMD	7	3	10	19,61 %

Les patients provenaient des régions suivantes :

Régions	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
Région parisienne	33	4	37	72,55 %
Province	3	11	14	27,45 %
Outre-mer	0	0	0	-
Total	36	15	51	-

Il a été précisé aux contrôleurs que les demandes une fois reçues étaient classées par région et qu'étaient prioritairement admis les patients de la région parisienne.

S'agissant de ces derniers, les départements suivants sont concernés :

⁸ Article D.398 du code de procédure pénale : « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation ».

Départements	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
Paris (75)	7	-	7	18,92 %
Seine-et-Marne (77)	1	1	2	5,41 %
Yvelines (78)	-	-	-	-
Essonne (91)	1	1	2	5,41 %
Hauts-de-Seine (92)	3	-	3	8,11 %
Seine Saint-Denis (93)	5	2	7	18,92 %
Val-de-Marne (94)	14	-	14	37,84 %
Val d'Oise (95)	2	-	2	5,41 %
Total	33	4	37	100 %

Les patients admis sont originaires des établissements suivants :

Provenance	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
Secteurs de Paul Guiraud	4	-	4	7,84 %
Secteurs de psychiatrie autres	25	15	40	78,43 %
Etablissements pénitentiaires	7	-	7	13,73 %
Autres UMD	-	-	-	-
IPPP ⁹	-	-	-	-
USIP	-	-	-	-
Total	36	15	51	100 %

S'agissant de Paris, il a été expliqué qu'un lit était systématiquement réservé au pavillon 38 (et donc bloqué) pour des patients provenant de l'IPPP, permettant une prise en charge rapide, parfois dans la journée c'est-à-dire sans délai d'attente (cf. délais d'admission ci-dessous mentionnés). En revanche, aucune admission en urgence n'est envisageable pour les femmes.

Il ressort des données plus détaillées de 2010¹⁰ les éléments suivants :

⁹ Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police.

¹⁰ Celles de 2011 n'étaient pas encore, au moment du contrôle, finalisées.

Nombre de demandes	283 (80 % pour des hommes, 20 % pour des femmes)
Admissions	60 (39 hommes et 21 femmes)
Délais d'admission	Pour les hommes, entre 0 et 427 jours (en moyenne, entre 51 et 77 jours) Pour les femmes, entre 8 et 226 jours (en moyenne entre 70 et 83 jours)
Mode de placement	80 % HO classiques 20 % HO fondées sur les dispositions des articles D.398 du code de procédure pénale et 122-1 du code pénal
Durées d'hospitalisation	80 % inférieures à 1 an 3 % supérieure à 2 ans Pour les hommes : 316 jours (de 9 à 934 jours) Pour les femmes : 193 jours (de 9 à 407 jours)
Délais de retour sur le secteur d'origine ¹¹	Hommes : entre 4 et 91 jours (moyenne : 33 jours) Femmes : entre 12 et 91 jours (moyenne : 38 jours)

Les hommes hospitalisés à l'UMD ont entre 18 et 58 ans et en moyenne 32 ans. Ils effectuent un séjour d'une durée de :

- moins de six mois : dans 15 % des cas ;
- entre six mois et un an : 70 % ;
- de plus d'un an : 15 %.

Les femmes sont âgées de 16 à 45 ans. La durée de séjour est de :

- moins de six mois : 45 % ;
- entre six mois et un an : 45 % ;
- de plus d'un an : 10 %.

¹¹ Délais entre la date de la décision et celle de la sortie effective.

3 HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 Les modalités d'admission des patients

Les services qui demandent un transfert du patient à l'UMD doivent formuler leur demande par écrit, même si généralement cette demande est doublée d'un appel téléphonique ne serait-ce que pour connaître les différentes étapes de la procédure d'admission. A défaut et en tout état de cause, l'un des médecins psychiatres de l'UMD qui est référent pour les admissions, appelle l'équipe initialement en charge du patient « difficile », afin de connaître le contexte et, le cas échéant, réajuster la prise en charge et donc éviter une demande injustifiée.

A la réception de la demande, un dossier vierge à compléter est renvoyé par l'UMD. Est jointe à ce dossier la liste des autres structures qui pourraient être susceptibles d'accueillir le patient. Le dossier doit être renseigné par le médecin qui a présenté la demande ; l'ensemble des informations relatives au patient et notamment les synthèses doivent être jointes. Le service à l'origine de la demande doit également s'engager à reprendre le patient à l'issue de son séjour à l'UMD, une fois l'avis rendu par la commission de suivi médical.

Le dossier complété est retourné à l'UMD où il est alors examiné par une équipe composée du chef de pôle, du médecin psychiatre chargé des admissions, du médecin du pavillon d'admission (38 ou 36 selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme), du cadre de santé de ce même pavillon ainsi que du cadre supérieur de santé.

Chaque patient susceptible d'être admis à l'UMD Henri Colin est ensuite inscrit sur liste d'attente. Il existe deux listes d'attente, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Ces listes sont portées sur deux tableaux blancs, dans la salle de réunion du bâtiment administratif de l'UMD. Y sont mentionnés pour chaque situation : les nom et prénom du patient, l'établissement de provenance, l'« accord staff » (chaque mardi matin, l'équipe de l'UMD se réunit aux fins d'évoquer les demandes d'admission), l'« accord admission » (donné à partir du moment où une place se libère ou bien, est sur le point de l'être), les dates des arrêtés (préfectoraux portant admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat) et les dates effectives d'entrée.

Il peut s'écouler un délai important entre l'accord donné par l'équipe de l'UMD et l'arrivée effective du patient. A titre d'exemple, sur les huit femmes qui étaient sur liste d'attente le 13 septembre 2012 (cf. *supra*), une seule avait obtenu l'accord de l'équipe de l'UMD. Mais aucune chambre du rez-de-chaussée du pavillon 36 n'étant disponible, aucune femme n'était susceptible, à ce moment-là, d'intégrer l'UMD Henri Colin.

Le délai de réponse est d'un jour à plusieurs mois, en moyenne trois mois.

Selon les informations recueillies, il peut dès lors arriver que le patient, en crise, ne le soit plus au moment de son admission, compte tenu du délai qui s'est écoulé entre la demande initiale et l'arrivée effective sur le site de Villejuif.

Dans son rapport, le comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants avait indiqué qu'« au cours de la visite de 2010, la délégation a eu connaissance de plusieurs cas de patients en attente de patients en UMD qui avaient été mis en chambre d'isolement dans les services de psychiatrie générale pendant des périodes prolongées allant jusqu'à six mois d'affilée, fréquemment sous contention complète (membres inférieurs/supérieurs et abdomen immobilisés), de jour comme de nuit, et devant parfois se soulager par le biais d'une sonde urinaire. Selon les membres du personnel qui ont

fait face à de telles situations, ces mesures contribuaient généralement à accentuer encore davantage la rupture du lien thérapeutique entre patients et professionnels de santé. De l'avis du CPT, le maintien de patients dans de telles situations s'apparente à un traitement inhumain et dégradant ».

3.2 Les modalités d'arrivée du patient

Le patient arrive en ambulance par le sas. Le véhicule se rapproche, dans la mesure du possible, de l'entrée du pavillon dans lequel le patient doit être hospitalisé. Il est transporté de l'ambulance au pavillon d'admission (38 ou 36 selon qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme) sur un brancard ou accompagné à pied par le personnel soignant présent.

Une fois arrivé au pavillon concerné, les modalités d'accueil diffèrent.

Elles seront détaillées dans le corps du rapport, dans les paragraphes relatifs à chacune des unités.

3.3 La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

Des efforts notables ont été entrepris par le groupe hospitalier Paul Guiraud pour mettre en œuvre dans les meilleures conditions les dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Ces efforts dépassent largement ce qui a été observé dans d'autres établissements.

Un groupe de travail sur la mise en œuvre de la loi a été mis en place avant même son entrée en vigueur.

Ce groupe de travail, pluridisciplinaire et permanent, est composé de sept médecins désignés par le président de la CME, de la direction des soins infirmiers, de cadres de santé, de secrétaires médicales, de membres du service social et du service des admissions, ainsi que d'un informaticien du département d'information médicale (DIM).

Il s'est réuni, d'abord toutes les semaines puis tous les mois. Les contrôleurs ont ainsi pu consulter les comptes-rendus des réunions qui se sont tenues les 6 juillet 2011, 13 juillet 2011, 21 juillet 2011, 31 août 2011 et 14 septembre 2011.

Ce groupe de travail ou comité de pilotage continue de fonctionner ; son but aujourd'hui est de répondre aux questions des personnels et de travailler sur l'information juridique des patients. Ainsi, les réunions des 18 mars, 25 avril et 6 juin 2012 ont servi à élaborer des documents (livret d'information sur les droits et voies de recours) ainsi qu'une note de service concernant les décisions, attestations administratives et décisions de justice relatives aux mesures de soins psychiatriques sans consentement. Les contrôleurs ont pu assister à la réunion du 11 septembre 2012, où cette information et ces documents ont pu être largement débattus.

Parallèlement, trois ou quatre rencontres ont été organisées avec la préfecture, les magistrats des TGI de Nanterre et de Créteil et les barreaux des deux ressorts. Le bâtonnier du barreau de Créteil accompagné de sept ou huit avocats se sont rendus également à l'établissement au mois d'avril 2012.

Une « annexe » du tribunal de grande instance de Créteil a été aménagée, à l'intérieur même du groupe hospitalier, sur le site de Villejuif (cf. *infra*), comme à Clamart pour le TGI de Nanterre, aux fins de pouvoir tenir des audiences foraines ou par visioconférence. Le plateau technique était prêt à être utilisé le 27 juillet 2011 sur le site de Villejuif.

Enfin, un bilan de l'application de la loi du 5 juillet 2011 a été établi et présenté, en version *PowerPoint*, au conseil de surveillance du groupe hospitalier Paul Guiraud le 22 juin 2012.

Ce bilan contient *in fine* des propositions d'évolution du dispositif issu de la loi du 5 juillet 2011.

Il ressort également des comparaisons effectuées entre la situation au 1^{er} août 2010, au 31 mai 2011 et au 31 mai 2012, que la loi n'a pas eu d'impact sur les critères médicaux d'admission et sur le suivi clinique des patients hospitalisés d'office ou admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Enfin, un juriste, embauché au second semestre 2012, est rattaché au service des admissions.

Selon les informations recueillies, les difficultés relevées sont principalement les suivantes :

- le groupe hospitalier – qui outre le site de Villejuif dispose d'un hôpital à Clamart – dépend de deux tribunaux de grande instance (TGI), ceux de Créteil et de Nanterre, eux-mêmes situés dans le ressort de deux cours d'appel différentes, respectivement Paris et Versailles. Les cours d'appel comme les tribunaux n'ont pas harmonisé leur jurisprudence et le groupe hospitalier a dû s'adapter ;
- le nombre de certificats médicaux requis pour chaque patient admis en soins psychiatriques sans consentement est important mais décuplé compte tenu du nombre de patients hospitalisés sur l'ensemble du groupe hospitalier. Néanmoins, il a été précisé que le logiciel dont est équipé le groupe hospitalier alerte les secrétariats médicaux sur les dates auxquelles il convient d'établir les certificats périodiques prévus par la loi ;
- s'agissant plus spécifiquement de l'UMD, des retards dans la transmission des arrêtés préfectoraux et des erreurs dans la computation des délais ont engendré en 2011 dix-sept mainlevées de mesures d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

La difficulté est accentuée par le fait que l'UMD accueille des patients originaires de tout le territoire national, ce qui suppose des délais de transmission plus longs pour les arrêtés préfectoraux.

En outre, la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) du Val-de-Marne, dont il a été dit aux contrôleurs qu'elle était sous-dimensionnée, s'est trouvée rapidement encombrée par le nombre de demandes et a, dans certaines situations, dépassé les délais légaux. Il a été fait état, par exemple, du cas de deux patients pour lesquels la commission de suivi médical avait décidé d'une réintégration dans leur hôpital de secteur et pour lesquels la délégation territoriale de l'ARS n'avait toujours pas transmis les arrêtés. Pour autant, les mesures n'ont pas été levées, en accord avec la communauté médicale et le chef de pôle de l'UMD.

A ces difficultés structurelles s'ajoute dans certains cas, difficilement quantifiables, un refus de la part du corps médical et de la direction de l'hôpital d'appliquer l'ordonnance de mainlevée au prétexte de la dangerosité du patient.

Ainsi, dans le cadre des réunions du groupe de travail sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, a été analysée, le 9 septembre 2011, une décision de mainlevée d'une mesure

concernant un patient de l'UMD. Outre le fait que cette ordonnance, transmise au groupe hospitalier Paul Guiraud le vendredi à 19h45, n'a été découverte que le lundi matin, il était ainsi indiqué dans le compte-rendu : « étant donné la dangerosité avérée du patient qui ressort de son dossier, dangerosité confirmée par l'équipe médicale de l'UMD, **il ne peut être envisagé une sortie du patient** sans compromettre gravement la sécurité publique. En conséquence, **la direction de l'établissement n'a pu procéder à cette sortie**, qui aurait été en violation directe de ses obligations générales de sécurité et qui aurait pu conduire à la mise en danger de la vie d'autrui, et ce, dès les abords immédiats de l'établissement, notamment au regard de l'agressivité et des menaces répétées du patient vis-à-vis du personnel soignant ». Face à cette situation, il apparaît que le directeur a immédiatement alerté l'agence régionale de santé, le procureur de la République de Créteil et sollicité de la part d'un médecin extérieur (de l'hôpital Paul Brousse) un certificat permettant l'admission du patient en soins sur décision du représentant de l'Etat. L'arrêté du préfet du Val-de-Marne prononçant l'admission en soins psychiatriques sans consentement a été notifié à l'établissement le lundi à 18h04 et transmis dans le service de l'UMD à 18h11.

A l'issue de cet incident, deux possibilités légales étaient rappelées lors la réunion précitée du groupe de travail sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 :

- celle pour l'auteur de la saisine de demander au procureur de la République le caractère suspensif de l'appel dans les 6 heures de la notification de la décision. Or, il est à noter que dans deux des affaires pour lesquelles une mainlevée avait été ordonnée, une demande d'effet suspensif de l'appel avait été interjetée par le ministère public. Celle-ci avait été rejetée au motif que le patient n'avait été ni informé de la situation, ni mis à même de présenter ses observations.

Il avait dès lors été proposé, à l'occasion d'une réunion du groupe de travail relatif à la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, que « le jour de l'audience du patient, le psychiatre référent fasse par anticipation un certificat de situation qui se prononce sur trois points, ce pour éviter toute difficulté au médecin de garde qui serait amené en urgence à devoir dispenser cette information légalement exigée : l'organisation des soins et du service ne permet pas de communiquer au patient la décision du JLD ; compte tenu de son état, le patient n'est pas capable de comprendre la situation ; le psychiatre référent dispensera au patient cette information dès que son état le permettra ». Cette proposition n'a pas été retenue et n'a jamais été mise en œuvre, les cas de figures auxquels cette hypothèse devait faire face ne s'étant pas reproduits. Il était également envisagé de remplacer ces certificats par anticipation par une lettre signée par le chef de pôle, en sa qualité de chef de service de l'UMD, expliquant que compte tenu de l'organisation du service, il n'était pas possible de dispenser cette information à un patient de l'UMD passé certaines heures, sans le réveiller. Cette lettre devait être laissée au bureau des admissions pour le psychiatre de garde qui, sur la base de celle-ci, pourra alors dresser un certificat médical établissant l'impossibilité matérielle de procéder en urgence à cette information, celle-ci devant être effectuée dès que l'organisation des soins et l'état du patient le permettraient.

- faire un programme de soins commençant par une phase d'hospitalisation complète, qui sera transformé, *via* le certificat de modification de la forme de la prise en charge, en hospitalisation complète les jours suivants. Ce certificat de passage en hospitalisation complète déclenche le délai de saisine du juge avant quinze jours.

Désormais, en cas de mainlevée, le juge des libertés et de la détention (JLD) de Créteil donne en principe désormais un délai de 24 heures à l'hôpital pour mettre en place, en remplacement de la mesure, un programme de soins.

Nonobstant cette précaution, les contrôleurs ont pu prendre notamment connaissance d'une ordonnance du 13 septembre 2012 dans laquelle il était indiqué que cette mainlevée n'avait pas été respectée.

L'avocat du patient soulevait l'irrégularité de la procédure d'hospitalisation sans consentement, au motif que l'hospitalisation était ininterrompue depuis le 20 août 2012 et que la décision de mainlevée ordonnée le 30 août 2012 n'avait pas été respectée. En effet, le JLD avait levé la mesure le 30 août. Le même jour, un certificat médical avait été établi en vue de l'admission du patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence. Ce certificat était établi par un psychiatre de l'établissement et ne faisait état d'aucun élément nouveau dans l'état clinique du patient susceptible de justifier une nouvelle mesure d'hospitalisation complète. Le magistrat en a déduit qu'il s'agissait d'une violation délibérée des dispositions du code de la santé publique et que l'ensemble de la mesure d'hospitalisation complète était entachée d'irrégularité et ne pouvait se poursuivre. Néanmoins, le JLD, tout en ordonnant à nouveau la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, a accordé une nouvelle fois un délai de 24 heures pour la mise en place éventuelle d'un programme de soins.

En définitive, plus d'un an après l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, il est apparu aux contrôleurs que des difficultés persistaient. Elles tiennent en partie aux vides juridiques laissés par le texte de loi qui laissent place à une jurisprudence parfois aléatoire des JLD, de surcroît différente selon les tribunaux concernés. En outre, un discours négatif sur la loi et le rôle des juges a plusieurs fois été exprimé : « Paul Guiraud est quand même sur les rotules avec tout ça », « On essaye de respecter la loi ».

Dans la réponse au projet de rapport, le directeur des finances, des admissions et des systèmes d'information a tenu à réexpliquer l'évolution de la jurisprudence et des prises de position de la direction du groupe hospitalier Paul Guiraud et du corps médical. Ainsi, au départ, la justice « acceptait l'analyse selon laquelle une mainlevée "de forme" (sur la question du délai de saisine notamment) pour un patient dont la rupture de soins entraînerait des risques disproportionnés pour la santé et la sécurité de lui-même ou des tiers, pouvait faire l'objet d'une nouvelle mesure de soins immédiatement consécutive et se traduisant par un nouvel examen devant le juge des libertés et de la détention dans un délai de 15 jours ». Puis, à la suite d'une première mainlevée reposant sur le motif d'une nouvelle hospitalisation consécutive à une mainlevée de forme (et pour laquelle il n'a pas été interjeté appel), il a été décidé, par une note du 4 décembre 2012, qu'il n'était plus possible de recourir à une nouvelle mesure de soins suite à une mainlevée. « L'établissement indique s'être conformé aux prescriptions de la justice, selon sa jurisprudence et en s'adaptant aux évolutions de celle-ci. Il est donc inexact de considérer qu'il s'agit d'un "refus d'appliquer l'ordonnance". A la suite de ces consignes, il n'y a jamais plus eu aucune mainlevée pour non exécution de la décision de mainlevée de première instance ».

3.4 Les informations données aux malades arrivants et les possibilités de recours

S'agissant des arrêtés préfectoraux d'admission en soins psychiatriques, ces derniers sont d'abord transmis par télécopie par la direction territoriale de l'ARS au bureau des admissions du groupe hospitalier et parallèlement au secrétariat de l'UMD pour éviter de perdre du temps.

Les originaux sont adressés au bureau des admissions qui les transmet ensuite avec un imprimé intitulé « attestation de remise au patient de l'arrêté préfectoral » au cadre du pavillon où sera affecté le patient, à défaut à un infirmier ; selon les informations recueillies, ce sont eux qui notifieront l'arrêté au patient et qui lui en remettront une copie « si ce dernier le souhaite ». Il existe une attestation par type d'arrêté. Par cette attestation, le patient reconnaît avoir reçu une copie de l'arrêt préfectoral et avoir pris connaissance de ses droits et voies de recours affichés dans l'unité de soins. Au vu du procès-verbal de la réunion du groupe de travail qui s'est tenue le 6 juillet 2011, ces feuilles d'information ont été établies dans l'attente de la révision du livret d'accueil.

En pratique, dans chacune des unités d'admission (pavillons 38 et 36), il a été indiqué que cette notification n'intervenait pas toujours ou pas tout de suite.

Une fois l'arrêté signé, le secrétariat de l'UMD en fait une copie insérée dans le dossier du patient, l'original étant transmis au bureau des admissions.

Chaque personnel du bureau des admissions compétent est censé vérifier que ces documents lui sont bien retournés, *via* un agenda papier qui lui permet de faire des relances (deux jours après l'envoi des documents). Il a été indiqué que si ces notifications ne revenaient pas, attache téléphonique était prise avant l'audience du JLD, afin d'obtenir les documents et de compléter le dossier.

Il a été indiqué aux contrôleurs que depuis le mois de juin 2012, les dossiers dans lesquels ces attestations de remise signées par le patient ne figuraient pas, faisaient l'objet systématiquement d'une mainlevée par le juge.

Selon les informations recueillies, il est prévu de modifier la procédure d'information des patients. Outre les attestations individuelles, des livrets des droits et des voies de recours vont être remis aux patients ; ces documents ont été discutés lors de la réunion du groupe de travail du 11 septembre 2012 à laquelle les contrôleurs ont assisté.

Lors de cette réunion, des oppositions au principe même de la notification des décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement ont été émises, fondées sur l'opposition qui existerait entre d'un côté, la logique juridique supposant la recherche et donc la constitution de preuves – il a par ailleurs été indiqué que les avocats du barreau de Créteil étaient « arc-boutés » sur la question de la preuve de la notification aux patients des mesures d'admission en soins psychiatriques sans consentement – et de l'autre, la logique médicale tournée vers le soin. Cette opposition s'est ainsi manifestée : « on peut être dubitatif sur la capacité de certains patients à comprendre les décisions qui les y ont placées » ; « pourquoi ne pas délivrer un code pénal ? » ; « le quotidien ce n'est pas ça et ça ne doit pas être l'application de la loi ».

Les livrets des droits et voies de recours sont distincts des livrets d'accueil ; dans le livret d'accueil mis à jour en août 2012, il est d'ailleurs prévu dans le chapitre intitulé « vos droits », un renvoi à ces livrets des droits et des voies de recours : « Un livret spécifique destiné à vous informer de vos droits en fonction de votre type d'hospitalisation est disponible dans l'unité de soins et au bureau des relations avec les usagers. Il comprend toutes les informations sur les voies de recours, notamment juridiques ».

Ont ainsi été validés deux projets de livret en papier glacé, édités en juillet 2012, intitulés « vos droits et recours », l'un de couleur bleue relatif à l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, le second de couleur verte relatif à l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

Ces livrets contiennent des informations relatives à la période d'observation et de soins initiale, aux modalités de prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins) ainsi qu'aux voies de recours (juge des libertés, commission départementale des soins psychiatriques, tribunal administratif, cour d'appel) avec mention de l'ensemble des adresses postales et des coordonnées du bureau des associations des familles des usagers. S'agissant du JLD, il est volontairement dénommé « juge des libertés » et non juge des libertés et de la détention ; il a été rappelé que cette dernière appellation était source de confusion en particulier pour les patients de l'UMD, qui pour certains ont été condamnés pénalement ou ont eu déjà affaire à la justice pénale et précisément au juge des libertés et de la détention. A cette occasion, il a été précisé qu'« on aurait préféré que le juge soit le juge des tutelles et ce, d'autant que deux tiers des patients sont par ailleurs des majeurs protégés ». Enfin, le livret se termine par des extraits de la charte de la personne hospitalisée.

Est en outre insérée dans ce livret une fiche cartonnée, intitulée « attestation de remise de l'information relative à la situation juridique et aux voies de recours des patients soignés en soins psychiatriques sans consentement » dont il est prévu qu'elle soit jointe à l'un des certificats suivants : certificat des 24 heures, certificat de réintégration en hospitalisation complète, d'admission par transfert ou d'admission pour réintégration dans le secteur d'origine. Par cette attestation, le patient « reconnaît avoir reçu le document d'information relatif à ma situation juridique et aux voies de recours dont je dispose ». Il est prévu qu'il date et signe le formulaire. En cas d'impossibilité de remise, compte tenu de l'état clinique du patient, le médecin apposera son cachet et sa signature ; il est par ailleurs rappelé qu'une mention motivée de cette impossibilité est à porter dans le dossier médical. Il est également prévu que si le patient refuse de signer, un témoin pourra alors le faire à sa place, en précisant sa qualité.

Dans la note de service n° 40, signée par le directeur du groupe hospitalier, il est rappelé que le livret correspondant à la situation juridique du patient doit être remis dans les 24 heures suivant l'admission, contre signature du formulaire de remise joint à chaque livret. Dans la réponse au projet de rapport, le directeur des finances, des admissions et des systèmes d'information a tenu à préciser : « La note de service (...) dont il est fait mention a été diffusée et mise en application en date du 3 décembre 2012. Les livrets mentionnés sont donc utilisés couramment, même s'ils sont adaptés dans leur format pour l'unité pour malades difficiles (utilisation de photocopie sans agrafe sur papier léger, pour éviter les risques de détournement de l'usage ».

Dans cette même note, il est également indiqué que doivent être également remises au patient les décisions administratives relatives aux soins sans consentement « qui sont une condition essentielle de la validité de ces mesures notamment en ce qu'elles constituent la preuve que le patient est informé de sa situation juridique, de ses droits et des voies de recours dont il dispose », ainsi que les décisions de justice rendues par le JLD. Pour les décisions administratives, le patient doit signer une attestation de remise. Pour les décisions judiciaires, il est précisé que le patient doit recevoir une copie de la décision elle-même contre signature d'un « soit-transmis aux fins de notification de décision de justice » ainsi qu'une page l'informant de la possibilité de faire appel de la décision dans un délai de dix jours à compter de la réception de la décision.

3.5 Le juge des libertés et de la détention

Au moment de l'entrée en vigueur de la loi, le volume prévisible des audiences pour l'ensemble du département avait été évalué. Il représentait environ dix-sept audiences par

jour dont cinq pour le seul groupe hospitalier Paul Guiraud. Les avocats considéraient être en nombre insuffisant et disposer d'une rémunération très insuffisante (47 euros) pour assister et représenter systématiquement les patients.

Selon les informations recueillies, entre le 1^{er} août 2011 et le mois de mars 2012, les patients ont été représentés par leurs avocats aux audiences des juges des libertés et de la détention (JLD) de Créteil qui statuaient uniquement sur dossier.

A compter du 16 mars 2012, les audiences ont pu se tenir par visioconférence, le TGI de Créteil ayant été doté de matériel. Le groupe hospitalier Paul Guiraud s'était initialement proposé de fournir lui-même au tribunal le matériel qui n'était toujours pas livré. Le ministère de la justice a finalement équipé la juridiction ; le matériel qui avait été acheté par le groupe hospitalier a été réutilisé à l'hôpital de Clamart. Il a été indiqué aux contrôleurs que les magistrats du TGI de Créteil avaient fini par prôner l'utilisation de la visioconférence car il était très souvent produit des certificats d'inaptitude aux déplacements jusqu'à la juridiction. Il est à noter que dans l'hypothèse où des audiences foraines seraient organisées à l'avenir, les greffiers des JLD pourraient être véhiculés par le groupe hospitalier.

Entre le 16 mars 2011 et le 22 juin 2012, les audiences concernant les patients du groupe hospitalier de Paul Guiraud¹² se sont déroulées :

- dans 59,5 % des cas, par visioconférence ;
- dans 3,5 % des situations, avec un transport des patients au TGI ;
- dans 37 % des cas, sur dossier.

S'agissant de la visioconférence, les psychiatres n'ont pas rapporté, par l'intermédiaire notamment des membres du comité de pilotage, qu'elle constituait une difficulté sur le plan clinique.

Pour le déroulement de la visioconférence, un formulaire doit être rempli par le patient ou le médecin si le patient refuse ou s'il est dans l'impossibilité de signer. Sur ce formulaire, il faut cocher :

- une première case qui doit permettre de savoir si le patient s'oppose ou ne s'oppose pas à l'utilisation des moyens de télécommunication audiovisuels ;
- une seconde case pour attester que le patient a bien été informé de son droit à être assisté par un avocat ;
- une troisième, pour dire s'il souhaite être assisté par un avocat de son choix ou commis d'office.

En outre, six aides-soignants de renfort servent aux accompagnements des patients qui se font à pied jusqu'aux locaux utilisés pour les audiences par visioconférence. Pour chaque patient de l'UMD, il est prévu au minimum deux accompagnateurs, parfois trois en fonction de l'état du patient. Leur nombre est fixé par une prescription médicale.

Ces locaux sont situés dans le pavillon 12, au sein du service 15, secteur 94 G 15, face au bâtiment abritant l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Devant la porte du bâtiment, est posé un panneau de signalisation sur lequel il est

¹² Il n'existe pas de données chiffrées propres aux audiences relatives aux patients de l'UMD.

indiqué « stationnement réservé ministère de la justice ». Une pancarte est en outre fixée à la porte qui ferme à clé et sur laquelle il est écrit « Ministère de la justice et des libertés – Annexe du Tribunal de Grande Instance ».



Entrée du pavillon 12 menant aux salles d'audience et de visioconférence

Cette première porte conduit à une sorte de sas. Donne dans ce sas une deuxième porte, qui ferme elle aussi à clé ; un panneau indique également : « Ministère de la justice et des libertés ». Derrière cette porte, un escalier mène au premier étage. En haut des escaliers, une dernière porte, fermant à clé, doit être franchie pour accéder à un long couloir, lumineux, dont les murs et plafonds sont de couleur blanche, desservant de l'autre côté du couloir :

- sur la droite une « salle d'attente », mansardée, éclairée par quatre vasistas, dont le sol est revêtu de linoléum de couleur verte, équipée de onze chaises pliantes, une table basse sur laquelle sont posés une revue et des gobelets en plastique. Par terre, se trouve une corbeille à proximité d'un radiateur. Dans cette pièce donnent des sanitaires, comprenant un lavabo surplombé d'un distributeur de savon et d'essuie-mains, des WC à côté desquels se trouvent un distributeur de papier hygiénique, une barre de maintien fixée au mur, ainsi qu'au sol, une petite poubelle ;
- légèrement sur la gauche, une grande salle de réunion, recouverte au sol de parquet et équipée de tables rectangulaires. Au mur, est accroché un plan de salle d'audience avec l'emplacement des bureaux du juge et du greffier. Cette salle n'est pas utilisée ;
- sur la gauche, une salle dite « salle des délibérés ». C'est cette salle qui en réalité sert de salle de visioconférence. Elle mesure 6,09 m sur 3,69 m soit une surface de 22,47 m². Du côté gauche, se trouve une table de 0,86 m sur 1,60 m sur laquelle sont déposés un microphone et une télécommande. En face de la table, le long du mur se trouve le matériel de visioconférence, soit un meuble supportant un écran de télévision de 0,70 m sur 0,39 m à 0,74 m du sol. Au total, la salle est équipée de cinq chaises pliantes. Le sol est de couleur verte, similaire à celui de la salle d'attente. Trois vasistas laissent très largement pénétrer la lumière du jour, complétée par un

néon fixé à l'un des murs. Un diffuseur d'air chaud et d'air froid permet de modérer la température de la pièce ;

- encore davantage sur la gauche, se trouve le « box avocat/client » utilisé pour les entretiens entre les patients et leurs avocats, qui se déroulent dans la très grande majorité des cas par visioconférence. Dans ce dernier cas, le patient est laissé seul dans le box, pour préserver la confidentialité de l'entretien. La porte comprend une ouverture vitrée d'une dimension de 0,41 sur 0,22 m. A l'intérieur, deux chaises (l'une face au matériel de visioconférence, l'autre sur l'un des côtés) et une table de 0,80 m sur 1,20 m sur laquelle est posée une télécommande sont fixées au sol. L'écran de télévision comme la caméra sont protégés par une vitre en plexiglas, le radiateur par une grille.



Box d'entretien avec les avocats

Les contrôleurs ont assisté à trois audiences par visioconférence concernant des patients de l'UMD, le lundi 10 septembre 2012 en fin de matinée, sur les six dossiers audiencés.

Les audiences ne débutent qu'à 11h. Il a été indiqué aux contrôleurs que les audiences avaient souvent du retard et qu'elles débordaient sur l'heure du déjeuner, ce qui pouvait être très problématique pour les patients habitués à manger à heure fixe, notamment à 12h pour le déjeuner. Le lundi 10 septembre, le premier dossier a été pris à 11h45. En principe, les patients de l'UMD passent avant les patients des autres secteurs. Ce jour-là, la première audience a duré vingt minutes, la deuxième huit minutes et la dernière cinq minutes.

Un soignant est toujours présent dans la salle mais il reste sur le côté et taisant.

Les avocats ne se déplacent jamais au groupe hospitalier mais sont physiquement présents au TGI, aux côtés du JLD. Les entretiens avec les avocats se font aussi par visioconférence. Ils ont lieu en principe à 9h, ce qui oblige à des allers-retours entre l'UMD et le bâtiment constitué comme annexe du tribunal. Il est apparu aux contrôleurs que les patients avaient beaucoup de mal à identifier l'avocat. Le 10 septembre, l'avocat présent était en robe, comme le magistrat. Un patient a indiqué « on ne le voit pas ». Puis l'avocat s'est

rapproché pour être dans le champ de la caméra ; un autre patient a demandé au magistrat « votre adjoint, il s'appelle comment ? ».

Le jour du contrôle, à la fin de chaque audience par visioconférence, le magistrat indiquait que la décision serait rendue en fin de journée, en pratique vers 17h.

Une réflexion est en cours sur l'instauration d'audiences foraines à l'intérieur du site de Villejuif. Une première audience foraine avait été fixée au 30 août 2012 mais elle a été repoussée *sine die*.

Un premier vice-président au TGI de Créteil qui a pris ses fonctions au mois de septembre 2012 a précisément reçu pour mission d'étudier la faisabilité des audiences foraines, depuis que le service des JLD fonctionne avec quatre magistrats à temps plein et non trois. En effet, entre le mois d'août 2011 et le mois de septembre 2012, le service des JLD était composé de quatre personnes mais qui consacraient 75 % de leur temps à ces fonctions et 25 % aux audiences correctionnelles collégiales de comparution immédiate. La tenue de ces audiences a été confiée à d'autres magistrats qui ont dès lors vu leur charge de travail alourdie. Il a été indiqué aux contrôleurs que pour la juridiction, « les problèmes de moyens avaient pesé très fort sur les pratiques ».

Les avocats du barreau de Créteil sont plutôt favorables au déplacement des JLD au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud et non à celui des malades admis en soins psychiatriques sans consentement, même s'ils reconnaissent que des contraintes budgétaires et de ressources humaines empêchent en l'état le développement de cette pratique.

Une mutualisation des moyens serait envisagée ; si des audiences foraines devaient être organisées, des patients d'autres hôpitaux pourraient venir à l'hôpital Paul Guiraud pour que les JLD n'aient pas à se rendre sur plusieurs sites (tel pourrait être le cas des patients admis sans leur consentement à l'hôpital Paul Brousse situé également à Villejuif, tout près de Paul Guiraud).

S'agissant des décisions rendues par les JLD, outre celles de maintien des soins, il apparaît que :

- sur une dizaine de dossiers par audience, les magistrats ordonnent en moyenne deux expertises ;
- de nombreuses décisions de mainlevées ont été ordonnées. Entre le 1^{er} août 2011 et le 22 juin 2012, quarante-deux décisions de mainlevées ont été rendues dont :
 - une pour insuffisance de motivation des avis médicaux ;
 - une pour désaccord entre le médecin et le préfet ;
 - une suite à une expertise pour un patient détenu ;
 - deux suite à des expertises concluant à la possibilité de soins ambulatoires ;
 - une pour absence du patient à l'audience ;
 - trente-six pour dépassement du délai obligatoire (saisine tardive, erreur dans la fixation de la date d'audience, problème de télécopie...).

13,5 % de ces mainlevées concernaient des patients admis à l'UMD.

3.6 Les registres

Les registres relatifs aux hospitalisations d'office et admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et aux hospitalisations puis admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers font l'objet de registres séparés. Il s'agit de registre de modèle FACIMPRIM 8101, de couleur bleu foncé, numérotés pour les registres « HO/SDRE », de 16 à 25, le n° 25 étant le registre en cours.

Pour s'y retrouver un « classeur SDRE » a été constitué, où sont répertoriés par ordre alphabétique tous les patients qui ont fait l'objet d'une telle mesure, avec l'indication du dernier registre en date et du dernier feuillet sur lequel figurent les informations les plus récentes concernant le patient recherché.

En revanche, au sein de ce classeur comme des registres, aucun moyen ne permet d'identifier les patients hospitalisés à l'UMD de ceux affectés dans les secteurs du groupe hospitalier.

Par ailleurs, les informations concernant certains patients hospitalisés notamment à l'UMD – et qui, de fait, ont fait l'objet de plusieurs hospitalisations au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud ou d'hospitalisations de longues durées – sont portées dans plusieurs registres dont certains sont archivés.

Les feuillets sont également numérotés. Chaque numéro correspond à deux pages. Sur la page de gauche, sont répertoriées les informations concernant le patient (celles-ci ne sont pas manuscrites, c'est le bulletin d'entrée qui est collé), sur la page de droite, celles relatives au déroulement des différentes mesures ; le 15 octobre 2009, deux magistrats du TGI de Créteil ont fait des observations sur le cahier ci-dessus évoqué, indiquant que ni les sorties d'essai, fugues, curatelles etc. n'étaient mentionnées « alors qu'elles devraient l'être ».

Les contrôleurs ont examiné la situation de dix patients hospitalisés à l'UMD, choisis au hasard en fonction de l'ordre alphabétique.

Parmi ces dix patients :

- huit sont des hommes et deux des femmes ;
- quatre viennent du centre pénitentiaire de Fresnes (Val-de-Marne), quatre du groupe hospitalier Paul Guiraud ou d'un autre établissement de la région parisienne deux d'un hôpital de province. Le déroulement de la procédure dans ces deux dernières hypothèses peut être résumé ainsi :
 - dans la première situation, le certificat de demande d'admission datait du 29 juin 2012 (l'accord de l'UMD de Villejuif avait déjà été obtenu), l'arrêté du préfet du Val-de-Marne portant admission en UMD « par transfert d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques » datait du 17 juillet 2012 et le certificat d'admission à l'UMD du 31 juillet 2012 ;
 - dans la seconde, l'arrêté préfectoral initial portant admission en SDRE datait du 29 février 2012 et prévoyait une hospitalisation dans cet hôpital de province, du 29 février au 28 mars 2012, l'arrêté du préfet du Val-de-Marne portant admission en UMD par transfert d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques du 22 mars 2012 et le certificat médical d'admission du 13 avril 2012 ;

- un patient est hospitalisé à l'UMD depuis 2005, un depuis 2010, un autre depuis 2011, les sept autres l'ont été dans l'année 2012 ;
- le plus jeune patient est né en 1991 (21 ans au moment du contrôle), le plus ancien en 1955 (56 ans au moment du contrôle).

Plusieurs remarques peuvent être émises :

- des photocopies en taille réduite des différents certificats médicaux sont collées ou agrafées sur les pages du registre correspondant au patient qui a été examiné ; dans un cas, un certificat médical ne correspond pas au patient dont la situation est retracée ;
- comme le prévoient les dispositions de l'article R.3213-3 du code de la santé publique, les certificats sont dactylographiés et le certificat médical initial est précis et motivé, avec une motivation généralement longue, de plusieurs lignes. Les raisons justifiant une orientation en UMD sont les suivantes : « situation de blocage de la prise en charge », difficulté d'« une prise en charge efficiente en milieu carcéral », « patient incapable de consentir aux soins », « troubles majeurs du comportement se dégradant malgré des adaptations thérapeutiques », « antécédents d'hospitalisation sous contrainte et de séjour en UMD », qui correspondent aux critères exposés par l'équipe soignante de l'UMD aux contrôleurs ;
- en revanche, pour chaque patient, les certificats médicaux suivants ne sont que des « copier-coller » du certificat médical initial, au mot près, rédigés souvent par le même psychiatre ; selon les informations recueillies, cette pratique peut expliquer le nombre d'expertises ordonnées par le JLD ;
- sur chaque certificat, il est laissé un espace à remplir pour la date et l'heure de l'examen. La date est toujours mentionnée, l'heure ne l'est pas, y compris pour le certificat dit des 24 heures (deux cas). Au vu du registre, il est difficile de savoir quelles instructions ont été données, si l'heure doit être complétée systématiquement quel que soit le type de certificat (24 heures, 48 heures, 72 heures, de huitaine), certains médecins notant systématiquement l'heure, d'autres jamais ;
- les dispositifs des décisions du JLD figurent bien au registre, conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique. Dans un cas, la décision intégrale y est collée. S'agissant de la mention et de la date à laquelle le patient a été informé de ses droits, une phrase-type est systématiquement ajoutée dans les certificats médicaux *in fine* : « le patient a été informé de manière adaptée à son état, le..., du projet de maintien des soins psychiatriques et a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière approprié à son état ».

3.7 L'information donnée aux familles

Il est indiqué aux contrôleurs qu'en amont de l'admission à l'UMD, il est demandé au service demandeur de prévenir les familles du transfert du patient. Cet avertissement consiste à prévenir la famille lors d'un entretien ou par téléphone et de l'informer qu'elle obtiendra plus amples renseignements auprès du personnel de l'UMD. En pratique, cela n'est pas toujours fait afin que le patient ne soit pas informé de son transfert vers l'UMD.

A l'arrivée du patient dans le pavillon, si la famille n'a pas été prévenue, elle est jointe par téléphone. Elle sera ensuite informée oralement des modalités d'hospitalisation et des règles de vie, à l'occasion de sa venue pour un entretien avec un membre du personnel soignant.

L'union nationale des familles et amis des personnes malades et handicapées psychiques (UNAFAM) assure une permanence au sein de l'hôpital, dans un local qui lui a été mis à disposition en 2011. Il a été dit aux contrôleurs que les demandes des familles de patients de l'UMD étaient rares ; il n'y a eu aucune demande au cours de l'année écoulée.

3.8 La confidentialité de l'hospitalisation

A ce jour, la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas respectée, malgré les actions mises en œuvre par la direction.

La direction de l'offre de soins, de la stratégie, du secrétariat général et des affaires juridiques a indiqué aux contrôleurs qu'elle « n'a pas réussi à mettre en place la confidentialité de la présence ». Toute personne peut en effet obtenir des renseignements concernant l'hospitalisation d'un patient sur simple appel téléphonique au standard de l'hôpital (qu'il soit hospitalisé à l'UMD ou dans tout autre service du groupe hospitalier).

Une note datée du 5 juillet 2011 émanant du service des admissions et du service juridique rappelle les modalités à suivre pour assurer le respect de la confidentialité. Il s'agit de faire en sorte que le standard ne délivre plus d'informations directement mais renvoie les personnes qui téléphonent au secrétariat des unités d'hospitalisation. A la date de la visite, la direction de l'offre de soins réfléchissait aux mesures à prendre pour faire appliquer de façon effective cet impératif.

Dans la réponse au projet de rapport, le directeur des finances, des admissions et des systèmes d'information a tenu à préciser : « cette déclaration apparaît inexacte, ou au moins excessivement généralisée. La procédure portée par la note de service en date du 5 juillet 2011 est appliquée, même s'il est impossible d'exclure la survenue d'une erreur humaine. Mais cette procédure est connue et appliquées par les agents des admissions auxquels, en journée, le standard transfère les appels relatifs à la présence des patients. Ces agents ne communiquent pas de renseignement directement : lorsqu'un tiers demande des renseignements sur un patient, son appel est transféré vers le service qui pourrait l'héberger et qui connaît les restrictions indiquées par le patient à la communication de sa situation. Il est donc inexact d'affirmer que la direction n'est pas parvenue à établir la confidentialité de la présence. De plus, le directeur adjoint chargé de l'offre de soins n'a pas autorité sur le service des admissions et a fait sur ce sujet une déclaration insuffisamment fondée ».

De même, la directrice de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité a ajouté : « le standard de l'hôpital ne donne pas d'informations sur l'hospitalisation d'un patient. Les appels sont systématiquement orientés vers le service des admissions le jour et le bureau d'accueil et d'orientation, la nuit et les week-ends. Seuls ces services sont à même d'orienter les appels le cas échéant vers le bon interlocuteur d'un service de soins (secrétariat médical, cadre de santé etc.). Dans le cas d'une demande « institutionnelle », celle-ci doit obligatoirement faire l'objet d'un écrit. Les règles relatives aux renseignements téléphoniques et au respect de la confidentialité font l'objet d'une procédure interne, accessible à tous à partir du site intranet de l'établissement ».

3.9 L'accès du patient au dossier médical

Le directeur de l'offre de soins et de la stratégie a en charge la procédure de communication des dossiers médicaux.

Il a indiqué aux contrôleurs que, concernant l'UMD, cinq demandes ont été présentées en 2011 et quatre entre le 1^{er} janvier et le 31 août 2012. Ces demandes émanent toutes de patients ayant déjà quitté l'UMD ; selon les informations recueillies, les familles ne feraient pas de demande pendant le temps de l'hospitalisation par peur de représailles dirigées contre le patient hospitalisé. Ces demandes concernent uniquement les dossiers psychiatriques. Sur ces mêmes périodes, aucune demande de dossier somatique n'a été faite.

Les demandes sont systématiquement transmises au secrétariat médical de l'UMD, dans les meilleurs délais.

Aucune traçabilité n'existe sur les suites données à la demande. Il est indiqué aux contrôleurs qu'aucune réclamation n'a été effectuée auprès de la direction de l'offre des soins pour absence de réponse.

3.10 Le recueil des informations relatives aux patients

Pour les observations médicales psychiatriques, le recueil des informations dans les dossiers des patients est encore effectué sur un support papier. Le psychiatre note dès la fin de l'entretien les informations qu'il juge nécessaires de faire figurer dans le dossier ; il les accompagne de la date de l'entretien, de son propre nom, et généralement, mais pas systématiquement, de sa fonction (praticien hospitalier, attaché, interne).

Le dossier médical est conservé dans le bureau médical de l'unité d'hospitalisation du patient dans un placard qui ferme à clé. Son accès est réservé aux seuls médecins intervenant dans l'unité ou aux psychiatres participant à la commission de suivi médical (cf. § 7). Aucun protocole n'existe pour l'accès au dossier médical par les soignants, elle se fait selon les usages en vigueur au sein de chaque unité.

Pour les informations médicales somatiques, le recueil se fait au moyen du logiciel CIMAISE (logiciel actuellement utilisé par de nombreux hôpitaux), garantissant la confidentialité du recueil et du stockage des informations médicales.

Une formation à l'utilisation du logiciel CIMAISE est programmée pour l'ensemble du personnel de l'UMD à partir du mois de novembre 2012, avec pour objectif que ce logiciel soit utilisé systématiquement pour le recueil de l'ensemble des observations médicales à partir du mois de juin 2013.

3.11 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé se réunit avant l'audience du juge des libertés et de la détention, pour donner un avis écrit circonstancié sur le bien fondé du maintien ou non de la mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement.

Selon le compte-rendu de la réunion du groupe de travail du 6 juillet 2011, le collège est composé :

- d'un praticien du service correspondant au « psychiatre participant à la prise en charge du patient » ; il était précisé que ce psychiatre devait s'entendre comme un psychiatre de l'équipe soignante du service et non comme le psychiatre suivant

personnellement le patient. Il était également recommandé de procéder à la nomination de plusieurs suppléants pour prévenir les absences éventuelles ;

- d'un praticien appartenant à un regroupement de secteurs différent de celui dont relève la prise en charge du patient ;
- d'un soignant, infirmier, représentant de l'équipe pluridisciplinaire, en pratique le cadre de santé de l'unité d'hospitalisation du patient.

La première partie de la réunion se fait sur dossier, l'intégralité du parcours de soins et les motivations médicales de la demande sont examinées. Lors de la seconde partie de la réunion, le patient est vu en entretien clinique par les membres du collège. A l'issue de l'entretien, la décision est prise après la confrontation des points de vue des professionnels.

La rédaction de l'avis est réalisée par le psychiatre traitant. Il s'agit d'un formulaire-type intitulé « avis du collège pour la saisine du juge des libertés et de la détention » sur lequel sont mentionnés : la date et l'heure de la réunion du collège ainsi que les membres qui ont participé à la réunion ; des informations relatives au patient (nom et prénom, date et heure de début de prise en charge, date d'entrée à Paul Guiraud) ; une case à cocher « favorable au maintien » ou « défavorable au maintien », suivie de deux lignes « pour les motifs » ; la possibilité ou non que le patient soit auditionné avec les modalités possibles de son audition (visioconférence ou palais de justice).

Ce document ainsi que la convocation devant le JLD, le formulaire relatif à l'avocat (cf. § 3.5) et l'ordonnance rendue par le magistrat une fois l'audience intervenue sont insérés dans une chemise classée au dossier de chaque patient au secrétariat de l'UMD.

3.12 La communication avec l'extérieur

3.12.1 Le courrier

Les patients de l'UMD peuvent recevoir et envoyer librement du courrier dès leur arrivée.

Il existe une centralisation de la réception et de l'envoi du courrier pour l'ensemble de l'UMD, du lundi au samedi. Celle-ci est réalisée au pôle social dont le personnel était composé au moment de la visite de deux assistants sociaux à temps plein et d'une secrétaire sociale également à temps plein. Les lettres et l'ensemble du courrier en provenance de chaque pavillon sont réceptionnés deux fois par jour au pôle social et acheminés ensuite au bureau de poste de l'hôpital qui est situé à l'entrée principale, avenue de la République, à proximité du bureau des relations avec les usagers et du service des admissions.

Les patients peuvent acheter des timbres, du papier à lettres et des enveloppes : ce sont les soignants des pavillons qui se chargent de ces achats avec l'ensemble des autres achats de la semaine.

Le courrier destiné aux patients est apporté chaque matin par le vaguemestre de l'hôpital qui le remet aux secrétaires médicales du pôle médical et administratif. Ces dernières les transmettent ensuite aux cadres de santé des pavillons lors de leur passage au pôle ou les déposent dans des casiers prévus à cet effet dans ce même lieu. Interrogée par les contrôleurs sur la quantité de courrier reçu, une des assistantes sociales a indiqué qu'elle était abondante tout au long de l'année et particulièrement au moment des fêtes. Au cours de la visite, les contrôleurs ont pu constater, un matin, que cinq lettres étaient déposées dans les casiers à destination des patients du pavillon 37.

Le contrôle du courrier est également pris en charge par le pôle social de l'UMD dont le personnel connaît le statut de chaque patient.

Le courrier reçu par les patients transférés à l'UMD en cours d'incarcération, en vertu de l'article D.398 du code de procédure pénale, n'est pas ouvert à l'UMD mais acheminé vers l'établissement pénitentiaire d'où provient le patient aux fins de contrôle. Une fois celui-ci réalisé, le courrier est renvoyé à l'UMD et suit alors le circuit décrit plus haut. L'envoi vers l'établissement pénitentiaire ne concerne pas les lettres adressées aux autorités pour lesquelles la loi dispose qu'il ne doit pas être ouvert. Le courrier envoyé par les patients relevant de l'article D.398 fait également l'objet d'une transmission préalable à l'établissement pénitentiaire aux fins de contrôle.

Il résulte de cette organisation que le personnel soignant des pavillons n'est pas chargé de contrôler les courriers des patients et les contrôleurs ont de fait constaté que la confidentialité de la correspondance était respectée au sein des pavillons. Le contenu des courriers envoyés peut cependant être connu par les soignants lorsque les patients demandent de l'aide pour leur rédaction.

3.12.2 Les visites

A titre liminaire, les interlocuteurs rencontrés par les contrôleurs ont à, plusieurs reprises, évoqué la nécessité d'une « **régionalisation** » des unités pour malades difficiles, en particulier de l'UMD de Villejuif ; dans la mesure où la durée moyenne de séjour est en moyenne d'un an, il doit s'agir de permettre aux familles de rendre visite aux patients ainsi hospitalisés. Cette régionalisation permettrait également de « mieux travailler » les sorties de l'UMD et le lien avec les services et les unités de secteur.

Les **visites** ne sont possibles pour un patient qu'après trois semaines à compter de la date de son arrivée à l'UMD. Une fois ces trois semaines révolues, il appartient au psychiatre qui suit le patient de décider s'il peut ou non recevoir des visites, notamment celles des membres de sa famille qui le désirent. Une rencontre entre la famille du patient et le psychiatre est organisée pour permettre au médecin de prendre sa décision. Une fois l'autorisation du médecin acquise et aussi celle du juge si le patient relève de l'article D.398 du code de procédure pénale, la famille doit remplir un formulaire conduisant à l'obtention d'un « permis de visite ».

Un **registre** est tenu au pôle social de l'UMD permettant de suivre le nombre de visites reçues par les patients et ainsi de mesurer combien de patients ne reçoivent jamais de visites. Le registre consulté par les contrôleurs indiquait que sur cinquante-huit patients notés présents à l'UMD, seuls cinq n'avaient jamais reçu de visites depuis leur arrivée. Parmi ces cinq patients, un était arrivé depuis moins de trois semaines, deux avaient des parents qui résidaient à l'étranger, un n'avait plus de contact avec sa famille « par choix de la famille » et un autre ne souhaitait pas recevoir la visite de sa famille.

Un « **groupe de soutien aux familles** » a été mis en place au sein de l'UMD et les familles en reçoivent systématiquement l'information lorsqu'elles se présentent à l'accueil pour une visite. Ce groupe de soutien se déroule une fois par mois dans la salle d'un bâtiment adossé au pavillon 37. Il est animé à tour de rôle par des soignants (infirmiers, cadres de santé ou médecins) qui composent une équipe pluridisciplinaire. Les membres des familles qui participent librement à ce groupe peuvent le faire de manière anonyme. Il s'agit d'offrir un espace de parole et d'échanges face à la maladie et aussi, pour le personnel, de délivrer des informations sur les conditions de prise en charge à l'UMD et sur la vie quotidienne des patients. Les contrôleurs n'ont pas pu assister à la réunion de ce groupe de soutien qui ne se

tenait pas au moment de la visite. Néanmoins, de nombreux témoignages, tant des personnels du pôle social que des soignants rencontrés, ont souligné le côté positif de ce dispositif.

Les visites à l'UMD sont possibles les mardi et samedi et dimanche de 14h à 16h. Chaque patient ne peut recevoir la visite que de deux personnes à la fois. Lorsque le patient qui devait recevoir une visite se trouve en chambre d'isolement ou à l'extérieur pour une consultation médicale, le cadre de santé téléphone pour prévenir les visiteurs et empêcher ainsi un déplacement inutile et parfois long. Les visites avec des enfants sont rares et se déroulent en dehors des horaires habituels de visite.

Les personnes qui viennent rendre visite à un patient à l'UMD entrent par une entrée spécifique, signalée par un panneau « Accueil des familles ». Elles doivent se présenter entre 14h et 16h à la porte du bâtiment attenant au pavillon 37 où a lieu l'accueil. Elles doivent sonner et se faire ouvrir à distance une porte vitrée par un membre du personnel soignant qui est installé dans un bureau entouré de vitres et derrière un hygiaphone. Lors de la première visite, le permis de visite est contrôlé. Une fois ce contrôle effectué, la personne en visite doit théoriquement franchir un portique de sécurité. Au jour de la visite des contrôleurs, cette formalité n'a pas été accomplie. Après le portique de sécurité, se trouvent vingt casiers métalliques dans lesquels les personnes doivent obligatoirement déposer tous leurs effets personnels, y compris les sacs à main pour les dames, les clefs de voiture, les téléphones portables ou les appareils photos. Un document remis au moment de l'obtention du permis de visite permet de porter à la connaissance des visiteurs la liste de ce qu'il est possible d'apporter au patient. Concrètement, seuls sont autorisés les livres, les vêtements et les boissons non alcoolisées. Les sommes d'argent doivent être remises au personnel d'accueil qui le remet au pôle social en vue du dépôt sur un compte du patient. Les visites se déroulent au sein de chaque pavillon et les visiteurs s'y rendent seuls après être passés par le bâtiment d'accueil.

Au moment de la venue des contrôleurs, trois visites ont eu lieu le mardi. Deux au pavillon 37 et une au pavillon 38. Une mère qui venait rendre visite à son fils a raconté aux contrôleurs que lors d'une visite, elle avait souhaité lui remettre un collier en or qui avait appartenu à son père aujourd'hui décédé. Elle a reconnu savoir qu'elle n'y était pas autorisée par le « règlement ». Elle a indiqué aux contrôleurs avoir été interrogée par les soignants sur ce geste, une fois le bijou découvert, et avoir fait l'objet de remontrances fondées sur le risque de jalousie et de vol que cet objet pouvait engendrer. Ce renseignement a été confirmé par le personnel soignant. D'après la mère du patient, le fait d'avoir remis cet objet interdit à son fils aurait entraîné une « sanction » sous la forme d'une interdiction de visite d'une durée de deux mois. Du côté des soignants, interrogés sur ce point par les contrôleurs, l'interdiction de visite, décidée par le médecin, était justifiée par le caractère « compliqué » des relations du jeune garçon et de sa mère.

3.12.3 Le téléphone

Les patients ne sont pas autorisés à détenir de téléphone portable.

Comme pour les visites, l'accès au téléphone fixe dans les pavillons n'est pas autorisé dans les trois semaines qui suivent l'arrivée du patient à l'UMD.

Les règles d'accès au téléphone varient ensuite d'un pavillon à l'autre. De manière générale, les contrôleurs ont pu constater un accès souple au téléphone pour les patients, particulièrement en ce qui concerne les appels reçus. Les patients ont droit à un appel par semaine aux frais de l'hôpital, y compris vers l'étranger ou les collectivités d'outre-mer.

En revanche, la confidentialité des appels n'est pas toujours respectée. Interrogés sur ce dernier point au cours de la visite, les soignants ont indiqué qu'il pouvait être nécessaire d'assister à l'entretien par téléphone d'un patient car cela permettait ensuite de mieux comprendre ses réactions et ses difficultés et d'anticiper d'éventuels incidents.

3.12.4 L'informatique et l'accès à Internet

Les patients ne sont pas autorisés à détenir un ordinateur et il n'y a pas d'accès à un poste informatique et donc pas d'accès à Internet au sein des pavillons de résidence de l'UMD. Un seul ordinateur accessible aux patients se trouve au sein de l'atelier d'ergothérapie. En présence des ergothérapeutes, les patients peuvent s'en servir ponctuellement, soit dans le cadre des activités proposées, soit pour leur compte personnel, par exemple pour transférer légalement de la musique sur un MP3. Les patients du pavillon 38 qui n'ont pas accès aux activités d'ergothérapie n'ont donc jamais accès à un ordinateur ni à Internet.

3.12.5 Le droit de vote

Les modalités de mise en œuvre du droit de vote relève de la compétence du pôle social de l'UMD.

Six semaines avant chacune des échéances électorales, un document écrit est remis aux patients afin de leur demander s'ils souhaitent voter. Il s'agit uniquement d'un vote par procuration. Le pôle social vérifie que le patient possède bien le droit de voter, est inscrit sur une liste électorale et que le mandataire choisi pour la procuration est inscrit sur la même liste que lui. Le patient doit aussi disposer d'une carte d'identité. Une fois l'ensemble de ces formalités accomplies, un membre du personnel du commissariat du Kremlin-Bicêtre se déplace à l'UMD pour venir chercher les procurations et le service social prend contact par téléphone avec le mandataire pour l'avertir de la procédure en cours.

Il a été indiqué aux contrôleurs que dix patients avaient exercé leur droit de vote lors des élections présidentielles de 2012.

3.13 Les permissions de sortie

L'article R.3222-4 du code de la santé publique stipule que « l'admission dans une UMD ne fait pas obstacle à l'autorisation de sorties accompagnées de courte durée prévues à l'article L3211-11-1 »¹³.

¹³ « Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement, par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée en application de l'article L. 1111-6 pendant toute la durée de la sortie.

L'autorisation de sortie accompagnée de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

Dans le cas où la mesure a été prise en application du chapitre III du présent titre, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai ».

Une telle autorisation est nécessaire pour les consultations médicales hors du centre hospitalier Paul Guiraud. Il a été indiqué que cette procédure n'était pas imposée pour les examens réalisés dans l'enceinte de l'hôpital, hors UMD.

Les autres sorties concernent essentiellement les patients du pavillon 35 (pré-sortants), dans une moindre mesure ceux du pavillon 37 et jamais, ceux du 38 (« admissions »).

Au pavillon 37, les sorties thérapeutiques sont peu fréquentes : deux à trois par an, a-t-il été précisé. Les bénéficiaires sont des patients qui sont sur le point de poursuivre leur progression par une affectation à l'unité des pré-sortants.

Ces sorties peuvent permettre d'aller faire des achats, de déjeuner au restaurant, d'assister à une séance de cinéma, ... A titre d'exemple, une sortie ayant permis à un patient d'acheter des vêtements et de prendre le repas de midi dans un restaurant du 13^{ème} arrondissement de Paris a été citée.

L'intérêt des sorties thérapeutiques a été souligné par les différents interlocuteurs : elles sont l'occasion d'une reprise de contact avec l'extérieur, d'une réadaptation aux bruits et aux mouvements... Elles sont également mises à profit pour observer les réactions et le comportement des patients face à ces différentes situations.

La demande est formulée quarante-huit heures avant la date de sortie. Selon les informations recueillies, aucune difficulté n'est rencontrée pour la mise en œuvre de cette procédure.

Toute sortie d'un patient de l'UMD impose la présence minimum de deux soignants. Lorsqu'un véhicule de l'établissement est utilisé pour un déplacement, un troisième est chargé de sa conduite. Le cadre de santé du pavillon dont provient le patient doit donc anticiper et prévoir cet effectif supplémentaire. Il a été indiqué que le personnel faisait preuve de suffisamment de souplesse pour que les sorties puissent être réalisées.

Selon les informations recueillies, les dernières sorties dataient de juin 2012 et aucune ne s'était déroulée en juillet et août. Au cours de l'été, les effectifs, réduits en raison des congés, ne permettent pas de dégager deux soignants pour un accompagnement – à l'exception des consultations médicales –.

3.14 Les visites des autorités

La mention des visites des autorités ne figure pas sur la page de garde des registres comme c'est le cas parfois. Ces visites sont répertoriées dans un petit cahier distinct, dans lequel sont indiqués : la date de la visite, la qualité du visiteur, les feuillets et registres sur lesquels la signature de l'autorité est apposée.

S'agissant de la CDHP, il est fait état d'une visite de l'un de ses membres le 20 novembre 2009 mais après vérification, le registre n'a pas été signé à cette date. En revanche, le registre a été signé le 23 octobre 2008, date qui n'est à l'inverse pas mentionnée dans le petit cahier. En tout état de cause, aucun membre de la CDSP ne se s'est rendu au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud et notamment à l'UMD, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 (cf. § 3.15).

Des magistrats du siège et du parquet du TGI de Créteil ont visité l'établissement et signé les registres aux dates suivantes :

- 30 octobre 2008 ;
- 6 avril 2009 :

- 15 octobre 2009 ; il y est ajouté une observation relative à la tenue du registre (cf. § 3.6) ;
- 20 avril 2010 ;
- 5 novembre 2010 ;
- 9 novembre 2011.

3.15 La commission départementale des soins psychiatriques

Les membres de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) puis la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) qui lui a succédé n'ont pas visité le groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif depuis 2009.

Le fonctionnement de ces commissions a été très perturbé au cours des dernières années. Le rapport d'activité de l'année 2011 de la CDSP du Val-de-Marne indique que « le fonctionnement de la commission a été paralysé du mois de février 2010 à juin 2011 à la suite d'un différend qui a donné lieu à un contentieux porté devant la juridiction administrative. Ses membres, dont plusieurs étaient nouvellement désignés, se sont réunis à nouveau au mois de juin 2011 ».

La juge de l'application des peines qui présidait la CDSP a quitté ses fonctions au tribunal de grande instance de Créteil le 1^{er} août 2012. Un nouveau magistrat devait être désigné pour siéger à la commission, comme le prévoit l'article L. 3223-2 du code de la santé publique, et un nouveau président devait être désigné. A la date de la visite des contrôleurs, la commission était incomplète et aucun président n'était en fonction ; de nouveau, son fonctionnement était perturbé.

Il convient d'observer que le champ de compétence de la CDSP du Val-de-Marne, constitué de six membres comme toutes les autres CDSP, s'étend à six établissements psychiatriques regroupant une unité pour malades difficiles et vingt-sept secteurs, dont sept relevant des Hauts-de-Seine et trois de Paris :

	Etablissement public de santé Esquirol Saint-Maurice	Groupe hospitalier Paul Guiraud Villejuif	Hôpital Paul Brousse Villejuif	Centre hospitalier Les Murets à La Queue-en-Brie	Hôpital Albert Chenevier Créteil	Centre hospitalier intercommunal Villeneuve-Saint-Georges
Secteurs Val-de-Marne	1	6 + UMD	1	5	3	1
Secteurs Hauts-de-Seine	/	7	/	/	/	/
Secteurs Paris	3	/	/	/	/	/
Total	4	13 + UMD	1	5	3	1

Selon les informations recueillies, la commission a visité cinq de ces six hôpitaux entre juin 2011 et juin 2012 ; le groupe hospitalier Paul Guiraud n'en faisait pas partie.

Le rapport d'activité de 2011 souligne aussi : « il est assez vite apparu aux membres de

la commission que l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge modifiait le champ d'intervention de la commission et qu'il était peu pertinent de continuer à traiter, lors de la réunion de tous les membres, les lettres ou demandes qui avaient été reçues par la commission. En effet, le croisement de ces demandes avec les dossiers révélait que celles-ci faisaient le plus souvent double emploi avec la procédure qui devait être mise en œuvre devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Créteil.

Ainsi, les membres de la commission ont convenu que les réponses à ces courriers pourraient être traitées, hors de la réunion de tous ses membres, par le président avec le concours de [...] qui assure le secrétariat de la commission.

Par ailleurs, les obligations professionnelles de la plupart des membres de la commission ne permettaient pas d'envisager une réunion collective selon une fréquence supérieure à une fois par mois.

Ainsi, les membres présents à la réunion de la commission du 25 octobre 2011 ont fait le choix, aux fins de donner un contenu plus concret à leur travail, de consacrer leur temps disponible à la visite d'établissements hospitaliers, sachant que ces visites, compte tenu du nombre élevé d'établissements dans le département du Val-de-Marne, allait absorber l'essentiel de ce temps ».

3.16 Le traitement des plaintes et réclamations

Les contrôleurs ont constaté, au sein des différents bâtiments de l'UMD, la présence d'affiches de format A4 réalisées par le groupe hospitalier Paul Guiraud :

- l'une présente les voies de recours pour contester les soins psychiatriques sous contrainte (conseil d'un médecin ou d'un avocat – saisine de la commission départementale des soins psychiatriques – saisine des juridictions administratives – saisine des juridictions judiciaires), pour demander une indemnisation relative à un accident médical ou une infection nosocomiale (saisine de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation) ou pour accéder aux informations médicales (saisine de la commission d'accès aux documents administratifs et de la commission nationale de l'informatique et des libertés), avec mention des différentes adresses ;
- l'autre présente les possibilités de réclamations auprès de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, les modalités de saisine du Contrôleur général des lieux de privation de liberté et les conditions d'accès au dossier médical. Les adresses utiles sont également mentionnées.

3.16.1 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Depuis le 1^{er} septembre 2010, la CRUQPC dépend de la direction de la stratégie, de l'offre de soins et des relations avec les usagers. Son directeur préside la commission qui est composée :

- d'un médecin médiateur et d'un médiateur non médecin ;

- de deux représentants des usagers, l'un de l'UNAFAM¹⁴ du Val-de-Marne et l'autre de l'UNAFAM des Hauts-de-Seine ;
- d'un représentant du personnel ;
- d'un représentant de la commission des soins infirmiers, réadaptation et médico-technique (CSIRMT) ;
- d'invités permanents (la chargée des relations avec les usagers qui assure le secrétariat de la commission, deux cadres de santé, la directrice de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité, l'ingénieur qualité).

Hormis les invités permanents, chaque membre titulaire peut être remplacé par un suppléant.

La commission se réunit, ou bien en formation plénière avec tous ses membres titulaires et suppléants pour traiter de questions de portée générale, ou bien en formation restreinte avec les seuls membres titulaires pour aborder le traitement des questions individuelles.

En 2011, cinq réunions plénières et trois réunions restreintes ont eu lieu.

A la réception des réclamations, un accusé de réception est adressé au demandeur. Les réponses fournies par le service concerné lui sont ensuite transmises et les médiateurs interviennent s'il juge cette réponse non satisfaisante, avant examen en réunion restreinte. Les médiateurs agissent en binôme : un médecin médiateur et un médiateur non médical.

Lorsque des réponses tardent à parvenir au secrétariat de la CRUQPC, une lettre d'attente est expédiée au demandeur. Il a été indiqué qu'il était parfois nécessaire de relancer des services qui ne répondaient pas.

Selon des informations recueillies, des patients ou leur famille hésiteraient parfois à faire des réclamations par crainte de représailles. Pour sa part, la direction de la stratégie, de l'offre de soins et des relations avec les usagers, qui connaît cette méfiance, s'interroge sur les raisons de cette crainte.

En 2011, 106 réclamations ont été enregistrées pour l'ensemble de l'établissement, portant principalement sur la prise en charge (63), sur le vol, perte ou détérioration d'effets personnels (14) ou sur des questions en lien avec la pathologie (10). Deux ont nécessité une médiation. La moitié des secteurs ont totalisé chacun entre sept et quinze réclamations et l'autre moitié entre deux et six.

Six réclamations provenaient de patients de l'UMD :

- deux demandes de levée de l'hospitalisation ;
- une demande de sortie ;
- une plainte pour des menaces d'agressions sexuelles par des patients et des infirmiers ;
- une demande de photographies ;
- une demande pour des difficultés avec l'avocat, la police et le parquet.

Au cours des huit premiers mois de 2012, neuf réclamations provenaient de l'UMD :

¹⁴ Union nationale des amis et familles des malades psychiques.

- L'une, émanant d'un soignant avait pour objet la non prise en compte d'une allergie alimentaire d'un patient ;
- Les huit autres, transmises par des patients (six) ou par des membres de la famille (deux), concernaient :
 - o le contenu du dossier médical ;
 - o l'absence de signature et de cachet sur les copies du dossier médical ;
 - o la privation de visite et l'interdiction d'aliments apportés de l'extérieur ;
 - o l'amélioration des goûters ;
 - o les activités sportives à l'extérieur et l'ouverture d'un compte ; le transfert dans un autre hôpital ;
 - o la rencontre d'un médiateur non médical ;
 - o la qualité des relations avec un soignant.

Par ailleurs, un réseau « inter-CRUQPC » des établissements publics en santé mentale de l'Ile-de-France a été mis en place et une première rencontre s'est tenue le 24 novembre 2011. Un colloque les a réunies le 9 mars 2012 sur le thème de la participation des usagers dans les établissements de santé.

3.16.2 Les évènements indésirables

Les informations relatives aux évènements indésirables, transmises par les professionnels, sont centralisées et exploitées de manière hebdomadaire par la direction de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité.

Globalement, 403 évènements indésirables avaient été signalés en 2010 et 413 l'ont été en 2011. Ils concernent majoritairement l'intra-hospitalier (80 % pour les services de soins et 12 % pour les autres services) et peu l'extra-hospitalier (8 %).

En 2011, soixante-dix-neuf évènements ont été signalés par l'UMD (soit 19 %) :

- vingt-sept au pavillon 35 ;
- trente-cinq au pavillon 36 ;
- neuf au pavillon 37 ;
- huit au pavillon 38.

Selon les précisions recueillies, il ne s'agit pas là de constituer un indicateur mettant en évidence des difficultés plus ou moins importantes selon les unités mais principalement d'évaluer la sensibilisation des personnels à la remontée de ces informations. Ainsi, à l'UMD, quelques personnes (en nombre restreint) utiliseraient très souvent cette procédure, ce qui expliquerait les résultats différents : à titre d'exemple, des personnes signaleraient l'absence d'une seule plaquette de beurre comme une livraison non conforme alors que d'autres ne le feraient pas.

Parmi les dix-huit items, près des deux tiers des signalements traitent de quatre d'entre eux : l'alimentation et des livraisons non conformes (dix-huit), la violence (quatorze), une température inadaptée des locaux (dix), un dysfonctionnement électrique ou de la distribution d'eau (sept).

L'auteur d'un signalement peut connaître la suite donnée en se reportant à sa fiche initiale consultable sur le réseau informatique.

Selon les informations recueillies, le logiciel de déclarations des événements indésirables utilisé doit être revu afin qu'il intègre les faits de violences en tant que tels. Dans sa réponse au projet de rapport, la directrice de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité a indiqué que cette adaptation avait été réalisée en septembre 2011 ; « la fiche violence est en vigueur depuis plus d'un an et donne de bons résultats ».

Il a été indiqué que le comité de liaison « alimentation et nutrition » (CLAN) s'est récemment mis en place, la première réunion datant de mars 2012 et la deuxième de juin 2012. « Des mesures ont été prises pour que les services se parlent », a-t-il été indiqué, évitant les incompréhensions entre les personnels de la cuisine centrale et ceux des unités de soins. Des mesures concrètes ont également été adoptées pour pallier les livraisons non conformes et apporter des solutions durant les weekends et jours fériés.

Un observatoire de la violence a été créé en juillet 2010. Il est composé du cadre supérieur de santé de la direction des soins infirmiers, du secrétaire du comité d'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail (CHSCT), du psychologue du personnel et de la personne en charge des événements indésirables à la direction de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité. Il s'agit d'aborder de manière transversale les situations de violence au sein de l'établissement (liées à des atteintes aux personnes et aux biens, touchant toute personne susceptible d'intervenir dans l'hôpital, personnel, patient, visiteur...), d'analyser le bilan des signalements et de travailler sur des actions à mettre en œuvre. Dans la réponse au projet de rapport, la directrice de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité a précisé que les premiers travaux de l'observatoire de la violence portaient sur les violences de patients envers le personnel et que, pour son programme d'action 2013-2014, les membres de l'observatoire avaient décidé de mener une réflexion sur la maltraitance.

En outre, une cellule de soutien et d'analyse, composée des mêmes personnes, peut se réunir afin d'analyser les situations de violence grave. Elle est également susceptible d'intervenir rapidement auprès de tout agent victime de violence, afin de lui apporter un soutien puis d'analyser les causes profondes de cet incident.

Il a également été indiqué aux contrôleurs qu'un point sur certains incidents pouvait être effectué lors des réunions du CHSCT, à la demande du secrétaire ou du président du comité, même si les incidents qui ont lieu à l'UMD ne peuvent en l'état être individualisés. Les événements font alors l'objet d'une mention au registre du CHSCT.

3.16.3 Les enquêtes de satisfaction

L'établissement a mis en place un nouveau questionnaire et une nouvelle méthodologie.

Il s'est inspiré du questionnaire existant dans les hôpitaux généraux. Sont ainsi successivement abordés « l'accueil à l'hôpital », « les soins », « l'information et les droits », « la qualité hôtelière » avant des questions plus générales et le profil de celui qui répond. Pour quelques questions, deux possibilités (« oui » ou « non ») sont offertes ; pour d'autres, quatre choix sont proposés (« très satisfait(e) » - « satisfait(e) » - « peu satisfait(e) » - « pas du tout satisfait(e) »). A la fin du document, une zone de texte libre est prévue pour compléter les réponses, si nécessaire. Rien ne permet l'identification du patient.

A la différence des précédentes enquêtes, le questionnaire n'est plus distribué sur place pour y être aussitôt répondu mais est adressé au domicile du patient, à l'issue de son hospitalisation. Une enveloppe « T » est jointe, évitant d'avoir à affranchir.

Le nouveau dispositif fonctionne depuis le 1^{er} janvier 2012. Un bilan, arrêté au 13 juin 2012, indique un taux de retour (21,9 %), meilleur que dans l'ancienne formule. Il met en évidence :

- un « point à corriger d'urgence » : la réception du livret d'accueil ;
- des « points à améliorer », notamment les informations données sur les modalités de l'hospitalisation, sur les droits et sur la qualité des repas ;
- des « points satisfaisants », notamment la propreté des chambres et des sanitaires ;
- des « points très satisfaisants », notamment la prise en charge médicale et le sentiment d'amélioration par rapport au jour de l'admission.

Parmi les observations, certains « ont indiqué avoir apprécié l'ergothérapie et réclament plus d'activités pour tromper l'ennui ».

Les modalités de cette enquête de satisfaction ne permettent toutefois pas d'inclure les patients de l'UMD : ceux-ci ne retournent pas à leur domicile mais repartent dans l'unité de soins de leur secteur d'origine et seule l'adresse personnelle est connue du service chargée de l'enquête, l'autre restant dans le dossier médical. Une enquête de terrain, effectuée au sein de l'UMD, est envisagée pour compléter la formule en place. Elle permettrait de recueillir l'avis des patients de cette unité.

4 CONDITIONS MATÉRIELLES D'HOSPITALISATION

4.1 Éléments communs à toutes les unités (*hors analyse détaillée par unité*)

4.1.1 La restauration

L'hôpital Paul-Guiraud dispose d'une cuisine centrale où sont confectionnés chaque jour les repas du personnel aussi bien que ceux des patients. Cette cuisine fournit également les repas du restaurant self-service de l'hôpital de Clamart, commun au personnel et aux patients.

Le service restauration comprend quarante-deux agents dont trente-trois cuisiniers qui relèvent de la direction des services économiques et quatre diététiciennes qui relèvent de la direction des soins. Le nombre de repas fournis en 2010 s'élevait à 478 587 soit 1 884 repas par jour. Cette production est en hausse en 2012. Le coût de fabrication (achat des denrées) d'un repas est en moyenne de 6 euros et le budget prévisionnel 2012 d'achat des denrées se monte à 1 450 000 euros.

Une attention particulière est portée par l'équipe de direction de l'hôpital à la variété des menus, à leur qualité gustative et à l'équilibre alimentaire des patients, en particulier afin de lutter contre les risques d'obésité propres aux patients soignés en psychiatrie adulte. Il existe un cycle de sept semaines de menus identiques. Des régimes particuliers sont suivis par certains patients en fonction de leur état de santé. Un régime sans porc est également disponible pour les patients de confession musulmane et juive.

Les repas préparés dans la cuisine centrale de l'hôpital sont ensuite conditionnés sous la forme de plateaux en plastique sous vide (sauf pour le petit déjeuner et le goûter qui sont livrés « en vrac ») et livrés trois fois par jour dans les pavillons de l'UMD par camion et au moyen de chariots roulants. Des viennoiseries sont livrées le dimanche matin.

Une fois dans les pavillons et au moment des repas, les plateaux individuels sont réchauffés au moyen d'appareils « Ergoserve » situés dans un local attenant aux offices des différents pavillons. Au cours de leur visite au pavillon 36, les contrôleurs ont pu vérifier que les repas servis pour le dîner, un soir au cours de la visite (bavette de bœuf et haricots verts) étaient chauds. Les pavillons sont aussi journalièrement livrés en eau à hauteur d'un litre et demi par patient, quantité augmentée en cas de forte chaleur. Les contrôleurs ont pu constater la présence abondante des bouteilles d'eau d'un litre et demi au sein des pavillons.

Les heures des repas sont identiques au sein des pavillons : 9h petit déjeuner, 12h-12h15 déjeuner, 16h goûter, 18h30 repas du soir. Les soignants des pavillons de l'UMD achètent de temps en temps, de la nourriture à l'extérieur pour le compte des patients afin d'« améliorer l'ordinaire ». Cette souplesse est d'autant plus appréciée par les patients que ces derniers n'ont pas accès à la cafétéria de l'hôpital.

Les commandes de repas sont effectuées chaque jour par les équipes soignantes des pavillons. En 2011, 13 % des signalements d'événements indésirables concernaient l'alimentation sur un total de 407 signalements. Sur ces 13 %, 58 % concernaient des livraisons non conformes et 25 % des dysfonctionnements d'« Ergoserve ». Le Comité de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN), sous-commission de la CME créée en 2011 pour réfléchir aux axes d'amélioration que l'établissement devra se donner dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition au cours de la période 2012-2016, a prévu la simplification des commandes pour les soignants à l'aide de l'outil informatique.

Il a été précisé que les régimes médicaux étaient prescrits par les médecins et contrôlés par la diététicienne de l'établissement et que ceux liés aux pratiques religieuses étaient préalablement communiqués par les secteurs d'où provenaient les patients et vérifiés lors de l'admission.

Au-delà de ces aspects liés à la logistique, le CLAN s'est donné deux axes de travail principaux validés par la CME : « contribuer à la qualité et à la sécurité des soins par l'alimentation et la nutrition » et « donner le plaisir de manger au patient ». La déclinaison de ces deux axes en éléments concrets d'action à venir témoigne d'une volonté affichée de faire de l'alimentation un véritable élément du soin et de tenir compte de la satisfaction des patients. Les contrôleurs ont entendu peu de critiques relatives à la qualité de la nourriture au cours de leur visite. Un des patients a confié à un contrôleur que la nourriture était même plutôt de bonne qualité en comparaison avec d'autres lieux.

Le CLAN a également permis que soit entamée au sein de l'hôpital Paul Guiraud une réflexion d'ensemble sur l'amélioration des repas en chambre d'isolement. Ce point figure explicitement dans le « projet alimentation-nutrition » et le compte-rendu de la première réunion du CLAN, en date du 9 mars 2012, témoigne d'échanges sur le sujet. Ainsi, alors que la responsable de la direction des services économiques, marchés et logistiques indique qu'« un modèle d'assiette et de cuillère en plastique très résistant a été commandé pour les repas en chambre d'isolement et que ces couverts sont actuellement testés dans un service de l'hôpital » un praticien hospitalier chef de pôle s'interroge : « Est-ce que les couverts ne devraient pas plutôt être souples ? ». Une autre personne présente à la réunion conclut en ces termes : « Les besoins sont très différents d'une unité à l'autre rendant difficile le choix du meilleur dispositif ».

Les contrôleurs ont pu constater que la question des couverts en chambre d'isolement se pose à l'UMD. Ainsi, lors du repas du soir du 10 septembre au pavillon 36, à 18h30, cinq repas ont été servis à des personnes en chambre d'isolement. Trois de ces personnes

disposaient d'une cuillère à soupe en inox et deux ne disposaient d'aucun couvert. Dans ce dernier cas, les soignants ont indiqué aux contrôleurs qu'il était prévu que la personne utilise du pain pour porter sa nourriture (déjà découpée) à sa bouche. L'absence de couvert pour une des deux personnes a été justifiée aux contrôleurs par le fait que cette dernière avait précédemment utilisé la branche de ses lunettes pour perpétrer un acte violent contre elle-même.

4.1.2 Les vêtements et le linge

Le principe général au sein de l'UMD est qu'à leur arrivée, les patients doivent obligatoirement revêtir, de jour comme de nuit, des vêtements fournis par l'hôpital et qu'au cours de leur séjour, de manière progressive, ils peuvent porter à nouveau leurs vêtements personnels. Le port des chaussures personnelles est possible dès l'arrivée, hormis lors du séjour dans les chambres d'isolement.

Les vêtements de jour remis aux patients hommes et femmes à leur arrivée sont les suivants :

- une chemise en coton blanche imprimée à motifs de losanges bleus ;
- un pantalon de jogging bleu marine en polyester avec deux poches ;
- une veste de jogging assortie portant la mention « Hôpital Paul Guiraud » en blanc et en lettres capitales au niveau de la poitrine ;
- un blouson noir imperméable de demi-saison avec une capuche.

Pour la nuit, les hommes comme les femmes se voient remettre un pyjama vert clair en coton, de taille une à sept, avec deux poches sur le devant, des manches longues et quatre boutons pression en guise de fermeture. Les femmes qui préfèrent dormir en chemise de nuit doivent utiliser le même modèle de chemise que celle qu'elles portent dans la journée, décrit plus haut. Le personnel soignant a indiqué aux contrôleurs rencontrer de fréquents problèmes de taille de vêtements et trouver difficilement en stock des vêtements vraiment adaptés à la corpulence des patients, en particulier au pavillon des femmes.

Des « chaussons » sont également fournis aux hommes et aux femmes à leur arrivée. Les contrôleurs ont constaté la présence significative de pantoufles de type « charentaise » dans l'ensemble des pavillons tandis que les soignants comme le service logistique indiquaient qu'il était possible de commander d'autres types de pantoufles. En outre, les contrôleurs ont constaté que certains patients portaient leurs chaussons tout au long de la journée, y compris dans les espaces de vie et dans les cours de promenade.

En plus des vêtements de jour et de nuit, les patients se voient remettre des sous-vêtements en coton (culottes ou slips et chaussettes). Il existe des culottes jetables pour les femmes. Lorsque les patients sont placés en chambre d'isolement, ils peuvent disposer d'un pyjama à usage unique en coton non tissé.

Les vêtements personnels des patients sont marqués au moyen d'un code-barres à leur arrivée et stockés dans chaque pavillon en attendant qu'ils puissent les porter. Lorsqu'il fait froid et que le blouson noir fourni n'est plus suffisant pour l'extérieur, les patients sont autorisés à porter leurs blousons personnels. Il existe au sein de certains pavillons de l'UMD un stock de vêtements prévus pour les patients indigents qui arrivent sans vêtement personnel. Dans le pavillon des femmes, ce stock provient de dons d'associations caritatives ou de soignants qui apportent à l'hôpital des vêtements qu'ils ne portent plus.

Le service général de la buanderie de l'hôpital vient chercher chaque jour le linge sale dans les pavillons de l'UMD et rapporte le linge propre. Le vendredi, la livraison est faite en anticipant la fin de semaine. Les pavillons ont à leur disposition des corbeilles hautes en plastiques pour stocker le linge sale en distinguant les vêtements personnels, de ceux fournis ainsi que le linge de lit et les serviettes de toilettes. Les vêtements fournis par l'hôpital doivent être remis par le patient à sa sortie.

4.1.3 Les cultes

Un des quatre aumôniers catholiques du centre hospitalier Paul Guiraud, nommément désigné, rend régulièrement visite aux patients de l'UMD. Il y consacre une après-midi par semaine (une semaine dans deux pavillons, la semaine suivante dans les deux autres) et arrive toujours dans l'unité après la prise des médicaments.

Il rencontre les patients dans les salles de détente ou dans la cour. Pour des entretiens plus confidentiels, il recherche une zone avec des sièges, à l'écart des autres malades. Les soignants peuvent ainsi continuer à exercer leur surveillance.

Lors de sa venue au pavillon « 38 », le 11 septembre 2012, quelques patients sont spontanément venus le saluer et ont souhaité s'entretenir avec lui.

L'aumônier a indiqué que, avant de prendre ses fonctions en hôpital psychiatrique, il avait suivi une formation délivrée par l'association « Chrétiens en santé mentale ».

Une messe est célébrée le samedi matin dans la chapelle de l'établissement, située hors de l'enceinte de l'UMD. Les patients de l'UMD ne peuvent donc pas y assister.

Deux aumôniers protestants et un aumônier du culte musulman se rendent également dans les pavillons. Au pavillon 37, un Coran et une Bible sont disponibles dans une armoire en libre accès. Un soignant a indiqué qu'un patient résidant actuellement au 37, de confession musulmane, faisait ses prières dans sa chambre et qu'à cet effet, il utilisait des draps de bain ou une couverture. Le soignant a dit être attentif au respect de cette pratique : « si on entre dans la chambre et qu'on voit qu'il est en train de prier, on referme la porte et on attend qu'il ait fini ».

4.1.4 Les activités

4.1.4.1 Les activités d'ergothérapie

L'atelier d'ergothérapie de l'UMD est situé au premier étage du pavillon 38.

Il est animé par trois ergothérapeutes femmes (à temps complet) et trois infirmiers hommes (deux à temps plein et un qui exerce son activité à 80 %). Cette équipe est récente (un an) et a été entièrement renouvelée.

Le budget de l'atelier est de 7 000 euros par an pour l'achat de matériel.

Les contrôleurs ont pu interroger deux ergothérapeutes sur les activités proposées et le sens qui leur est donné. L'accent est mis sur la convivialité et sur les échanges avec les patients, dans un contexte « horizontal » c'est-à-dire un contexte au sein duquel les professionnels se placent aux côtés des patients pour entreprendre avec eux des activités susceptibles de développer leur confiance en eux et leur autonomie. Un café est systématiquement offert à l'arrivée des patients à l'atelier, le matin, et lors de la pause des activités de l'après-midi. Ce moment de pause est utilisé pour favoriser le bien-être des patients et leur permettre d'échanger entre eux et avec les professionnels dans une ambiance « non médicale ».

Les ergothérapeutes et les infirmiers participent aux réunions inter-équipes au sein des pavillons, ce qui leur permet d'être intégrés au travail des autres soignants et aussi de mieux connaître les patients et leur évolution dans le temps.

L'atelier d'ergothérapie se compose de trois salles d'inégale dimension.

La première a une surface de 130 m². C'est la plus vaste et celle dans laquelle se déroulent le matin les activités créatives (dessin, peinture, collage modelage) et les activités dites structurantes (reliure, cartonnage, travail du cuir et du bois, mosaïque, menuiserie, fabrication d'objets en terre cuite). Elle est décorée des objets en cours de fabrication, ainsi que des peintures, des dessins et des collages des patients. Cette salle est très lumineuse car éclairée par la lumière naturelle qui entre par cinq portes-fenêtres dont deux donnent sur le balcon du premier étage du bâtiment et le jardin. Les outils nécessaires aux activités sont rangés dans des meubles fermés à clef. Trois presses, trois tables de reliure, une table prévue pour le dessin et trois machines à découper le bois sont disposées dans cette salle. Des magazines et des livres sont disponibles sur une étagère, en libre accès, pour servir d'inspiration aux patients.

Le personnel dispose d'un bureau d'une surface de 10 m² à l'entrée de la première salle. Ce bureau est équipé d'un ordinateur et y est affiché le planning de chaque journée avec le nom des patients participant aux différentes activités. Attenante à la première salle, se trouve également un couloir desservant deux WC hommes et un WC femmes ainsi que des toilettes pour le personnel.



Salle utilisée pour l'ergothérapie

La deuxième salle a une superficie de 20 m². Elle est vide et éclairée par deux fenêtres. Des chaises sont librement disposées dans cette pièce où sont également rangés des jeux de société et des instruments de musiques. Cette pièce est utilisée pour les ateliers d'expression verbale, la lecture et l'écriture.

La troisième salle a une superficie de 60 m². Elle est vide et éclairée par deux fenêtres. Des chaises sont disposées librement dans cette pièce qui est utilisée pour les activités d'écoute de musique en groupe et pour le yoga dispensé par un professeur qui ne travaille pas à l'atelier d'ergothérapie.

Au jour de la visite, ces trois salles étaient parfaitement rangées et propres. La première dégageait une impression de gaieté qui tranchait avec le reste des bâtiments de l'UMD.

Une file active de trente-cinq patients (hommes et femmes) participe en permanence aux activités d'ergothérapie. Les patients placés en chambre d'isolement ne peuvent se rendre aux activités. Les patients du pavillon 38 n'ont pas accès à l'atelier d'ergothérapie. Les ergothérapeutes et les infirmiers se déplacent au pavillon 38 pour y réaliser des activités. L'entrée des ergothérapeutes au pavillon 38 a permis d'ouvrir sur l'extérieur ce pavillon et d'y faire entrer des femmes.

Le jour de la visite (le 11 septembre 2012) dix patients ont participé aux activités le matin et seize, l'après-midi.

L'accès aux activités se fait sur prescription médicale. Cette prescription est adossée à un formulaire qui permet au médecin d'indiquer les axes de la prise en charge (« psychosensoriel », « créatif », « express-cognitif » ou « structurant »). Ce formulaire permet également au personnel d'être informés des éventuels problèmes somatiques rencontrés par les patients. Enfin, le formulaire permet d'indiquer s'il existe une contre-indication à l'utilisation de l'outillage.

Les ergothérapeutes et les infirmiers se déplacent dans tous les pavillons de l'UMD régulièrement pour se présenter et donner des informations sur les activités. Des entretiens sont également réalisés entre le patient, le médecin et un ergothérapeute pour envisager les activités les mieux adaptées.

Une fois la prescription médicale établie, le patient choisit lui-même les jours et heures auxquelles il souhaite venir à l'atelier (dans la limite des places disponibles) et les rendez-vous sont notés chaque semaine sur un agenda papier qu'il conserve. Le matin (9h30-11h30), les patients qui se rendent à l'atelier réalisent des activités (dessin, peinture, collage, sculpture, mosaïque, menuiserie, reliure, cuir, travail du bois, cartonnage, fabrication d'objets en terre cuite) de manière autonome et peuvent demander de l'aide aux encadrants. L'après-midi (13h30-14h30 et 15h-16), sont réalisées les activités en groupe (jeux de société, écoute de musique, mime).

Les contrôleurs ont pu constater que le fonctionnement de l'atelier d'ergothérapie donne satisfaction à l'ensemble du personnel de l'UMD et constitue pour les patients une réelle possibilité d'apprentissage, de détente, d'expression corporelle et verbale dans un emploi du temps par ailleurs très contraint. Cela tient à la qualité des locaux et des équipements mais surtout à l'ambition de l'équipe en place et à son approche ouverte et positive des patients. La qualité du travail fourni rend d'autant plus regrettables les annulations inopinées d'activités pourtant programmées dues au fait que les trois infirmiers peuvent être appelés en remplacement de soignants absents au sein des pavillons. Dans la réponse au projet de rapport, le directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud a tenu à rectifier : « cette observation est inexacte au moins pendant l'heure et demie de chevauchement quotidien entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi, ce qui double l'effectif présent, les transmissions n'occupent que 20 minutes en moyenne ».

4.1.4.2 La psychomotricité

Une psychomotricienne, présente depuis novembre 2011, dispose d'une salle adaptée dans le prolongement du pavillon 38, avant l'entrée de cette unité.

Sur prescription médicale, la psychomotricienne assure des prises en charge individuelles ou fait travailler des groupes de six patients venant d'un même pavillon. Un soignant de l'unité concernée accompagne alors le ou les patients.

A la date de la visite, aucun patient de l'unité 38 n'avait accès à ces soins : les soignants de cette unité ne voulaient pas que les malades sortent du pavillon pour se rendre dans la salle pourtant très proche ; la psychomotricienne estimait qu'elle ne pouvait pas effectuer ses soins dans la salle d'activité de l'unité qui lui était proposée, car celle-ci n'était pas équipée et ne lui permettait pas de travailler dans des conditions acceptables.

4.1.4.3 Les autres activités transversales

L'atelier d'ergothérapie constitue la source quasi-exclusive d'activités pour les patients de l'UMD. En effet, ceux-ci n'ont pas accès aux activités qui sont proposées par le groupe hospitalier Paul Guiraud pour les patients hospitalisés au sein des autres unités du site de Villejuif.

Ainsi, les patients de l'UMD n'ont pas accès à la cafétéria située dans un grand jardin qui est aussi un lieu de détente et où il est possible d'acheter des produits de première nécessité et de la nourriture.

Ils n'ont pas non plus accès au service des activités physiques et sportives qui propose des activités comme l'entretien musculaire, la danse, le stretching, les activités aquatiques...

Ils n'ont pas accès à la bibliothèque générale de l'hôpital.

Les contrôleurs ont interrogé le personnel soignant des pavillons pour connaître les raisons de cette situation. Il apparaît qu'elle est liée soit à l'état des patients et à un risque jugé élevé de conduite dangereuse ou inappropriée (patients du pavillon 38, les arrivantes du pavillon 36) soit, dans la majorité des cas, au manque de temps pour accompagner les patients hors de l'UMD (ceux-ci doivent alors être systématiquement accompagnés de deux soignants ce qui n'est pas souvent possible compte tenu de l'effectif minimum requis au sein des pavillons).

Au moment de la visite des contrôleurs, une activité transversale de théâtre et d'écriture se mettait progressivement en place au sein de l'UMD. Elle résulte d'une convention passée le 25 juillet 2012 entre l'hôpital Paul Guiraud et l'association « Théâtre Orage ». Il s'agit d'animer un atelier et de travailler en étroite collaboration avec les équipes pluridisciplinaires de chacun des pavillons. L'article 5 de cette convention précise que seuls les patients des pavillons 35, 36 et 37 auront accès à cette activité. Les patients du pavillon 38 sont donc d'emblée exclus de cette activité alors que, d'après les informations reçues, elle pourrait pour partie consister en une aide aux patients pour la rédaction de leur courrier.

4.1.4.4 Les activités à l'intérieur des pavillons

L'ensemble des unités du groupe hospitalier Paul Guiraud peut faire parvenir à la direction, à la fin de chaque année pour l'année suivante, une demande de crédits pour des « projets thérapeutiques ». Le préambule du document de présentation de ces projets indique que le projet « est établi par les cadres de santé en concertation avec les équipes soignantes et médicales, dans un but thérapeutique ». Ces projets d'activité, tant en ce qui concerne leur contenu que le montant des crédits qui y sont associés, sont validés conjointement par le coordonnateur général des soins de l'hôpital, la directrice des services économiques et la directrice de la communication, de la culture et du développement.

Il apparaît que les demandes de « projets thérapeutiques », la description de leur contenu et de leur objet sont effectués par chacun des pavillons de l'UMD. Hormis l'atelier théâtre et les activités d'ergothérapie, les projets thérapeutiques sont donc propres à chaque pavillon.

Le pavillon 35 dispose pour l'année 2012, d'un budget de 4 710 euros, le pavillon 36 de 3 160 euros, le pavillon 37 de 3 050 euros et le pavillon 38 de 2 720 euros pour organiser les activités contenues dans leurs projets thérapeutiques. Ces montants correspondent aux demandes effectuées par les équipes des pavillons (certains crédits octroyés sont même supérieurs aux demandes initiales). La lecture de ces chiffres fait apparaître des montants moins élevés pour les pavillons 37 et surtout 38 par rapport au pavillon 35. Le tableau suivant présente les différentes activités de l'année 2012 par pavillon.

Pavillon 35	Pavillon 36	Pavillon 37	Pavillon 38
Repas thérapeutiques : 1 150 €	Cuisine : 200 € Pâtisserie : 500 €	Repas thérapeutiques : 1 350 €	Cuisine : 1 235 €
Sorties thérapeutiques : 600 €	Activité créative : 110 €	Dessin, peinture : 500 €	Musique : 200 €
Aquariophilie : 450 €	Esthétique : 400 €	Sport : 150 €	Presse/BD : 450 €
Jeux vidéo : 400 €	Sorties thérapeutiques : 400 €	Jeux vidéo : 200 €	Activité ludique : 150 €
Presse : 400 €	Ecoute musicale, danse : 750 €	Jeux de société : 100 €	Jeux vidéo : 300 €
Atelier jardin : 900 €	Presse : 500 €	Presse : 250 €	Jardinage : 385 €
Ecoute musicale : 200 €	Jeux de société : 150 €	Débat d'actualité : 50 €	–
Sport : 360 €	Jardinage : 150 €	Bibliothèque : 200 €	–
Yoga : 100 €	–	Sorties thérapeutiques : 250 €	–
Total 4 710 €	3 160 €	3 050 €	2 720 €

Dans la réponse au projet de rapport, la directrice de la communication, de la culture et du développement a tenu à préciser, d'une part, qu'à ces totaux s'ajoutent 9 600 euros pour 2012 pour l'activité théâtre montée sous forme d'une convention pour les pavillons 35-36-37, d'autre part, que le pavillon 37 est le seul à disposer d'un budget « bibliothèque » : « la bibliothèque de loisirs située sur l'hôpital propose des milliers d'ouvrages en accès libre et un catalogue est disponible depuis l'intranet. Les soignants de l'unité pour malades difficiles connaissent son existence puisqu'ils empruntent des ouvrages ».

La logique thérapeutique des disparités observables entre pavillons n'est pas apparue clairement aux contrôleurs. L'éventail d'activités accessible aux patients du pavillon 38 est réduit, ce d'autant plus que sur 2 720 euros de crédits disponibles, 1 235 euros sont consacrés à l'achat par le personnel de produits alimentaires pour le goûter et le petit déjeuner (dans les

autres pavillons, il s'agit d'une activité cuisine à laquelle sont associée les patients dans une logique de valorisation de leurs savoirs). Au pavillon 38, l'amélioration du quotidien *via* l'achat de nourriture est cependant présentée comme permettant de remplir les objectifs suivants « établir un climat de confiance, favoriser et travailler la notion de partage, échange/retour avec les patients, recueil de données clinique sur le rapport à la nourriture chez certaines patients ».

Il peut paraître paradoxal que les patients qui connaissent les plus grandes difficultés soient ceux qui ont le moins accès à des activités variées au sein même de leur pavillon. Cet état de fait est d'autant moins compréhensible que les patients du pavillon 38 ne sortent pas et qu'il arrive qu'ils soient « bloqués » un certain temps dans ce pavillon d'arrivée, faute de places disponibles au pavillon 37.

La question de la mutualisation de certains projets thérapeutiques pour l'ensemble de l'UMD se pose également. Le pavillon 37 est ainsi le seul à disposer d'un budget « bibliothèque ». Au pavillon 36, ce sont les soignants qui apportent des livres et les laissent à la disposition des patientes, sur une étagère prévue à cet effet. L'absence de réflexion concertée sur le choix des ouvrages explique sans doute l'extrême hétérogénéité du fonds accessible. Des titres comme « *Familles ruinées, fille à marier* », « *Idylle à Venise* », « *L'enfant du mystère* » ou encore le dernier tome de la trilogie de Régine Desforges « *La bicyclette bleue* » voisinent avec « *Le Rouge et le Noir* » et avec un « *Dictionnaire du français primordial* ».

4.1.5 Les ressources

A l'arrivée du patient à l'UMD, le service social établit un dossier pour assurer une continuité de la prise en charge sociale ou rétablir des droits lors que ceux-ci ont connu une interruption.

L'assistante sociale rencontrée par les contrôleurs a indiqué que les patients étaient en moyenne jeunes et qu'ils n'avaient pour la plupart jamais exercé d'activité professionnelle régulière. 80 % des patients sont titulaires de l'allocation adulte handicapée (AAH) et 5 % du revenu minimum de solidarité. Trois patients n'ont pas de ressources car ils ne possèdent pas de titre de séjour en règle. Deux patients sont retraités.

Auparavant, une association dénommée « « Entraide et amitié » attribuait des aides aux patients indigents de l'UMD mais cette association a dû réduire ses interventions et ne délivre plus aujourd'hui que des aides remboursables.

Dans le passé, il y avait aussi à l'UMD des ateliers de confection auxquels des entreprises passaient des commandes. Grâce au travail réalisé dans ces ateliers, les patients indigents pouvaient se constituer un « pécule thérapeutique » qui a aujourd'hui disparu. Ceux qui n'ont aucune ressource doivent à présent compter sur l'aide du département.

Dans la réponse au projet de rapport, le coordonnateur général des soins indique : « ce "pécule" n'a pas disparu au moment du passage des contrôleurs. Il a représenté en 2012 13 093,20 € versés mensuellement à 33 patients de l'unité pour malades difficiles (nombre de patients pour lesquels un pécule a été versé en décembre 2012, ce nombre étant globalement stable). Cependant, il n'est plus lié à une activité de type productive donnant lieu à une vente à l'extérieur. En effet, cette pratique représentait des risques juridiques forts de requalification en contrat de travail. Ce pécule est donc donné aujourd'hui à des patients participant à des activités d'ergothérapie non destinées à un échange économique ».

4.2 Analyse détaillée par unité

Le parcours du patient dans l'UMD Henri Colin, de l'état de crise initiale jusqu'au retour dans un établissement de secteur, suit une progression matérialisée par des conditions d'hébergement et de séjour dans différentes unités.

Ainsi, en ce qui concerne les hommes, le patient arrivant est hospitalisé dans l'unité d'admission dit pavillon 38. Lorsque son état psychique est stabilisé, il est admis dans l'unité intermédiaire ou pavillon 37 puis, lorsque la consolidation est acquise et la sortie envisageable, dans l'unité des pré-sortants ou pavillon 35.

Dans l'unité des femmes, la progression de l'état de crise initiale vers la stabilisation et la sortie s'effectue en un seul lieu et, en théorie, selon trois temps d'hospitalisations distincts, caractérisés par des règles de vie différentes.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'idée de créer un pavillon supplémentaire était parfois avancée – sans constituer néanmoins en l'état une priorité – pour permettre le « séquençage » réel du parcours des femmes, l'idée étant de séparer les hommes des femmes lors des deux premières étapes (admission et stabilisation) et de prévoir au contraire un pavillon mixte de pré-sortants.

Par ailleurs, il existe un **règlement intérieur de l'UMD Henri Colin** datant de janvier 2008 mais non validé par les instances et qui n'a pas été remanié (dans la réponse au projet de rapport, le directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud a tenu à préciser que la direction n'avait pas connaissance d'un tel document). Chaque unité qui a ses propres règles de vie ne les a pas formalisées.

4.2.1 L'unité d'accueil des hommes

4.2.1.1 Présentation

L'unité d'accueil des hommes est implantée dans le pavillon 38.

Cette unité dispose de dix-huit chambres à un lit et d'une chambre dite « de haute sécurité ». Aucune chambre d'isolement n'est spécifiquement identifiée car toutes sont identiques et peuvent se transformer en chambre d'isolement.

Le 11 septembre 2012, quinze hommes y étaient hospitalisés, dont deux en application de l'article 122-1 du code pénal (irresponsabilité pénale) et deux en vertu de l'article D.398 du code de procédure pénale (personnes détenues). Aucune distinction n'est faite dans l'unité concernant cette différence de statut. Parmi les patients présents, trois ont déjà effectué un premier séjour au pavillon 38 et ont ensuite « progressé » en rejoignant le pavillon 37 (intermédiaire) puis le pavillon 35 (pré-sortants) mais sont revenus au 38 à la suite d'incidents.

Le 13 septembre 2012, durant la visite des contrôleurs, un patient a quitté le pavillon 38 pour rejoindre le 37.

Le plus jeune des hommes présents avait 20 ans et le plus âgé, 50 ans.

Un patient était placé en isolement depuis le 11 septembre 2012, dans sa chambre. Au cours de la semaine passée à l'UMD, les contrôleurs ont observé qu'il en était sorti ; en revanche, une autre personne a été placée en isolement, tout en restant dans sa chambre.

Il a été indiqué que les soignants étaient tous des hommes, s'agissant d'une unité d'admission de patients de sexe masculin, en crise. Les contrôleurs ont cependant observé que des femmes y venaient aussi : médecins, assistantes sociales, ergothérapeutes notamment.

Le projet médical est centré sur l'accueil du patient et sur sa resocialisation, afin de rendre son état psychique et son comportement compatibles avec la vie en collectivité. La prise en charge quotidienne du patient est axée sur les circonstances qui ont conduit au transfert à l'UMD, sur la capacité du patient à prendre conscience de ses actes et sur son acceptation du cadre de soins du pavillon 38 (P 38) en particulier, et de l'UMD en général.

L'évolution clinique conditionne le passage dans une autre unité de soins, l'unité dite intermédiaire ou pavillon 37, où sera poursuivie la prise en charge médicale dans un cadre moins contraignant.

Selon les informations recueillies, la durée moyenne de séjour au P 38 est de trois à quatre mois. Néanmoins, certains patients (dont un depuis trois ans) y seraient maintenus alors que leurs soins seraient terminés, car ils seraient dans l'impossibilité de retourner dans leur département d'origine.

De manière générale, il est apparu aux contrôleurs que les personnels du pavillon 38 étaient méfiants à l'égard des interlocuteurs extérieurs.

Selon les informations recueillies, ces derniers ont notamment mal vécu la publication d'un article sur le site internet *Mediapart*, le 27 mai 2009, intitulé « Dans l'enfer du pavillon 38 de l'hôpital de Villejuif », regrettant que ne soient à aucun moment évoquées les bonnes pratiques ayant cours à l'UMD.

La visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté a, en outre, été précédée par celle du comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, fin 2010, qui a mis en exergue certaines difficultés concernant plus particulièrement le fonctionnement du pavillon 38, dont certaines sont développées dans les paragraphes ci-dessous.

Parmi elles, il est fait mention dans le rapport de quelques allégations de mauvais traitements par certains membres du personnel soignant (à savoir des coups de pied au niveau du tibia mais également des injures et des propos provocateurs). Le CPT recommandait dès lors qu'« il soit clairement et régulièrement rappelé à l'ensemble des personnels soignants de l'UMD Henri Colin et des unités fermées de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif (...) qu'aucune forme de violence (qu'elle soit de nature physique ou verbale) à l'encontre des patients ne sera tolérée. Tout membre du personnel qui a connaissance de ce type d'agissement doit le signaler par les voies appropriées ».

4.2.1.2 Locaux

L'unité d'admission des hommes est installée au rez-de-chaussée d'un bâtiment de type « R+1 », ancien¹⁵, et un ensemble récent de plain-pied. Elle dispose de deux cours.

La porte d'entrée de l'unité donne dans la cour principale.

Dans les bâtiments, un ensemble est dédié aux activités et à la restauration et un autre à l'hébergement.

¹⁵ L'ergothérapie occupe le premier étage.



Le pavillon 38

Le premier espace regroupe une salle à manger, deux salles de détente et des bureaux.

La **salle à manger**, d'une surface de 65 m², est équipée de sept tables en bois avec des armatures métalliques : quatre tables avec quatre sièges chacune et trois tables avec deux sièges chacune ; chaque ensemble étant solidaire. Ces équipements ne sont pas scellés au sol mais sont très lourds. Des baies vitrées laissent entrer la lumière naturelle. Les murs sont peints et le sol est carrelé ; des protections en bois sont placées sur les angles des murs.



Salle à manger du pavillon 38

Un office, directement accessible par une porte ouvrant à l'extérieur de l'unité pour la livraison des repas, est attenant à la salle à manger. Un réfrigérateur, une cuisinière électrique, des fours à micro-ondes, un lave-vaisselle et un évier équipent la pièce.

Dans le prolongement de l'office, un espace de la salle à manger est réservé aux soignants. Une banque délimite les deux zones. Une table, des chaises et un tableau d'affichage sont en place.

Une salle attenante à la salle à manger est équipée de trois rangées de trois sièges et d'une table de ping-pong avec son filet ; trois raquettes et une balle sont posées dessus. Dans une armoire fermée à clé se trouvent des jeux de société et des livres, majoritairement constitués de bandes dessinées ; dans une autre armoire, ouverte, sont conservés des ballons et un panneau de basket-ball y est placé dans l'attente de son installation dans la cour. Durant la visite, les contrôleurs n'ont vu aucun patient dans cette pièce.

Une salle de réunion avec un bureau attenant, les vestiaires des professionnels, des toilettes (avec deux WC fermés par une porte pleine et deux lavabos) et le bureau des infirmiers donnent dans cette salle.

Une grande **salle de détente**, de 70 m², se trouve à la jonction de la zone d'hébergement et des deux cours. Des baies vitrées laissent entrer la lumière naturelle. Dans cette pièce, sont installées une table pour quatre personnes et une table pour deux, identiques à celles de la salle à manger ; deux sièges manquent à la première, des revues sont posées sur les tables. Trois rangées de quatre sièges, une de trois sièges et une de deux sont fixées sur les différents côtés de la salle. Un baby-foot (avec une balle) est à la libre disposition des joueurs. Un téléviseur à écran plat de 105 cm est protégé par un coffret en bois et une façade en matière plastique transparente ; la télécommande est librement accessible. Une armoire fermée à clé sert au rangement des affaires personnelles (MP3, livres et cigarettes notamment). Des chapeaux, rangés au-dessus de l'armoire, sont distribués aux patients désirant aller dans la cour en période de chaleur, pour les protéger du soleil car, a-t-il été indiqué, les traitements délivrés les rendent très sensibles.



Salle de détente du pavillon 38

Différentes informations sont disponibles sur les tableaux d'affichages :

- une affiche présentant les voies de recours (cf. § 3.16 ci-dessus) ;

- une affiche au format A4 présentant les modalités pratiques de réclamations (cf. § 3.16 ci-dessus) ;
- la charte du patient hospitalisé ;
- la liste des membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ;
- une présentation de la commission de suivi médical.

Un WC à l'anglaise (sans abattant), situé dans une pièce fermée par une porte pleine, est à la disposition des patients.

Le bureau du cadre de santé, un bureau médical et le local de la pharmacie donnent dans cette salle.

Le deuxième espace est affecté à l'hébergement.

De part et d'autre d'un couloir central en arc de cercle, sont répartie une chambre dite « de haute sécurité » et dix-huit chambres, **toutes répertoriées comme étant des chambres d'isolement**. Une salle de bains (avec une baignoire et un lavabo), une lingerie et un local de veille y sont également implantés.

Toutes les chambres sont à double entrée : l'une, quotidiennement utilisée, donne dans le couloir central ; l'autre, prévue pour faciliter une intervention, débouche pour certaines dans la cour de l'unité, pour d'autres à l'extérieur de l'unité. Il a été indiqué que les patients les plus difficiles étaient affectés dans les premières pour rendre plus facile le recours à la seconde porte.

Toutes les chambres sont identiques. Les contrôleurs ont observé plus particulièrement la chambre n° 3. D'une surface de 12,8 m², elle est constituée de deux zones : l'une avec le lit et l'autre, séparée par des cloisons, avec les équipements sanitaires. Le sol et les murs sont peints dans la première et carrelés dans la seconde.

Le lit, métallique, de 1,95 m sur 0,85 m, est scellé au sol au milieu de la pièce. Un matelas de 15 cm d'épaisseur y est placé. Des draps et des couvertures sont fournis. Des chaque côté du lit, trois points de fixation sont prévus pour des sangles de contention (cf. § 6.3 ci-dessous). Aucun autre meuble n'équipe la chambre.

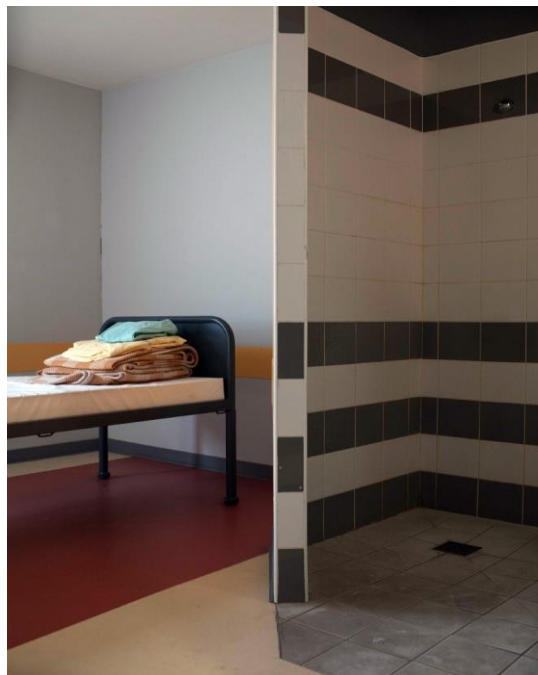


Chambre du pavillon 38

Dans un angle de la pièce, des tubes au néon sont placés verticalement et protégés par des plaques de métal. L'interrupteur est situé à l'extérieur de la chambre pour que seuls les soignants puissent allumer ou éteindre. A proximité de l'éclairage, se trouve un bouton d'appel : il a été indiqué qu'il était relié au poste de veille du couloir et que son report vers le local des soignants avait été demandé, sans succès. Dans la réponse au projet de rapport, il est indiqué : « l'appel malade fonctionne, il est en effet reporté dans le poste de veille du couloir qui est aujourd'hui utilisé comme local de rangement. Les équipes de soin effectuent des rondes régulières toutes les heures ou demi-heures et ne tiennent pas compte de cet appel malade car il n'est pas adapté à la pathologie des patients. Il arrive que ces derniers le confondent avec l'éclairage ou l'utilisent pour un oui ou pour un non ».

Un détecteur de fumée est fixé au plafond.

Hormis le pyjama, aucun objet n'est autorisé dans les chambres. Ainsi, pour boire, le patient doit aller au robinet mais ne dispose pas de gobelet.



Chambre et salle d'eau attenante au pavillon 38

La salle d'eau est équipée d'une douche à l'italienne, d'un WC à l'anglaise sans abattant (un bouton poussoir sert à actionner la chasse d'eau, sans réservoir apparent) et un lavabo avec eau chaude et eau froide. Un miroir, de 80 cm de haut et de 40 cm de large, et un luminaire sont installés au-dessus du lavabo. L'éclairage de cette salle se déclenche automatiquement grâce à un détecteur de mouvement. Une large ouverture donne accès à la salle d'eau ; aucune porte ni rideau ne permet de la fermer.

La porte du couloir, de 1,02 m de large, est en bois. Un hublot de 36 cm de diamètre permet de voir l'intérieur de la chambre et la douche de la salle d'eau ; le WC et le lavabo ne sont pas visibles. Un œilleton, installé dans le couloir, offre une vue de la totalité de la salle d'eau ; il servirait à vérifier que les patients font effectivement leur toilette.

Sur la porte, un emplacement est prévu pour glisser une étiquette mentionnant le nom du patient hébergé. Les contrôleurs ont noté qu'aucun nom n'y est porté ; selon les informations recueillies, la plaquette plastique prévue pour apposer l'étiquette a été retirée car « des patients pourraient s'en servir comme objet contondant ».

Entre les chambres, des gaines techniques donnent accès aux commandes d'eau et d'électricité.

Une patère est fixée dans le couloir, à côté de chaque porte de chambre. Des anoraks y sont déposés.

Chaque patient dispose d'un petit placard à double porte, uniquement accessible du couloir. D'une hauteur de 1,53 m, d'une largeur de 0,50 m et d'une profondeur de 0,40 m, il est équipé de deux étagères. Tous les vêtements y sont rangés, sauf le pyjama qui reste dans la chambre.



Une chambre du pavillon 38 vue du couloir

La chambre de « haute sécurité » est encore plus rudimentaire. Elle est comparable aux autres chambres mais s'en différencie par l'absence d'une salle d'eau : seul un WC à l'anglaise sans abattant est fixé à l'un des murs. La porte du couloir et la serrure ont été renforcées. Lors de la visite de cette pièce alors inoccupée, des couvertures de force, un « maillot » de contention (cf. § 6.3 ci-dessous), un pyjama et un slip étaient posés sur le matelas. Aucun drap n'est fourni.

Cette chambre est destinée à l'accueil des patients arrivants à l'UMD. Il a été précisé que, parfois, faute d'autre place, elle est utilisée comme une chambre ordinaire. Elle est cependant prioritairement destinée à l'accueil de personnes provenant de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP).

Aucune chambre médicalisée n'existe, contrairement à la situation des autres pavillons. A l'unité d'admission des hommes, il a été décidé de ne pas disposer d'une telle chambre et d'utiliser l'espace initialement prévu pour en faire une chambre identique aux autres, pour accroître la capacité d'accueil. En cas de besoin, le patient concerné est hospitalisé dans une unité de soins somatiques, a-t-il été précisé. Dans la réponse au projet de rapport, le chef de pôle de l'unité pour malades difficiles dément : « il s'agit d'une assertion inexacte puisqu'il existe ce type de chambre dans tous les pavillons, bien entendu adaptée aux types de patients dont nous avons la charge ».

Dans les différents locaux, des horloges numériques sont fixés au mur. Certaines ne fonctionnent pas car le changement de piles n'a pas été effectué.

Aucune décoration n'agrémenté ni les chambres ni les salles de détente ni la salle à manger.

Dans son rapport, la délégation du comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants avait d'ailleurs observé que « les chambres du pavillon 38 étaient austères et que les patients étaient généralement privés d'objets personnels ». Selon elle, « des efforts devraient être réalisés afin d'offrir un environnement plus accueillant et personnalisé aux patients du pavillon 38 de l'UMD ».

Deux cours existent mais l'une est principalement utilisée. Elles sont délimitées, d'une part, par les murs du bâtiment et, d'autre part, par une clôture grillagée de 2,90 m de haut avec un retour vers l'intérieur de 1,30 m. Des projecteurs sont dirigés vers l'intérieur des cours.

La cour principale, de 32 m dans sa plus grande longueur et de 23 m dans sa plus grande largeur, est en partie goudronnée et en partie herbeuse. Deux arbres sont en place.



Cour principale du pavillon 38

Deux bancs en bois et, sous un préau, quatre tables en bois avec quatre places chacune, sont à la disposition des patients et des soignants. Un point d'eau est placé sous le préau.

Un jardin potager a été réalisé dans le cadre des activités offertes au sein de l'unité.

Cette cour est accessible par la salle à manger ou par une des salles de détente.

Durant leur visite, les contrôleurs y ont régulièrement vu des patients.

L'autre cour, plus petite, est accessible par la salle de détente principale. Elle est goudronnée et un banc y est installé. Elle est peu utilisée.

4.2.1.3 Personnels

Le personnel est affecté à l'unité en poste fixe. Il se compose de :

- deux psychiatres, assurant une présence quotidienne matin et après-midi ;
- deux internes en psychiatrie, assurant une présence identique à celle des médecins ;
- un médecin somaticien intervenant sur l'ensemble de l'UMD ;
- une psychologue à mi-temps ;
- un cadre de santé ;
- dix-huit infirmiers et quatre aides-soignants de jour ;

- cinq infirmiers et cinq aides-soignants de nuit ;
- quatre agents des services hospitaliers (ASHQ) : deux le matin, deux l'après-midi ;
- deux assistantes sociales intervenant également sur les autres unités.

Les contrôleurs ont constaté lors de leur visite que le personnel infirmier, aide-soignant et ASHQ est exclusivement masculin. Selon les informations recueillies, il en est ainsi depuis la création de l'UMD.

Les équipes de jour sont en poste de 6h45 à 14h45 et de 13h15 à 21h15, l'équipe de nuit est en poste de 21h à 7h. Le chevauchement des horaires permet la transmission des observations cliniques et des consignes ; pendant ce temps, les patients sont dans leurs chambres.

S'agissant des **réunions** du personnel, une réunion clinique pour l'ensemble de l'UMD a lieu tous les mardi matins, chaque unité y est représentée par les médecins et le cadre de santé. Cette réunion permet de discuter des arrivées, des problèmes cliniques rencontrés par les équipes et des passages d'un pavillon à l'autre.

Une réunion clinique au sein du pavillon a lieu un lundi sur deux, de 13h30 à 15h. Y assistent le cadre supérieur de santé, le cadre de l'unité, les médecins, l'assistante sociale, la psychologue et les ergothérapeutes. Cette réunion a pour but de faire le point sur l'évolution clinique des patients et en particulier de poser les indications pour le passage au pavillon intermédiaire le P 37. Celui-ci se fait sur décision médicale, après concertation avec l'équipe.

Un « *staff* protocolisé » a lieu une fois par mois. Il a pour but de faire la présentation clinique d'un patient de façon approfondie et pédagogique. Cette réunion est l'occasion d'avoir une réflexion théorique et pratique sur la spécificité des patients hospitalisés en UMD et sur le type de soins à leur apporter.

Une réunion dite « institutionnelle » a lieu une fois par trimestre. Elle a pour but de parler du fonctionnement de l'unité sur le plan de l'organisation, de l'équipement et des ateliers thérapeutiques.

4.2.1.4 Fonctionnement

A. L'admission

L'accueil des nouveaux arrivants se fait entre 13h15 et 14h45, quand les deux équipes (du matin et de l'après-midi) se chevauchent, afin qu'il y ait un maximum de soignants présents. Le médecin est rarement présent lors des arrivées. Le jour et l'heure d'arrivée sont décidés en concertation entre le cadre de l'unité et celui du service adressant le patient.

Quand le patient sort de l'ambulance, entre cinq et dix personnes sont autour de lui. Selon les informations recueillies, dans un tiers des cas, il y a des moments de tension et d'agressivité à l'arrivée du patient car le service adressant le patient ne l'informe pas toujours de l'endroit où il est transféré, des raisons et de la durée du séjour, et cela, en dépit des demandes des soignants de l'UMD. Il arrive encore maintenant que certains secteurs du groupe hospitalier Paul Guiraud n'informent pas leur patient du transfert à l'UMD mais lui disent simplement qu'il va « en consultation chez les spécialistes ».

Le patient arrive avec un trousseau réduit au minimum, qui a été confectionné par le service d'origine, conformément à la liste établie par l'UMD : deux changes de vêtements et sous-vêtements, une paire de chaussures sans lacet, des affaires de toilettes, de l'argent et, le cas échéant, des cigarettes.

Le patient est escorté jusque dans sa chambre par l'équipe des soignants du pavillon 38. Il lui est demandé de se déshabiller en se tournant vers le mur et de mettre le pyjama du groupe hospitalier Paul Guiraud (cf. *infra*). Le patient n'est pas fouillé. Il est arrivé à quelques reprises que l'équipe découvre des semaines après son arrivé qu'un patient avait caché un objet (par exemple un briquet) dans son rectum. En outre, un patient venant de détention avait caché une lame de rasoir.

Une fois le patient en pyjama, le cadre de santé lui donne des explications sur le règlement de l'unité. Toutes les informations sont données **oralement** ; elles sont répétées au patient chaque fois qu'il en fait la demande. Aucun document ne lui est remis, car selon l'équipe soignante : « il est dans un état clinique rarement compatible avec la remise des documents propres à l'unité et celle du règlement intérieur ». En outre, le cadre de santé ne dispose d'aucun support écrit susceptible d'être remis au patient.

Le jour de son arrivée, le patient est vu par un psychiatre et par le médecin somaticien.

Le patient reste trois jours dans sa chambre, en isolement. Ce temps est présenté par l'équipe comme étant une période nécessaire d'observation clinique. Le patient ne sort de sa chambre que pour être accompagné à la salle de bains, une fois par jour. S'il est fumeur, il lui est interdit de fumer, un substitut nicotinique (patch) lui est alors proposé.

Selon les déclarations recueillies, durant ces trois jours d'observation, un passage en chambre est effectué toutes les vingt minutes par les équipes de jour et il est vu au moins une fois par jour par un psychiatre.

Le cadre explique au patient que ce protocole d'admission et d'observation va « possiblement le frustrer mais n'est pas fait pour l'humilier ».

B. Les règles de vie

Aucune règle de vie applicable à l'unité n'est affichée dans les locaux. Rien n'est remis aux patients.

Le déroulement d'une journée type selon le document réservé à l'usage exclusif des soignants est le suivant :

- 9h : lever, prise des traitements, hygiène corporelle ;
- 9h30-10h : petit déjeuner ;
- 10h-11h45 : entretiens médicaux, ouverture de la cour, activités ludiques ;
- 11h45 : prise des traitements ;
- 12h- 12h30 : déjeuner ;
- 13h-15h : repos en chambre ;
- 15h-15h45 : entretiens médicaux, ouverture de la cour, activités ludiques ;
- 15h45 : prise des traitements ;
- 16h-16h30 : goûter ;
- 16h30-18h45 : entretiens médicaux, ouverture de la cour, activités ludiques ;
- 18h45 : prise des traitements ;
- 19h-19h30 : dîner ;
- 20h : coucher.

Le cadre de l'unité explique que la gestion du rythme de la journée est dépendant du nombre de patients en isolement, qui nécessitent une surveillance rapprochée (un passage toutes les demi-heures) et de la nécessité de pouvoir intervenir en urgence sur un autre pavillon en cas de nécessité.

Selon les constatations et les déclarations recueillies par les contrôleurs lors de leur visite, la journée type est la suivante.

A compter de 8h30, les chambres sont ouvertes et les patients réveillés.

Il a été précisé que l'horaire du réveil diffère d'un pavillon à l'autre : à 8h au pavillon 35, quinze minutes après au pavillon 37, quinze minutes encore après au 38. Ce décalage permet des renforcements réciproques de personnels en cas de difficultés et laisse plus de temps aux soignants des unités les plus difficiles pour préparer les traitements les plus lourds.

L'ouverture débute par la chambre de « haute sécurité », puis par les chambres où des patients sont placés en isolement car les prises en charge y sont plus compliquées. Ensuite, l'ouverture s'effectue par série de quatre chambres, avec un soignant à chaque porte et le chariot de médicaments au centre pour la distribution. Il a été indiqué que ce fonctionnement était aussi un héritage du passé, lorsqu'aucune douche n'existait dans les chambres et qu'un bloc de quatre douches servait lors de la toilette matinale.

Les patients récupèrent leur trousse de toilette conservée dans le placard du couloir.

Un rasoir jetable est fourni chaque jour et est récupéré dès la fin de la toilette. Lors de la distribution de ce rasoir jetable, la pièce en plastique assurant la protection des lames est placée sur le rebord du hublot pour indiquer qu'il devra être récupéré.

Les soignants peuvent s'assurer que la toilette est réellement faite en observant par le hublot ou l'œilleton donnant dans la salle d'eau. Il a été précisé que cette mesure était indispensable pour certains qui ne voulaient pas prendre de douche et que si une personne en isolement refusait de faire sa toilette, l'équipe prenait alors le temps nécessaire pour l'en persuader, sans faire usage de force physique. Cependant, cette démarche demande du temps et retarde d'autant le déroulement de la vie quotidienne des autres patients. L'hygiène buccale est également surveillée attentivement tous les matins.

Les patients s'habillent uniquement avec des vêtements fournis par l'hôpital. Ils en changent chaque jour et les effets sont nettoyés par la blanchisserie centrale de l'hôpital avant d'être de nouveau distribués. Les malades ne retrouvent pas les effets portés dans les jours précédents. Les contrôleurs ont observé que des slips de taille inadaptée étaient fréquemment portés : selon les soignants, les tailles demandées ne sont pas fournies et ils doivent faire face au mieux avec la ressource qui leur est attribuée ; selon la direction, l'établissement dispose d'un stock suffisamment important pour que chacun obtienne des sous-vêtements adaptés.

S'agissant des vêtements portés par les patients, le comité européen pour la prévention de la torture et des traitements ou peines inhumains ou dégradants indiquait dans son rapport : « Un certain nombre de patients se sont également plaints de la mise systématique en pyjama ou en uniforme (survêtement portant l'inscription Paul Guiraud) au pavillon 38 et lors de la phase initiale d'observation allant de 10 à 15 jours au pavillon 37. Le CPT se doit d'insister sur le fait que la pratique consistant à obliger les patients à porter, en permanence et de manière prolongée, un pyjama, une chemise de nuit ou un uniforme n'est pas propice au renforcement du sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi ; l'individualisation de l'habillement fait partie du processus thérapeutique. Le CPT recommande de revoir la

pratique vestimentaire à l'égard des patients dans les deux premières phases de leur prise en charge au sein de l'UMD afin d'assurer une meilleure individualisation de l'habillement ».

En réponse, le gouvernement français déclarait que « la tenue des patients a été améliorée à l'UMD H. Colin, notamment au pavillon 38. Les nouveaux vêtements fournis aux patients ne sont pas des pyjamas mais des tenues de sport ».

Lors du contrôle, un survêtement identique, mentionnant le nom du centre hospitalier à hauteur de la poitrine, est revêtu par chaque patient.



Vêtements fournis par le groupe hospitalier Paul Guiraud

Les chaussures ne sont pas admises. Une paire de pantoufles est fournie à chacun. Les contrôleurs ont ainsi observé des personnes, ainsi chaussés dans la cour, par temps de pluie.

Par ailleurs, une coiffeuse (du salon de coiffure de l'hôpital) vient périodiquement pour éviter que des patients se déplacent à l'extérieur de l'UMD, ce qui nécessiterait un accompagnement par des soignants. Les coupes sont gratuites. Il a été précisé que cette coiffeuse devait venir le 17 septembre 2012, en début d'après-midi.

A 9h30, les patients récupèrent leurs affaires personnelles (cigarettes, MP3, livre, ...) dans leur casier de l'armoire placée dans la salle de détente, puis se rendent dans la salle à manger pour y prendre le petit déjeuner.

L'accès aux chambres est alors fermé et les ASHQ peuvent faire le ménage. Les draps sont changés chaque mardi.

Aucun retour en chambre n'est possible, sauf cas particuliers soumis à la décision des soignants, jusqu'à l'heure du repos de l'après-midi.

L'horaire du petit déjeuner est parfois décalé en raison des difficultés rencontrées le matin. Lors de la visite des contrôleurs, le 11 septembre 2012, il a été servi à 9h50.

Comme pour les autres repas, le placement à table est fixé par les soignants en fonction du comportement et des compatibilités d'humeur et afin de limiter les phénomènes de « racket » de nourriture.

Quelques patients restent seuls.

Le petit déjeuner est constitué d'une boisson chaude (café, lait ou chocolat), de pain, de beurre (une plaquette) et de confiture (une portion). Le dimanche et les jours fériés, un verre

de jus d'orange et des viennoiseries sont servis. Dans cette unité, le choix de la boisson chaude est effectué en début de semaine et ne peut plus varier. Les contrôleurs ont rencontré un patient qui avait bu un chocolat un matin et qui n'a pas pu choisir du café au lait les jours suivants. Selon les informations recueillies auprès des soignants, les commandes sont passées pour la semaine en tenant compte de ces choix et elles ne peuvent plus être ensuite modifiées. Les contrôleurs ont cependant constaté que cette rigidité n'existait pas dans les autres pavillons (notamment au pavillon 37).

Les personnes placées en isolement prennent leurs repas dans la chambre.

Les contrôleurs ont assisté à la remise d'un déjeuner à un homme isolé. Comme pour toute entrée dans une chambre où se trouve un patient, une procédure stricte est appliquée : deux soignants doivent être présents et le patient doit être assis sur le rebord de son lit (et non debout dans la pièce), cette position étant contrôlée à travers le hublot. Le ton alors employé est ferme, comme il pourrait l'être pour un ordre dans une unité militaire.

Entre la fin du petit déjeuner et le repas de midi, les patients peuvent vaquer à différentes occupations (regarder la télévision, jouer au baby-foot, discuter dans la cour...) ou être reçu en entretien par un médecin.

A 12h, le déjeuner est servi dans la salle à manger.

Lors des repas, les discussions au sein d'une même table sont acceptées mais les échanges d'une table à l'autre sont limités. Les passages d'objet ou de nourriture sont également interdits.

Chaque patient dispose d'une cuillère mais n'a ni fourchette ni couteau. Les barquettes individuelles servent d'assiettes. Les portions sont coupées par le personnel pour éviter le recours à un couteau mais des patients ont fait remarquer que manger ainsi n'était pas chose aisée.

Les menus ne sont pas affichés dans la salle à manger. Selon les informations recueillies au sein de l'unité, ils ne sont plus transmis depuis plusieurs mois. Les contrôleurs ont cependant observé qu'ils étaient affichés dans d'autres unités (ainsi au pavillon 37).

Du fait du contrôle strict de l'alimentation, la prise de poids est extrêmement faible. En moyenne, les patients prennent seulement un kilogramme au terme de leur passage à l'UMD.

La cigarette est autorisée, un substitut nicotinique (patch) est systématiquement proposé. Un soignant explique : « ils sont privés de nourriture, de sucreries, il faut bien qu'ils aient un minimum de plaisir ».

De 12h30, après avoir déjeuné, à 13h30, les patients peuvent aller dans la cour ou dans la salle de détente.

Ce moment est également mis à profit pour fumer dans la cour. Les patients ont un libre accès à leur paquet de cigarettes qu'ils récupèrent le matin, déposent à 13h30 avant d'aller se reposer, les récupèrent de nouveau à 16h et les conservent jusqu'à l'heure du coucher.

Ils gèrent leur réserve et consomment selon leurs besoins. Les soignants les laissent libres mais surveillent, pour éviter des pressions sur les plus fragiles.

Aucun briquet ni allumette n'est conservé par les patients. L'allume-cigarettes automatique installé sous le préau ne fonctionne plus et un briquet est attaché par une ficelle à la porte de la salle à manger, dans un lieu où se tiennent les soignants. Il est à la disposition des fumeurs. Dans la réponse au projet de rapport, il est précisé : « cette installation est

ancienne et n'est pas adaptée aux utilisateurs de l'unité pour malades difficiles. En effet, celle-ci fonctionne comme un allume-cigare de voiture et nécessite donc un temps avant d'être assez chaud pour allumer une cigarette. Seulement, les patients appuyant à répétition jusqu'à ce que ce soit assez chaud, cela a réduit considérablement la durée de vie de l'appareil ».

De 13h30 à 16h, les patients restent dans leur chambre pour un temps de repos. Certains dorment, d'autres lisent.

Cette période de retour au calme est indispensable, a-t-il été précisé, en raison de la lourdeur du traitement et du poids de la vie en collectivité.

De manière plus générale, la reconduite en chambre s'effectue soit parce que le patient est fatigué, soit parce qu'il est angoissé, soit parce qu'il le demande. Il est accompagné par plusieurs soignants. S'il est angoissé un traitement sédatif lui est proposé, qu'il peut refuser. Il est systématiquement revu par le médecin dans sa chambre.

Ce temps de retour au calme est mis à profit pour **les transmissions** entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi car la période de chevauchement dure de 13h15 à 14h45. Des évènements empêchent cependant leur déroulement régulier, notamment :

- des examens médicaux qui nécessitent une sortie de l'UMD et un accompagnement par deux soignants, généralement prévus durant ces périodes où les soignants sont plus nombreux ;
- des entretiens avec des médecins, avec la présence systématique de deux soignants ;
- l'accueil des arrivants.

Les achats de cantine sont effectués par les soignants le mardi, en début d'après-midi. En effet, aucune cafétéria n'existe au sein de l'UMD et celle du groupe hospitalier n'est pas accessible aux patients de l'unité. Des commandes sont prises le dimanche et les sommes correspondantes sont ensuite retirées à la banque des patients. Après avoir effectué les achats, les soignants rangent les produits commandés dans les casiers situés dans l'armoire de la salle de détente.

Le 12 septembre 2012, sept patients avaient commandé des paquets de cigarettes et des timbres ; un avait demandé un MP3.

Il n'existe pas de liste ni des objets interdits ni des objets autorisés. Selon les informations fournies, les cigares sont autorisés, sauf s'ils sont contenus dans une boîte métallique et la pipe est interdite. Il a été indiqué que les interdictions étaient souvent édictées en réaction à des incidents.

Les visites des familles se déroulent les mercredis, samedis et dimanches entre 14h et 16h, en présence de deux soignants.

A la date de la visite des contrôleurs, tous les patients étaient autorisés à recevoir des proches. Une famille, qui habitait Bordeaux, venait tous les deux mois ; une autre, qui résidait à Lyon, se déplaçait deux fois par mois.

Un patient a indiqué ne pas avoir vu sa mère durant plusieurs mois car le médecin l'avait prescrit. Sa situation s'étant stabilisée, elle pouvait désormais lui rendre visite.

Six familles sont admises simultanément et chaque patient peut recevoir deux personnes au plus à la fois (mais n'est pas limité sur le nombre total de personnes reçues). Ainsi, jusqu'à vingt personnes (dont les deux soignants) peuvent être présentes au même moment.

Aucune pièce dédiée à ces visites n'existe. Les patients et leurs proches se rencontrent dans la salle à manger, espace peu convivial et peu adapté. Aucune zone n'assure la confidentialité de ces entretiens familiaux, chacun étant proche des autres et pouvant entendre les conversations tenues aux tables voisines.

En été, les visiteurs et les patients visités peuvent aussi s'installer sous le préau où des tables et des sièges offrent des conditions matérielles similaires. La confidentialité n'y est pas meilleure.

Les effets personnels apportés par les familles sont fouillés, les objets interdits (objets métalliques, téléphones, nourriture...) sont rendus aux familles. Les patients ont le droit à un MP3 « même si on sait que ça enregistre mais on laisse faire ».

A 16h, après l'ouverture des portes des chambres, la dispensation des médicaments puis la récupération par les patients de leurs affaires personnelles, un goûter est servi.

Les contrôleurs ont assisté à ce qui est apparu comme un véritable cérémonial.

Après l'ouverture des portes, les patients laissent leur pyjama dans leur chambre, sortent en slip (dont certains sont de taille inadaptée) dans le couloir et s'habillent devant leur placard. Le matin au réveil, à 13h30 avant de rejoindre la chambre pour la période de repos et le soir avant l'aller dormir, la même scène se reproduit : les patients s'habillent ou se déshabillent dans le couloir et sont en slip avant de rejoindre la chambre ou après en être sortis. Il a été précisé qu'ils revêtaient leur pyjama durant leur séjour en chambre.

Dès qu'ils sont habillés, les patients s'alignent dans le couloir, en file indienne, face à la porte de séparation de la zone d'hébergement et de la salle de détente principale. Là, devant la pièce servant de pharmacie, un soignant installe le chariot de médicaments. Un par un, les patients reçoivent alors leur traitement qu'ils prennent sur place.

Ensuite, ils s'alignent, les uns derrière les autres, dans la salle de détente pour récupérer leurs affaires (cigarettes, MP3...). Un soignant se place alors à côté de l'armoire à casiers dont il a ouvert la porte. Un par un, les patients se présentent et reprennent les affaires dont ils ont besoin. Au fur et à mesure, ils vont s'asseoir sur un des sièges de la pièce.

Le 14 septembre 2012, un patient, qui avait oublié de prendre son MP3 dans le casier, l'a signalé au soignant. Alors que personne n'attendait pour revenir à l'armoire, le soignant lui a enjoint de rester assis et d'attendre que tous les autres patients soient passés avant d'accéder de nouveau à son casier : « il fallait y penser avant » lui a-t-il précisé.

Dès la fin de la récupération, tous les patients se lèvent et se placent de nouveau en file indienne, face à la sortie. Un soignant ouvre alors la porte en disant : « messieurs, bon appétit ».

Le goûter est consommé dans la salle à manger. Le plan de table est le même qu'aux autres repas. Un goûter amélioré, avec des viennoiseries, est servi de temps en temps.

A l'issue du goûter, les patients ont « quartier libre », selon une expression rapportée. Ils sont susceptible d'accéder aux activités suivantes : regarder la télévision, jouer à un jeu de société, s'asseoir à une table pour discuter, lire des bandes-dessinées ou écouter de la musique (présence dans l'unité de deux guitares, d'instruments à percussion et d'un lecteur de CD), participer à la confection de petits déjeuners et goûters améliorés, regarder des films (*via* un lecteur de DVD), aller dans la cour notamment pour y fumer ou participer à l'activité de jardinage ; un potager a été aménagé dans un coin du jardin, afin de pouvoir organiser un atelier « jardinage ». Certains légumes sont cueillis et préparés pendant des ateliers cuisine.

Le choix de l'emplacement du potager s'explique par le fait que la zone en question était la seule que les soignants ne pouvaient pas voir depuis leur banc. En y implantant le potager, les personnels se sont ainsi assurés que les patients, auxquels ils demandent de « respecter » le potager, ne pouvaient pas se soustraire à leurs regards.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'activité de jardinage n'était pas investie par les patients.

Durant les périodes passées au sein du pavillon, les contrôleurs ont rarement constaté que des soignants proposaient une activité, même si l'un d'eux a indiqué animer une activité de jardinage, qu'il a mise en place ; un autre a pris une guitare et en a joué à plusieurs reprises ; un autre a proposé une partie de baby-foot à un patient.

De manière générale, les activités se font « sur l'initiative personnelle » des soignants, selon leur disponibilité ; elles ne figurent pas dans le projet de soins dans l'unité. Un soignant a rapporté aux contrôleurs que « le P 38 n'a pas vocation à de grosses médiations ». Un autre a rajouté : « les véritables activités commencent au P 37 (le pavillon intermédiaire), le P 38, c'est l'amorce ».

Deux soignants sont présents dans chacun des lieux ouverts pour assurer la surveillance des patients, ce qui limite à deux le nombre de ces espaces simultanément mis à leur disposition : durant leur visite, les contrôleurs ont noté que la cour principale et la salle de détente principale étaient toujours accessibles (hors les périodes de repos en chambre et de repas).

Les contrôleurs ont également noté que des soignants se regroupaient fréquemment sous le préau, autour de la table située au plus près de la salle à manger. Tout en poursuivant leur surveillance, ils y discutent souvent entre eux, certains jouent avec des applications ludiques de leur téléphone portable. Les contrôleurs ont également constaté que des échanges y étaient menés à haute voix avec des médecins, abordant des informations médicales portant sur la situation de tel ou tel malade qui venait d'être reçu, alors même que les autres tables du préau étaient occupées par des patients : certains d'entre eux avaient alors cessé leur discussion et les regards étaient dirigés vers le médecin et les soignants.

Des entretiens médicaux sont également menés durant cette période.

Dans son rapport, le comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants indique qu'« au pavillon 38, le régime imposé aux patients semblait d'une rigidité excessive et était généralement appauvri en matière d'activités ayant une portée thérapeutique. Tous les patients passaient 15 heures par jour enfermés à clef dans leur chambre, généralement autorisés à sortir pour les repas et pratiquer quelques activités de loisirs dans les espaces communs et/ou pour sortir à l'air frais. (...). De l'avis du CPT, le régime imposé au pavillon 38 ne pose pas de difficultés particulières pour un patient en début de prise en charge, pour une durée s'étalant sur plusieurs semaines. Par contre, il perd son sens comportementaliste et devient déshumanisant lorsqu'il s'applique sur des périodes allant jusqu'à plusieurs mois, comme cela pouvait être le cas lors de la visite. Le CPT recommande de mettre en place, pour les patients devant séjourner de manière prolongée au pavillon 38 de l'UMD Henri Colin, une gamme d'activités thérapeutiques diversifiées et adaptées aux besoins individuels ».

La télévision est librement accessible. La télécommande est à la disposition des patients qui peuvent choisir leur programme. Des litiges apparaissent parfois quant au choix de la chaîne. Les contrôleurs ont assisté à un tel incident : deux patients ne faisaient pas le même

choix, l'un affirmant avoir été le premier devant le téléviseur et avoir ainsi la priorité ; un soignant est venu entendre leurs explications et leur a conseillé de se mettre d'accord en indiquant qu'il choisirait lui-même dans le cas contraire. L'incident a été clos.

A 19h, le dîner est servi dans la salle à manger.

A 20h, après un moment permettant aux fumeurs de consommer une dernière cigarette, les patients rejoignent leur chambre, se déshabillent dans le couloir et, en slip, rejoignent leur chambre où ils se mettent en pyjama.

Selon les informations fournies, les malades indiquent alors s'ils veulent se coucher et dormir, auquel cas la lumière est éteinte, ou s'ils veulent lire avant de s'endormir, auquel cas la lumière n'est éteinte que plus tard.

L'accès au téléphone est soumis à une prescription médicale. A la date de la visite, tous les patients avaient l'autorisation de téléphoner.

Ils peuvent être appelés chaque jour mais ne peuvent appeler que le samedi.

Les téléphones portables ne sont pas autorisés et un poste téléphonique placé dans la salle à manger, sur la banque la séparant de l'espace réservé aux professionnels, sert à ces différentes communications. Un soignant doit alors être présent.

Aucune confidentialité n'est préservée dans ce lieu de passage : lorsque les patients n'y prennent pas un repas, des soignants, des psychologues, des ergothérapeutes, des assistantes sociales et des médecins y séjournent ; des patients viennent à la porte pour allumer leur cigarette et d'autres viennent discuter avec des soignants.

L'accès au téléphone des patients hospitalisés en application de l'article D.398 du code de procédure pénale obéit aussi aux règles pénitentiaires (cf. § 8 ci-dessous).

Les patients peuvent expédier et recevoir des courriers selon les prescriptions médicales.

L'hôpital fournit, au fur et à mesure des besoins, le papier, l'enveloppe et le stylo. Les patients achètent les timbres. Il a été indiqué que, précédemment, l'établissement fournissait le timbre pour le premier courrier mais cette mesure n'existe plus.

Les patients ferment l'enveloppe mais doivent inscrire leur nom au dos, pour permettre un éventuel retour en cas d'erreur d'adressage. Les plis sont déposés dans une simple boîte (et non une véritable boîte aux lettres) installée dans la salle à manger.

A l'arrivée, le courrier récupéré par le vaguemestre de l'hôpital est déposé au service social où le cadre de santé le prend. Chaque patient à qui un courrier est remis doit alors l'ouvrir devant un soignant et sortir la lettre (sans la remettre au soignant) pour montrer qu'aucun produit prohibé ou matériel dangereux (lames par exemple) n'y a été glissé.

Les patients n'ont pas accès à des moyens informatiques et à internet. Au sein du pavillon, seuls les soignants disposent de micro-ordinateurs mais un seul poste (celui du cadre de santé) permet une connexion à internet.

C. Les soins

Chaque patient est vu en entretien au moins une fois par semaine par le psychiatre. Il est revu systématiquement en cas d'événement particulier (crise d'angoisse, passage à l'acte agressif, etc.). Les entretiens ont lieu dans la chambre du patient ou dans le bureau médical.

Lorsque le patient a besoin de soins somatiques, il est transféré au CHU de Bicêtre, après avoir été examiné par le médecin somaticien.

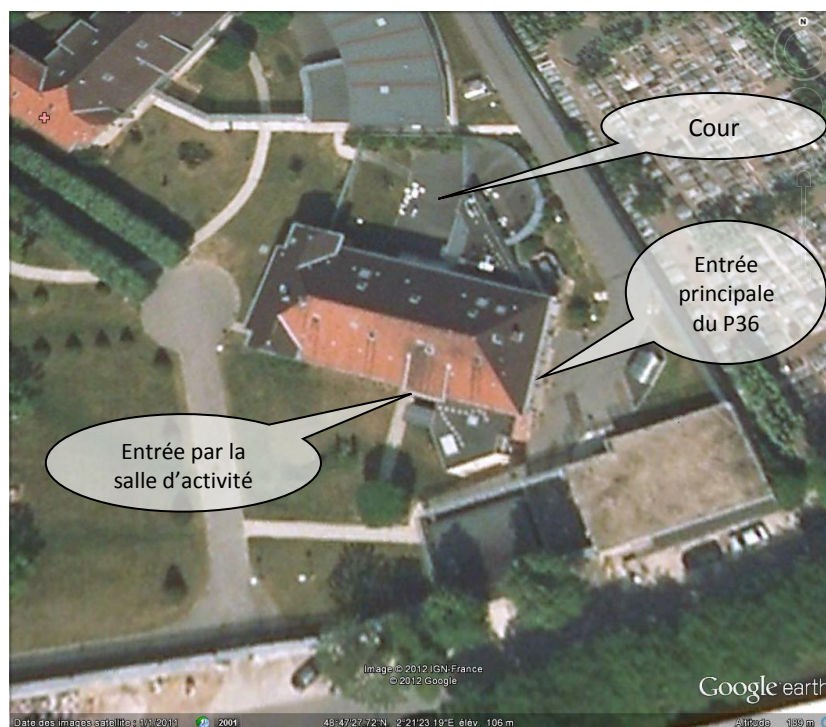
Les patients sont adressés pour une prise en charge en ergothérapie sur décision médicale. Lors du contrôle, quatre patients sur dix-sept bénéficiaient de l'ergothérapie.

Enfin, en cas de crise d'agitation ou de passage à l'acte agressif (contre lui-même, un autre patient ou un soignant), la mise en isolement se fait selon le protocole existant, avec l'obligation d'être vu par un médecin aussi vite que possible. Le traitement sédatif prescrit par le psychiatre est donné, sans refus possible de la part du patient.

4.2.2 L'unité d'accueil des femmes

4.2.2.1 Présentation

Le pavillon 36 qui héberge les femmes est situé à l'entrée de l'UMD, juste après le bâtiment accueillant les bureaux médicaux et administratifs du pôle.



Pavillon 36

Sa singularité par rapport aux autres pavillons de l'UMD est qu'il héberge les patientes pendant toute la durée de leur séjour : tandis que les hommes passent du pavillon 38 aux pavillons 37 puis 35 en fonction de l'amélioration de leur état de santé, les femmes, elles, effectuent leur parcours thérapeutique à l'intérieur du même bâtiment, en passant du rez-de-chaussée au premier étage. Une patiente a ainsi expliqué aux contrôleurs avoir passé trois mois au rez-de-chaussée et être soignée depuis deux mois au premier étage.

En outre, au sein de chaque niveau, les femmes sont susceptibles, en fonction de l'évolution de leur état, de changer progressivement de chambre. Au rez-de-chaussée, celles qui arrivent sont mises en chambre d'isolement. Elles occupent d'abord les chambres situées au fond du couloir d'hébergement, puis se rapprochent progressivement, en occupant celles situées à proximité de la salle commune. A l'étage à l'inverse, elles sont d'abord installées dans les chambres situées près de l'entrée de l'espace dédié à l'hébergement, les deux chambres du fond étant en principe réservées aux patientes pré-sortantes. Selon les

informations recueillies, il ne serait pas possible d'être installé directement au premier étage sans passer par le rez-de-chaussée.

Le personnel a fait part à plusieurs reprises au cours de la visite des contrôleurs de sa difficulté à prendre en charge, sur un même lieu, des patientes isolées et des pré-sortantes.

Le rez-de-chaussée comporte six chambres dont cinq d'isolement et une chambre dite médicalisée. Le premier étage comprend onze chambres dont aucune n'est théoriquement une chambre d'isolement même si l'équipement (cf. *infra*) ne diffère pas tellement d'une chambre à l'autre. La capacité totale du pavillon est fixée à **quinze lits** ; il a été expliqué aux contrôleurs que les deux chambres réservées aux pré-sortantes étaient toujours laissées libres, afin qu'elles puissent être occupées le cas échéant par des patientes dont l'état le permettrait.

Le premier jour de la visite des contrôleurs, onze patientes étaient hébergées au pavillon 36 dont sept en isolement. A la fin de la semaine, deux patientes étaient sur le point de quitter l'UMD.

Ces onze patientes avaient été admises sur décision du représentant de l'Etat. La patiente la plus jeune avait dix-huit ans, la plus âgée, quarante ans. La patiente admise depuis le plus longtemps avait été hospitalisée le 17 octobre 2011, soit depuis environ onze mois. Parmi ces onze patientes, l'une avait été déclarée pénalement irresponsable, les autres étaient issues d'autres établissements ou services psychiatriques. Il a été précisé aux contrôleurs : « la plupart du temps, les patientes viennent du secteur ».

Parmi les patientes en isolement :

- l'une était en isolement séquentiel, c'est-à-dire qu'elle pouvait sortir de sa chambre une heure et demie le matin et une heure et demie l'après-midi ;
- les six autres étaient en isolement dit strict, cinq au rez-de-chaussée et la sixième au premier étage, faute de lit disponible au rez-de-chaussée. Parmi les patientes du rez-de-chaussée, deux patientes étaient entièrement nues sous leur couverture de force, au jour de la visite. Selon les informations recueillies, cette modalité de prise en charge est spécifiée dans le contrat de soins.

Dans son rapport, le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants indique à ce propos : « Au pavillon 36, la délégation s'est interrogée sur la nécessité de maintenir une patiente totalement dénudée lors des périodes de repos en chambre (la nuit et en journée). Elle s'est plainte du froid, auquel il est remédié par la suite, et s'est dite gênée par sa nudité devant le personnel. Ce dernier a évoqué ses difficultés à répondre au risque suicidaire majeur qu'elle présentait. Le CPT comprend que tout patient présentant de fortes tendances suicidaires doit être placé dans des conditions qui assurent sa sécurité et ne lui permettent pas d'avoir accès à un moyen d'attenter à sa vie. Toutefois, il importe également de veiller à la proportionnalité des mesures prises et à ce que celles-ci n'entament pas la dignité et l'estime de soi du patient ; par exemple des pyjamas à usage unique en papier, dépourvu d'élastique, peuvent être mis à sa disposition. Le Comité recommande que des mesures soient prises à l'égard des patients présentant de fortes tendances suicidaires au sein de l'UMD Henri Colin, à la lumière de ces considérations ».

Le gouvernement français a ainsi répondu : « En matière de prévention du risque suicidaire, l'établissement cherche en permanence à concilier sécurité et dignité des patients. Ainsi, les dispositifs anti-défenestration et anti-fugue ont été généralisés, et les fenêtres

munies de plaques de plexiglas pour éviter la sensation d'enfermement et faciliter la vue sur l'extérieur (...). Un projet d'évaluation des pratiques professionnelles est également en cours, centré sur la prise en charge des patients aux urgences suite à une tentative de suicide ».

4.2.2.2 Locaux

Comme indiqué *supra*, le pavillon 36 dispose au total de dix-sept chambres, six au rez-de-chaussée et onze au premier étage, toutes équipées d'une douche et d'un WC.

Au rez-de-chaussée comme au premier étage, il est possible de voir à l'intérieur de chaque chambre depuis le couloir, comme à l'intérieur de chaque salle d'eau ; en effet, les portes des chambres sont équipées de hublots vitrés de 36 cm de diamètre, situés à 1,29 m du sol ainsi que d'œilletons donnant dans l'espace réservé aux sanitaires, au niveau de l'espace réservé au miroir.

Le rez-de-chaussée du pavillon 36 :

S'agissant des espaces collectifs, le rez-de-chaussée du pavillon est organisé autour de la salle commune dans laquelle donne le couloir menant aux chambres du rez-de-chaussée, l'espace repas mais aussi le bureau du cadre de santé et le bureau infirmier.

Cet espace est suffisamment vaste (environ 145 m²) pour permettre d'organiser des activités différentes, baby-foot et jeux de société (selon les constatations des contrôleurs : dames, Yam's™, Monopoly™) d'un côté, poste de télévision et vélo d'appartement au centre, coin bibliothèque enfin.

Donne dans la salle commune « l'espace repas » (ainsi dénommé sur le panneau fixé au-dessus de la porte) qui est en réalité composé de trois pièces en enfilade :

- le premier espace est réservé au personnel : il s'agit de leur salle de détente. C'est également dans cet espace que les agents prennent leur repas. Les murs sont de couleur bleu-vert. Il est équipé d'une table rectangulaire en bois entourée d'une dizaine de chaises, d'un petit réfrigérateur et, posé dessus, d'un four à micro-ondes. Un panneau d'affichage contient les principales notes et informations à destination des personnels, relatives aux formations dispensées ou au planning des prochains travaux ;
- le réfectoire proprement dit, séparé de la salle de détente – sur une partie de la largeur – par une cloison légère, assortie de deux larges hublots. Cet espace se distingue également du précédent par la couleur des murs : gris très clair avec des bandes de couleur jaune à 1,10 m du sol. Il est équipé de quatre tables rondes entourées chacune de quatre chaises en bois, reliées entre elles par des armatures métalliques. Une horloge est accrochée au mur. Sur la droite, se trouve un comptoir. Derrière ce comptoir, des placards de couleur blanche, un évier à deux bacs, un lave-vaisselle, quatre plaques électriques et un four, un réfrigérateur ainsi qu'une cafetière ;
- au fond, une pièce fermant à clé sert à entreposer certains effets appartenant aux patientes dans des boîtes en plastiques à leur nom, notamment des cigarettes, des friandises et gâteaux. Cette pièce dispose également d'un réfrigérateur dans lequel se trouvaient, au jour du contrôle, des jus d'orange et des barres chocolatées.

Le pavillon 36 dispose de sanitaires collectifs : une salle de bains (avec baignoire) située dans la partie réservée à l'hébergement, à proximité des chambres, ainsi que des WC dans la salle commune ou salle d'activité.

Selon les informations recueillies, au moment du contrôle, cette salle de bains n'était pas utilisée.

Les WC collectifs ne sont pas à la libre disposition des patientes : sur l'affichette qui est apposée sur la porte, il est inscrit : « Les WC sont ouverts aux horaires suivants en présence des soignants : le matin 10h30-11h30, l'après-midi à 15h45, 17h15 et 18h15 [pour une courte période de temps, entre dix minutes et un quart d'heure]. Il a été expliqué aux contrôleurs que de nombreuses femmes hospitalisées étaient potomanes¹⁶, que certains traitements n'étaient pas nécessairement compatibles avec une grande absorption d'eau et qu'enfin, certaines patientes se faisaient vomir pour régurgiter leur traitement médicamenteux. De même, les arrivées d'eau sont coupées à l'intérieur des chambres et ouvertes de l'extérieur par le personnel au moment de la toilette du matin ; au jour du contrôle, une affichette était apposée au rez-de-chaussée, à proximité de l'une des chambres d'isolement, sur laquelle il était indiqué : « fermer toutes les arrivées d'eau de cette chambre ».

Il existe un salon réservé aux **visites** des familles. Au moment du contrôle, une odeur nauséabonde s'en dégageait ; selon le personnel, un rat mort était prisonnier des plaques autocollantes insérées dans le faux-plafond pour lutter contre ces nuisibles. Il n'était donc plus utilisé.

La **cour**, bitumée, dispose d'un auvent sous lequel étaient installées, le jour du contrôle, onze chaises en plastique. Elle est également équipée d'une table de ping-pong. Une poubelle et deux cendriers en pierre sont utilisés par les fumeurs.

L'on accède aux **chambres du rez-de-chaussée** par une porte qui sépare la salle commune d'un couloir en forme de T qui dessert six chambres : quatre sont situées dans la première partie du couloir face à la salle de soins, les deux autres sont dans la seconde, non visible depuis l'entrée de l'unité ; au cours de la visite des lieux, certains personnels ont dit regretté cet angle droit qui ne permet pas d'avoir à vue toutes les patientes et qui créerait pour eux un sentiment d'insécurité.

L'une des chambres du rez-de-chaussée est une chambre dite médicalisée.

Ces chambres n'ont pu être visitées par les contrôleurs, occupées en permanence par des patientes mises en isolement ainsi qu'il a été expliqué. Pour autant leur équipement diffère assez peu de celui des chambres du premier étage, décrites ci-dessous.

Le premier étage du pavillon 36 :

Le premier étage du pavillon 36 comprend onze chambres desservies par un couloir central de 20 m de long et de 2 m de large éclairé à la lumière artificielle ; cinq chambres donnent au Nord-Est sur un balcon et une terrasse et quatre chambres donnent au Sud sur un balcon. Deux chambres sont situées au bout du couloir, du côté opposé à l'escalier et à l'ascenseur qui permettent d'accéder à ce premier étage.

Les neuf chambres situées de part et d'autre du couloir central sont identiques à celles du rez-de-chaussée.

D'une surface comprise entre 10 et 12 m², elles possèdent une porte-fenêtre qui s'ouvre en partie seulement sur l'extérieur, une salle d'eau sans porte de 4 m² avec un WC, un lavabo

¹⁶ La potomanie se caractérise par un besoin irrépressible de boire constamment ; le potomane boit tout liquide à sa portée, principalement de l'eau.

et une douche. Les lits sont identiques dans chacune des chambres : ce sont des lits à une place, scellés au sol et dont le cadre et la tête sont en fer. La pièce est éclairée par un néon placé à la tête du lit qui est commandé par deux interrupteurs également situés à la tête du lit. Les chambres ne comportent ni meuble, ni chaise ni placard. Les murs des chambres sont peints en gris et jaune (bleu et jaune dans l'espace réservé à la salle de bain). Le sol est revêtu d'un linoléum de couleur grise. Il n'y a pas de volet mais seulement un store, commandé depuis les balcons à l'extérieur. Ce store laisse passer la lumière du jour. L'ensemble est propre et en bon état général.

Dans le couloir, à proximité de la porte d'entrée de la chambre, chaque patiente dispose d'un placard composé de quatre étagères de 15 cm de large, permettant difficilement de stocker des vêtements. Jadis, des miroirs muraux étaient à disposition des patientes dans chacune des salles de bains du premier étage mais, suite à un incident avec une patiente, ils ont tous été retirés et désormais, les miroirs ont été fixés à l'intérieur des placards. Deux patères sont également à disposition des patientes pour suspendre leurs affaires. Au jour de la visite, des ceintures et des combinaisons de contention étaient accrochées à ces patères.

Les deux chambres situées au bout du couloir sont théoriquement destinées à accueillir les patientes lorsqu'elles sont prêtes à sortir de l'UMD. Au moment de la visite, elles étaient inoccupées et l'une d'elles dégageait une odeur désagréable. Dans la réponse au projet de rapport, il est précisé : « cette odeur est due aux canalisations d'évacuation qui ventilent ». Ces deux chambres ne se distinguent en rien des autres : ni par la taille ni par le mobilier ; le lit en fer est ainsi scellé au sol comme dans les autres chambres. Néanmoins, l'une de ces deux chambres comprend un bureau et une chaise et les deux chambres comportent une porte pour fermer la salle de bains, identique à celle des autres chambres.

En plus des chambres décrites ci-dessus, le premier étage du pavillon 36 dispose d'une salle de soins qui est aussi la salle où se tient l'équipe de nuit, un « espace de détente » de 20 m², un bureau inutilisé et encombré, une lingerie, un espace de rangement ainsi que des vestiaires (pour le personnel de sexe masculin et pour le personnel de sexe féminin). L'espace de détente n'est pas une pièce à proprement parler ; il s'agit d'un espace situé après le hall sur lequel débouche l'escalier et avant le couloir qui distribue les chambres. Cet espace, vide et peu convivial, est cependant utilisé pour la réalisation d'activités avec les patientes : tous les quinze jours est organisée une séance de lecture de contes le dimanche matin. Cette activité, très appréciée des patientes, se déroule grâce à l'initiative d'une infirmière qui a suivi à cet effet une formation.

Le fait que le pavillon 36 ne soit pas de plain-pied complique le travail du personnel soignant qui s'en plaint. Cet état de fait est d'autant plus problématique que des mises en isolement sont pratiquées au premier étage obligeant à des allées et venues constantes entre le rez-de-chaussée et le premier étage pour effectuer la surveillance. Cette configuration expliquerait le refus de l'UMD de Villejuif d'accueillir des patientes à mobilité réduite.

4.2.2.3 Personnels

- **Les effectifs**

L'équipe médicale est composée de :

- deux praticiens hospitaliers qui travaillent à mi-temps au pavillon 36 et à mi-temps au pavillon 35 ;
- deux internes à mi-temps au pavillon 36 : ils exercent le reste de leur activité, l'un à mi-temps au pavillon 38 et l'autre à mi-temps au pavillon 35.

Selon le planning de présence médicale fourni aux contrôleurs, les deux PH sont présents à tour de rôle tous les matins du lundi au vendredi ainsi qu'un interne. L'après-midi, un PH est présent les lundis, mercredi et vendredi avec l'autre interne. Il a néanmoins été déclaré aux contrôleurs que leur temps de présence effective au pavillon, auprès des patientes ou du personnel soignant, n'était pas toujours suffisant.

Selon les informations recueillies, le médecin généraliste vient tous les matins au pavillon 36, pas seulement en cas d'urgence ou de sollicitation du personnel soignant mais dans le cadre de sa visite quotidienne de l'ensemble des services de l'UMD. Il note les doléances, maux, demandes, sur un cahier dédié qui reste au pavillon.

Un gynécologue intervient depuis 2011 sur demande, environ une fois tous les deux mois. Au jour du contrôle, sa dernière visite datait du 10 septembre 2012. Les examens ont lieu dans l'une des salles du rez-de-chaussée où a été installée une table d'examen.

Les autres consultations somatiques sont réalisées à l'extérieur, en général entre 13h30 et 14h30, au moment des transmissions lorsque le personnel est en principe présent en plus grand nombre.

Par ailleurs, interviennent également au pavillon 36 un psychologue à mi-temps et un psychomotricien, le lundi et le vendredi matin. Les rendez-vous avec le psychomotricien, comme c'est la règle à l'UMD, se font également en présence d'un soignant.

Le personnel soignant comporte :

- un cadre de santé, arrivé en mai 2011 après deux ans de vacance de poste et qui devait partir en mutation le 17 septembre 2012 sans être remplacé (dans la réponse au projet de rapport, il est indiqué que ce poste a été pourvu en septembre 2013, soit un an après) ;
- quinze infirmiers dont cinq infirmiers psychiatriques, un exerçant à temps partiel (80 %) et deux hommes ;
- cinq aides-soignants à temps plein, uniquement des hommes ;
- quatre agents des services hospitaliers qualifiés, uniquement des femmes et travaillant à temps plein.

Selon les informations recueillies, l'effectif minimum¹⁷ est de cinq agents le matin (entre 6h45 et 14h45) et cinq l'après-midi (entre 13h15 et 21h15). Les transmissions ont lieu entre 13h30 et 14h30. La nuit (entre 21h et 7h), deux agents sont présents ; dans l'hypothèse où une patiente doit être mise en isolement, il est fait appel à des agents travaillant dans d'autres pavillons car la mise en isolement suppose la présence d'au moins trois agents. Deux soignants doivent aussi être présents lors du nettoyage des chambres des patientes isolées et lors des entretiens les concernant (un seul agent assiste aux entretiens avec les autres patientes).

Les samedis et dimanches, un cadre est présent de 9h à 17h. Un médecin est d'astreinte ; il vient néanmoins au pavillon soit le matin, soit l'après-midi ou bien au moment des transmissions.

¹⁷ Dans la réponse au projet de rapport, il est indiqué que l'effectif de « fonctionnement » est de cinq agents.

Les problèmes d'effectifs au pavillon 36 sont récurrents, du fait de départs en mutation ou d'absences. « C'est sinistré en termes de personnel » et le personnel est usé » a-t-il été déclaré.

Dès janvier 2011 déjà, les personnels de l'UMD avaient revendiqué de manière forte leur souhait de voir augmenter les effectifs du pavillon 36¹⁸. Il s'agissait pour eux de passer d'une présence minimum de quatre soignants à cinq le matin et l'après-midi. Un audit a été effectué en mars 2011, à la demande du directeur du centre hospitalier. La conclusion en a été que le pavillon 36 nécessitait « pour un fonctionnement sécurisé, 5 soignants dont au moins 3 IDE, le matin et le soir ». Mais d'autres préconisations avaient également été présentées :

- « proposer un travail de supervision aux équipes soignantes ;
- redéfinir les règles de gestion de la planification du temps de travail ;
- réaliser en collaboration avec le service de santé au travail et la direction qualité/risques une étude sur les causes d'absentéisme et proposer un plan de prévention spécifique ;
- recruter deux cadres de santé à court terme ;
- financer un des deux jours de week-end de permanence cadre en heures supplémentaires ;
- limiter le temps d'accompagnement en formalisant nos collaborations avec l'hôpital Bicêtre pour que les consultations des patients de l'UMD soient prioritaires ;
- définir avec les services logistiques et la cuisine une organisation permettant de fiabiliser le circuit du linge et celui du repas ;
- assurer pour chacune des quatre unités une présence systématique d'ASH matin et soir. Deux recrutements sont nécessaires pour couvrir ce besoin ;
- transférer l'activité du pavillon 36 au pavillon 37 ».

Pour autant, au moment de la visite, les difficultés semblaient perdurer au sein du pavillon 36.

Ainsi, lors du contrôle, outre le départ prévu de la cadre de santé (quatrième départ de cadre en cinq ans), trois infirmiers du pavillon 36 devaient quitter définitivement l'UMD et trois, passer en service de nuit. Pour les remplacer, deux infirmiers de nuit devaient travailler en journée et deux infirmiers sortis d'école devaient arriver ; au 1^{er} octobre 2012, il était envisagé que deux postes restent ainsi vacants. Selon les explications recueillies, les problèmes d'effectifs sont liés aux vellétés de départ des personnels du pavillon 36 mais aussi au fait qu'aucun agent d'aucun autre pavillon, ne souhaite y travailler.

En outre, lors de la visite des contrôleurs, un infirmier était arrêté pour un accident du travail, un autre était en congé maternité, un troisième ainsi qu'un ASHQ en congé de maladie, un dernier, absent une semaine par mois pour longue maladie.

¹⁸ Dans la réponse au projet de rapport, le directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud rappelle que « de décembre 2009 à août 2013, le personnel de l'unité pour malades difficiles est passé de 128,05 ETP à 148,66 ETP soit une augmentation de 20,61 ETP, soit + 16,10 % ».

Pour pallier ce manque récurrent de personnel, il est souvent fait appel à des intérimaires (cf. § 2.2). Ainsi, à chaque passage des contrôleurs au pavillon 36, des intérimaires étaient présents pour remplacer du personnel absent. L'un a expliqué qu'il faisait un remplacement d'une journée et qu'il s'agissait de son premier poste en UMD. Les contrôleurs ont également rencontré un infirmier de l'atelier d'ergothérapie venu en renfort.

Une patiente avec laquelle les contrôleurs ont pu s'entretenir a indiqué que le manque de personnel avait des conséquences sur les conditions de prise en charge, « plus rigides », avec des agents parfois « agressifs ».

- **Les réunions**

Selon le document remis aux contrôleurs relatif à l'organisation des soins et déjà évoqué, plusieurs réunions sont organisées au sein du pavillon 36 :

- une réunion clinique bimensuelle, le lundi, de 13h30 à 14h30 ;
- une réunion clinique individuelle une fois par moi organisée par l'un des PH ;
- une réunion institutionnelle tous les deux mois en présence du chef de pôle, du cadre supérieur de santé et du psychiatre référent ;
- un groupe de soutien aux familles le premier mercredi de chaque mois.

En réalité, selon les informations recueillies, peu d'agents participent effectivement à la réunion d'équipe, en général trois soignants et souvent les mêmes.

Plus généralement, il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était impossible d'organiser des réunions car personne n'y assistait.

De même, peu de personnes sont présentes en début d'après-midi pour les transmissions : « ce n'est pas un vrai temps de transmission » a-t-il été ainsi déploré.

Cette absence de participation aux temps d'analyse et de réflexion engendrerait une mauvaise circulation de l'information. Les règles de vie imposées aux patientes pourraient être différentes en fonction des agents. Des conflits existeraient entre membres du personnel sur des points dits de détail « à propos par exemple de la question de savoir si un chouchou peut entrer en chambre ». Enfin, certains agents ne respecteraient pas les prescriptions médicales, jugées trop sévères : ainsi celle relatives au port des vêtements, sous-vêtements et accessoires personnels.

Certains en ont dès lors conclu : « ces réunions devraient être obligatoires ».

Enfin, s'il existe un projet de soins propre au pavillon 36 amorcé en 2008, celui-ci n'a jamais été achevé ; certains agents rencontrés par les contrôleurs ont dit en ressentir la nécessité.

4.2.2.4 Fonctionnement

A. L'admission

Lorsqu'une patiente est susceptible d'être hospitalisée à l'UMD, son dossier de pré-admission est consulté par le médecin responsable du pavillon 36 et par la cadre de santé ; selon les informations recueillies, celle-ci procède à une première évaluation du dossier, son rôle étant apparu nécessaire au vu des différences constatées par le passé entre le contenu du dossier transmis, « l'historique » de la patiente, et son état réel, constaté à son arrivée. Il semble que l'ensemble de l'équipe aurait souhaité être aussi consulté pour avis mais, au moment du contrôle, elle ne l'était pas. Par ailleurs, cette consultation préalable serait

possible car, à la différence du pavillon 38, les admissions chez les femmes se feraient rarement en urgence (la dernière arrivée de ce type daterait ainsi de 2010) mais seraient presque toujours préparées. D'ailleurs, il est fait en sorte que les arrivées aient lieu entre 13h30 et 14h30 au moment des transmissions pour qu'il y ait le maximum de personnel. Néanmoins, les délais d'admission sont souvent beaucoup trop longs ; des patientes « en crise » ne le seraient plus au moment de leur admission.

Les patientes arrivent la plupart du temps en ambulance, sur un brancard, par la porte située à proximité du sas d'entrée de l'UMD réservé aux véhicules. Il faut sonner pour entrer dans le pavillon 36. Un personnel du pavillon ouvre ensuite cette première porte fermée à clé. L'équipe accompagnante traverse un sas puis pénètre dans la salle commune ; elle n'ira pas plus loin et expliquera à la patiente qu'elle est là « pour des problèmes de violences » et qu'ils reviendront la chercher.

Une partie des soignants du pavillon 36 – outre un psychiatre, parfois le médecin généraliste, la psychologue... – demeure avec cette équipe pour un échange d'informations. Cet échange a déjà eu lieu par téléphone, avant l'admission de la patiente à l'UMD. En revanche, des réunions inter-équipes ne sont organisées qu'exceptionnellement ; il a seulement été évoqué le cas d'une patiente restée trois ans à l'UMD qui avait été « oubliée » par le service qui la prenait initialement en charge et pour laquelle des réunions inter-équipes s'étaient imposées. Pour autant, dans le document relatif à l'organisation des soins remis aux contrôleurs, il est indiqué qu'une réunion inter-équipe avec les équipes de secteur des patients a lieu plusieurs fois au cours de l'hospitalisation et avant chaque transfert.

L'autre partie des soignants du pavillon 36 se présente à la patiente en commençant par donner son prénom (les blouses des infirmiers et aides-soignants sont toutes anonymisées). La patiente est ensuite accompagnée jusqu'à sa chambre, obligatoirement une chambre du rez-de-chaussée, en principe l'une des chambres les plus au fond du couloir d'hébergement jusqu'à ce que, progressivement, elle soit installée dans l'une des chambres situées plus près de la salle commune. Elle est mise en isolement, au moins trois jours « pour observation », mais pas nécessairement sous contention. Néanmoins, s'agissant de la contention, il a été évoqué un mouvement de grève au sein du pavillon 36, en mars 2011, lié à l'utilisation décriée de la contention pour des patientes du premier étage qui, selon les agents grévistes, présentait trop de risque pour la sécurité des autres patientes. La durée de cet isolement dépendra de l'état de la patiente et de son évolution ; il a été expliqué que l'isolement était levé progressivement, d'abord à raison d'une heure et demie le matin et l'après-midi. La patiente se déshabille ensuite, dans sa chambre, reste nue entre deux couvertures dites de force ou bien revêt le pyjama de l'hôpital ; « comme on ne connaît pas la patiente, on ne prend pas de risque¹⁹ », a-t-il été expliqué. Ses vêtements sont inventoriés avec l'équipe accompagnante puis rangés dans un sac. Celui-ci est ensuite transmis à la buanderie de l'hôpital afin que le linge soit lavé et marqué.

La patiente est rapidement vue par un médecin généraliste (en principe jamais l'interne, en tout cas seul), puis par un psychiatre dans l'heure qui suit, en présence d'au moins deux soignants.

En revanche, selon les informations recueillies, les arrêtés préfectoraux portant admission en UMD ne sont pas notifiés : les arrêtés préfectoraux d'admission en soins

¹⁹ Il est fait référence aux risques suicidaires ou autoagressifs.

psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat l'ont été auparavant et « c'est suffisant » a-t-il été indiqué. Aucun document d'information (livret d'accueil, règlement intérieur...) n'est remis à la patiente : « de toute façon, on n'en a pas et ce n'est pas adapté, c'est plutôt valable pour les secteurs ». Un personnel a fait remarquer qu'aucun questionnaire de satisfaction n'était renseigné par les patients et qu'il n'existait en conséquence aucun retour sur l'accueil au sein de l'UMD de Villejuif.

Dans la réponse au projet de rapport, il est évoqué les modifications qui sont intervenues après la visite, ainsi : « les arrêtés d'admission et de maintien en SDRE en unité pour malades difficiles accompagnés des certificats médicaux qui les fondent sont remis contre signature d'une attestation depuis la fin de l'année 2012 (les premières attestations remontent au mois de novembre 2012). Le livret d'information sur les droits et voies de recours sont remis contre la signature d'une attestation depuis le 1^{er} janvier 2013 ». En outre, « une modification en a été demandée au service communication pour que les livrets soient plus souples (grammage de papier inférieur) et qu'il ne contienne pas d'agrafe. S'il n'existe pas à ce jour de livret d'accueil spécifique à l'unité pour malades difficiles, il existe un livret d'accueil général de l'établissement et un règlement intérieur type de l'unité pour malades difficiles ».

B. Les règles de vie

Il n'existe pas de règlement intérieur écrit du pavillon 36.

Comme dans les autres pavillons, il a été remis aux contrôleurs un document intitulé « organisation des soins – journée-type au pavillon 36 » qui a été conçu pour être remis aux agents nouvellement affectés et non aux patients.

Les règles pratiquées sont des usages. Elles sont le fruit de négociations permanentes et parfois difficiles au sein des équipes de soignants.

Pour justifier cette absence d'écrit et cette variabilité ou adaptabilité de la règle, il a été avancé l'idée qu'il était difficile d'établir au pavillon 36 un protocole de prise en charge face à des publics différents : les règles applicables ne seraient en effet pas les mêmes pour les entrantes, les patientes en situation intermédiaire ou celles en pré-sortie. Pour autant – hors la question de l'isolement – les contrôleurs n'ont pas constaté de différences dans les règles de vie qui soient fonction de l'évolution de l'état des patientes.

Ils ont constaté en revanche une application des règles variable selon les équipes. Ainsi, par exemple en ce qui concerne le port de lunettes de soleil dans les cours de promenade, certaines équipes les autorisent, d'autres pas. De même, une patiente a expliqué avoir « cantiné » un bandeau pour ses cheveux : « le matin, je pouvais porter mon bandeau, l'après-midi pas ». Enfin, avec une équipe de soignants, les repas du soir doivent être pris en silence, ce qui n'est pas le cas avec les autres.

Parmi les explications recueillies, certains soignants du pavillon 36 se sont plaints ouvertement auprès des contrôleurs de la présence de rapports de force au sein des équipes visant à instaurer une sécurité maximale au détriment de la logique de soins.

Les patientes sont informées des règles de vie par oral et ne reçoivent pas de livret d'accueil.

La journée type des patientes au pavillon 36 se déroule de la manière suivante :

- entre 8h30 et 9h : ouverture des chambres, lever des patients, douche et distribution des médicaments ;

- 9h : petit déjeuner ;
- entre 9h30 et 12h : temps de liberté et activités (par exemple ergothérapie à l'extérieur du pavillon) ;
- 12h : distribution des médicaments et déjeuner ;
- entre 13h15 et 15h30/16h : repos en chambre. Le personnel soignant interrogé a indiqué que les horaires de la sieste étaient en réalité de 12h45 à 15h et de 12h45 à 16h, les mercredis, samedis et dimanches, jours de visite ;
- 16h : goûter ;
- 16h30-18h : temps libre et activités ;
- 18h30/19h : distribution des médicaments et repas du soir (devant la salle de soins, chacun son tour ou en chambre, pour les patientes isolées) ;
- 20h : coucher.

Les repas sont pris dans le réfectoire. Le placement à table n'est pas libre : l'équipe décide de la table et de la place que chaque patiente occupera. Les soignants ne prennent pas leur repas avec les patientes, même lorsque sont organisés des repas thérapeutiques ; au vu du document remis aux contrôleurs relatif à l'organisation des soins, un temps est réservé à la « surveillance du repas (sécurité et observance du régime alimentaire) ». Tous les régimes alimentaires des patientes sont enrichis. Elles ne peuvent pas être resservies. Elles peuvent en revanche améliorer le goûter en s'achetant des friandises et des barres de céréales.

Les contrôleurs ont notamment assisté au déroulement d'un déjeuner : seules trois patientes étaient attablées. Il a été précisé que les psychiatres recevaient parfois les patientes en fin de matinée et que ces entretiens débordaient sur l'heure du déjeuner.

A la fin de chaque repas, le personnel compte les couverts et vérifie notamment que les couteaux lui sont bien restitués : un inventaire est établi et signé par l'un des agents.

Les patientes isolées prennent leur repas dans leur chambre. Ce dernier leur est apporté sur un plateau par deux soignants qui frappent avant d'ouvrir la porte et demandent à la patiente de s'asseoir sur son lit. La nourriture est prédécoupée par le personnel soignant car les patientes isolées n'ont pas toujours le droit de disposer de couverts²⁰ : au jour du contrôle, deux patientes n'avaient droit à aucun couvert et utilisaient dès lors un morceau de pain coupé en deux pour porter l'alimentation à leur bouche et trois disposaient d'une cuillère à café en inox.

Les chambres sont fermées au moment où les patientes prennent leur petit déjeuner et ne seront pas accessibles en dehors des horaires prévus pour l'occupation des chambres, sauf autorisation particulière d'un soignant. Pendant le temps de repos de l'après-midi, les patientes sont enfermées dans leur chambre.

Les patientes ne peuvent disposer dans leur chambre d'affaires personnelles (ni vêtement, ni livre, ni magazine, ni MP3), et ce, dans celles du rez-de-chaussée comme du premier étage.

Comme indiqué *supra*, à leur arrivée au pavillon 36, les patientes, mises en isolement,

²⁰ Selon les prescriptions médicales.

sont obligées de porter, de nuit comme de jour, **les vêtements** remis par le personnel soignant, à savoir le pyjama et/ou en journée, le survêtement bleu marine marqué au nom de l'hôpital Paul Guiraud, identique à celui porté par les hommes. Ce n'est qu'au fur et à mesure de l'amélioration de leur état de santé que les patientes pourront, petit à petit et sur décision de l'équipe soignante, porter à nouveau leurs propres vêtements et chaussures. Au cas où un incident surviendrait, le passage par la chambre d'isolement signifie également un retour aux vêtements fournis par l'hôpital. Les patientes en isolement ne peuvent pas non plus conserver leurs paires de lunettes, qui leur sont néanmoins restituées au moment des repas.

De fait, lors de la visite du pavillon 36, les contrôleurs ont constaté que les patientes ne portaient pas leurs vêtements personnels et étaient chaussées des pantoufles de type charentaise de l'hôpital, y compris dans la cour de promenade. Selon les informations recueillies, au jour du contrôle, trois patientes avaient néanmoins le droit de porter leurs vêtements, dont l'une ses sous-vêtements mais à l'extérieur seulement de la chambre.

La question des sous-vêtements fait polémique au sein du pavillon : les patientes à forte poitrine ne sont pas non toujours autorisées à conserver leur soutien-gorge. Or, l'hôpital n'en fournissant pas, certaines patientes n'en portent pas du tout.

Les vêtements des patientes sont rangés dans le placard situé à côté de la porte d'entrée de chacune des chambres. Les patientes se déshabillent ou s'habillent dans leur chambre et sortent ensuite ranger leurs vêtements dans leur placard. La pratique de faire se déshabiller les patients dans le couloir, pratiquée dans les pavillons des hommes, n'a donc pas cours au pavillon 36. Une soignante interrogée à ce sujet a indiqué être particulièrement vigilante quant au respect de l'intimité des patientes et au fait de ne pas provoquer une disparition complète de leur pudeur sous l'effet de règles de vie collectives négligeant cet aspect.

Il a également été précisé que les patientes ne pouvaient pas disposer de leurs produits de maquillage. Lors du contrôle, une seule y avait droit mais le personnel soignant ne lui laissait que le temps qu'elle se maquille, après la toilette du matin. En tout état de cause, comme il a été expliqué, les patientes ne disposent d'aucun miroir dans leur chambre ou salle d'eau ; le seul miroir est celui fixé à l'intérieur des portes de placard.

La **cour** est ouverte à partir du petit déjeuner jusqu'à 12h, puis de 16h à 19h30.

Les patientes peuvent y fumer. Selon les informations recueillies, les patientes ont droit à dix **cigarettes** le matin, distribuées au moment du petit déjeuner et à dix cigarettes l'après-midi, distribuées au moment du goûter.

La télécommande du **poste de télévision** est conservée par le personnel soignant et donné aux patientes qui la demandent. Celles-ci n'ont pas la libre disposition du lecteur DVD et de la console de jeu Wii.

L'accès au téléphone est possible uniquement sur prescription médicale. Les appels entrants sont en principe libres, sauf limitation prévue par le médecin ou interdiction édictée par un magistrat. Les appels sortants sont limités en général à un appel par semaine (sauf appel à l'avocat ou à un organisme administratif ou social) : un tableau de suivi indique pour chaque patiente les jours d'appel ainsi que les numéros qui sont autorisés. Le pavillon dispose de deux téléphones fixes : l'un situé dans le bureau infirmier au rez-de-chaussée, l'autre sans fil, dans la salle à manger. Selon les informations recueillies, le premier servirait pour les appels sortants qui seraient toujours passés en présence d'un soignant, le second pour les appels entrants. Aucune confidentialité des conversations des patientes n'est ainsi assurée.

S'agissant des correspondances, les patientes ne disposent pas de stylo ; elles doivent demander celui qu'elles avaient dans leurs effets personnels ou qu'il leur en soit prêté un.

Les visites des familles ont lieu dans la salle à manger du personnel située au rez-de-chaussée du pavillon. Les familles sont reçues ensemble dans ce même lieu et deux personnels soignants sont systématiquement présents. Aucune confidentialité des échanges n'est là non plus possible. Les visites sont en principe autorisées les mercredis, samedis et dimanches, de 14h à 16h.

Lors du contrôle, six patientes sur les onze n'avaient le droit ni au téléphone, ni aux visites, ni aux vêtements et sorties.

Il a été expliqué qu'« en contrepartie », le « cantinage » était accepté : les patientes pouvaient ainsi améliorer leur quotidien en achetant, outre leurs cigarettes, des produits d'hygiène corporelle et des gâteaux. Pour se faire, un agent va une fois par semaine à la régie de l'hôpital chercher l'argent dont dispose chacune des patientes et procède régulièrement aux courses.

S'agissant des activités thérapeutiques au sein du pavillon, un infirmier organise une fois par semaine une activité dite esthétique : les patientes peuvent ainsi se faire épiler les jambes et les aisselles.

Néanmoins, une patiente a déclaré aux contrôleurs : « on n'a pas assez d'activité », « ici, on est coupé du monde », « à la fin, ça nous stresse de voir du monde ».

4.2.3 L'unité intermédiaire des hommes

4.2.3.1 Présentation

Cette unité accueille des patients stabilisés après un séjour au pavillon 38.

Cette unité dispose de dix-sept chambres à un lit, de deux chambres d'isolement et d'une chambre médicalisée.

Le 12 septembre 2012, seize hommes y étaient hospitalisés, dont un en application de l'article 122-1 du code pénal (irresponsabilité pénale) ; aucun ne l'était en vertu de l'article D.398 du code de procédure pénale.

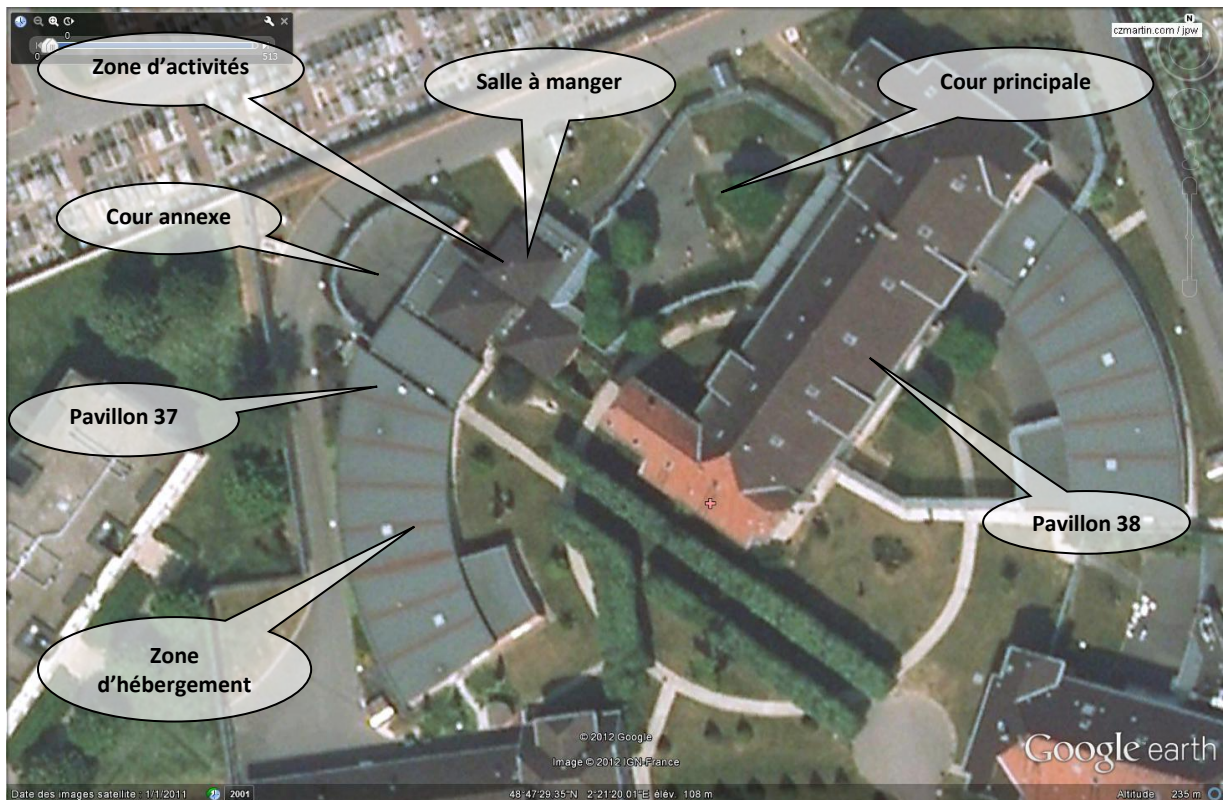
Le plus jeune avait 23 ans et le plus âgé, 57 ans.

Un patient avait été placé en chambre d'isolement depuis le 11 septembre 2012, dans sa chambre.

La chambre médicalisée était inoccupée.

4.2.3.2 Locaux

Le pavillon 37, qui accueille l'unité dite intermédiaire, est de plain-pied.



Pavillon 37

La porte d'entrée de cette unité donne dans un espace social, servant de salle d'accueil : des tables et des chaises y sont placées. Un téléviseur y a été installé.

Dans le bâtiment, de part et d'autre d'une zone centrale, un ensemble est dédié aux activités et à la restauration et un autre à l'hébergement. L'unité dispose également de deux cours.

Le premier espace central est constitué par l'espace social servant d'entrée et par des bureaux.

L'espace social donne accès à une zone dans laquelle sont regroupés quatre bureaux médicaux alignés le long d'un couloir. Le bureau de la cadre de santé est accessible à partir de la pièce d'entrée.

Une deuxième zone regroupe une salle à manger, deux salles de détente et les vestiaires des professionnels.

Le couloir évoqué ci-dessus débouche sur une première salle de détente dans laquelle est installée une table de ping-pong. Quatre raquettes et une balle y sont posées.

Dans cette salle, sont également placés une armoire servant au rangement des affaires personnelles non autorisées dans les chambres (telles que les cigarettes), une rangée de sièges et un lavabo avec un distributeur de savon liquide et des essuie-mains. Un jeu de fléchettes est suspendu au mur.

Des toilettes et les vestiaires des professionnels sont accessibles de la salle de détente.

La salle à manger est attenante à cette salle de détente. Sur les baies vitrées de séparation, les menus de la semaine du lundi 10 au dimanche 16 septembre 2012 sont apposés : une feuille avec les menus du déjeuner et une pour ceux du dîner.

La salle à manger, d'une surface de 35 m², est aménagée avec trois tables à quatre places et trois tables à deux places. Ces équipements sont identiques à ceux du pavillon 38.

Un espace, séparé par une cloison, est réservé aux soignants qui peuvent y prendre leur repas.

Un office est attenant. Son équipement est comparable à celui du pavillon 38.

Une seconde salle de détente communique avec la première ; un local vitré, affecté aux soignants, est placé entre les deux.

Dans cette salle, de 30 m², une table à quatre places et une table à deux places, identiques à celles de la salle à manger, ainsi que trois rangées de deux sièges et trois fauteuils sont à la disposition des patients. Un téléviseur, posé dans un meuble, est protégé par une façade transparente et des revues sont rangées sur des étagères. La télécommande n'est pas confiée aux patients mais elle est conservée par les soignants ; cela constitue un retour en arrière (et non une progression) car elle est à la libre disposition des patients au pavillon 38.

Lors de la visite, des patients étaient allongés sur les sièges et dormaient ; d'autres y lisaient ; d'autres encore regardaient la télévision.

Le troisième espace est affecté à l'hébergement.

Les chambres sont réparties de part et d'autre d'un couloir central en arc de cercle. Cette conception ne permet pas une vue directe sur l'ensemble des portes. Une salle de bains (avec une baignoire et un lavabo), une lingerie et un local de veille y sont également implantés.

Les chambres des patients sont identiques à celles du pavillon 38. Les seules différences sont :

- la tête de lit est en bois ;
- un petit meuble (de 1 m de haut, de 0,34 m de large, de 0,30 m de profondeur) équipé de quatre étagères sert au rangement des affaires personnelles (gel douche, brosse à dents, magazines, livres ou lecteur MP3) ;
- une prise électrique et l'interrupteur de l'éclairage sont placés à côté du bouton d'appel ;
- le nom du patient est inscrit sur la porte.

Il a été indiqué que tous les boutons d'appel ne fonctionnaient pas²¹.

Un interrupteur d'éclairage, placé dans le couloir, reste accessible aux soignants.

La **chambre médicalisée** présente peu de différences par rapport aux autres chambres :

- le lit médicalisé est inclinable ;
- deux hublots donnent dans la salle de soins infirmiers, attenante.

Aucune installation n'est prévue pour l'arrivée de fluides (oxygène, etc.).

²¹ Comme pour le pavillon 38 (cf. § 4.2.1.2), il est indiqué dans la réponse au projet de rapport que le système d'appel n'est pas adapté aux pathologies des patients.

Les deux chambres d'isolement sont strictement identiques aux chambres du pavillon 38.

Aucune décoration n'agrémentent les locaux.

Deux cours existent mais une est principalement utilisée.

La cour principale est accessible par la deuxième salle de détente.

Elle est délimitée, sur deux côtés, par le bâtiment et, sur les deux autres, par une clôture analogue à celle existant au pavillon 38.

Elle comporte une partie goudronnée et une partie herbeuse. Quatre arbres sont plantés.

Une table de jardin, trois chaises de jardin en plastique et trois sièges en bois sont dispersés. Des mini buts de football, un panneau de basket-ball et des ballons se trouvent dans la cour.

Sous un préau, trois tables à quatre places, en bois, identiques à celles de la cour du pavillon 38, permettent de s'asseoir, de discuter ou de jouer à des jeux de société.

Lors de la visite des contrôleurs, des patients jouaient au basket-ball ; d'autres discutaient entre eux ou avec des soignants ; un autre téléphonait ; plusieurs fumaient.

Une autre cour, plus petite, peu utilisée, est située à l'arrière du bâtiment.

4.2.3.3 Personnels

Deux psychiatres, deux internes et un médecin généraliste interviennent dans l'unité.

Une cadre de santé a rejoint ce poste en août 2011, après avoir travaillé dans d'autres services de l'hôpital.

Quinze infirmiers y sont normalement affectés mais un poste est vacant depuis trois ans et un autre l'est depuis peu à la suite d'une affectation dans un autre service. De plus, un infirmier est en congé de maladie depuis environ deux ans à la suite d'une agression et un autre depuis quatre mois.

L'effectif est ainsi réduit à onze infirmiers (dont six femmes, l'une d'elles exerce à 80 %). Certains, infirmiers de psychiatrie, ont une longue expérience professionnelle au sein de l'UMD ; une jeune femme avait achevé sa formation à l'IFSI en juillet 2012 et avait demandé et obtenu une affectation à l'UMD après y avoir effectué un stage.

Quatre aides-soignants (hommes) travaillent dans cette unité.

Contrairement à la situation observée au pavillon 38, l'équipe soignante comprend des femmes. Il a été indiqué que cet équilibre concourt à la réadaptation de ces patients stabilisés après une hospitalisation dans l'unité d'admission.

Le service se répartit en :

- un service du matin, de 6h45 à 14h45 ;
- un service de l'après-midi, de 13h15 à 21h15 ;
- un service de nuit, de 21h à 7h.

Le service de jour est assuré par quatre soignants dont au moins deux infirmiers et au moins deux hommes.

Le service de nuit est constitué d'un infirmier et d'un aide-soignant. Des personnes sont affectées au travail de nuit pour une période de trois ans.

Quatre agents des services hospitaliers (trois femmes et un homme) sont affectés dans cette unité. Un est en service le matin et un autre l'après-midi.

Les transmissions entre les équipes de jour et de nuit sont plus faciles à réaliser que celles entre les équipes du matin et de l'après-midi. La période de recouvrement, de 13h15 à 14h45, est perturbé par différents déplacements (examens médicaux, coiffeur...), comme au pavillon 38.

Le mardi, une réunion médicale est tenue en présence des médecins, du cadre supérieur de santé, du cadre de santé et des assistantes sociales pour aborder la prise en charge des patients, les entrées et les sorties.

Selon les informations recueillies, deux réunions d'équipe ont réellement pu être réalisées sans être dérangées, avec des soignants assis autour d'une table. Des réunions plus institutionnelles, traitant des projets en cours (tels que l'ouverture de l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée ou d'une unité de soins intensifs) sont organisées tous les deux mois.

4.2.3.4 Fonctionnement

A. L'admission

Le psychiatre qui suit le patient au pavillon 38 décide de son passage au pavillon 37. Les réunions cliniques qui ont lieu tous les quinze jours avec l'ensemble de l'équipe soignante du pavillon permettent d'évoquer la situation de chaque patient et de se pencher sur l'évolution de son état de santé et de son comportement. Deux critères sont déterminants pour considérer qu'un patient est « apte » à passer au pavillon 37 : l'absence d'actes de violence (sur lui-même, les autres patients ou le personnel) et ce qui est appelé par les soignants interrogés « la compliance au traitement », ce qui signifie deux choses : une prise régulière et volontaire des médicaments et le fait de ne plus être dans le déni de la maladie.

Une fois la décision médicale prise, il s'agit ensuite de s'assurer qu'il y a une place disponible au pavillon 37 pour accueillir le patient. Lorsque la date du transfert est arrivée, deux soignants du pavillon 38 accompagnent le patient au pavillon 37, généralement le matin. Ce dernier est accueilli par la nouvelle équipe soignante qui se présente. Celle-ci prend également connaissance du dossier du patient tant au plan médical (traitement) qu'en ce qui concerne sa situation familiale. Les règles de vie du pavillon sont présentées oralement au patient, de façon sommaire le matin puis plus développée lorsqu'il sort de sa chambre vers 16h.

Une fois admis au pavillon 37, le patient fait l'objet d'une « période d'observation » de quinze jours pendant lesquels il doit obligatoirement se vêtir avec le survêtement fourni par l'hôpital. C'est n'est qu'au bout de cette période d'observation que le patient est autorisé à porter ses vêtements personnels.

Il a été dit aux contrôleurs que les retours au pavillon 38 étaient rares mais possibles. Sur une période d'un an, un patient admis au pavillon 37 est retourné au pavillon 38 suite à un comportement agressif envers les autres patients.

B. Les règles de vie

Il n'existe pas de règlement intérieur écrit du pavillon 37. Les règles de vie sont fondées sur une pratique régulière transformée en usage que vient régulièrement amender la réaction spontanée de l'équipe soignante à des incidents ou à des événements. Ainsi, la règle se construit au quotidien et elle doit faire l'objet d'un consensus entre tous les membres de l'équipe soignante pour s'imposer. C'est le cas, à titre d'exemple, pour déterminer ce que le patient arrivé au pavillon 37 peut porter en matière de bijou : l'alliance est autorisée mais pas le port de la chevalière. Plus généralement, le port de bijoux ou de vêtements d'une certaine valeur qui pourrait conduire à des jalousies, de la convoitise et donc des conflits entre patients est interdit.

Le rythme de la journée au pavillon 37 est exactement identique à celui du pavillon 38, soit :

- entre 8h30 et 9h : ouverture des chambres, lever des patients, douche et distribution des médicaments ;
- 9h : petit déjeuner ;
- 9h30-12h : temps de liberté et activités ;
- 12h : déjeuner ;
- 13h15-15h30/16h : repos en chambre ;
- 16h : goûter ;
- 16h30-18h : temps libre et activités ;
- 18h30/19h : distribution des médicaments et repas du soir ;
- 20h : coucher.

Il existe d'autres points communs entre les règles de vie au pavillon 38 et celles du pavillon 37 :

- lors des entrées et sorties des chambres, que ce soit le matin, après le déjeuner ou au moment du coucher, les patients du pavillon 37 laissent leurs vêtements dans un placard situé à l'entrée de leur chambre. Cette pratique conduit à ce que les patients se déshabillent dans le couloir, sous le regard des autres patients et des soignants ;
- la distribution des médicaments est effectuée en file indienne devant le chariot ; la pratique de la file indienne n'est pas limitée à la distribution des médicaments au pavillon 37. Ainsi, l'usage veut que, le matin, les patients se mettent en rang dans le couloir avant de gagner la salle où est servi le petit déjeuner ;
- lors des repas dans la salle commune, les patients sont placés par les soignants et le plan des tables est réactualisé en fonction des événements ;
- les chambres ne sont pas accessibles en dehors des horaires collectifs où il est prévu qu'elles soient occupées, sauf autorisation explicite d'un soignant ;
- chaque patient doit systématiquement être accompagné de deux soignants pour les sorties du pavillon, pour les entretiens avec les médecins ou pour les entrées et sorties de la chambre d'isolement ;

- les visites des familles se déroulent dans un espace commun ouvert, l'espace social qui sert d'entrée au pavillon 37, sous le regard des soignants et sans aucune intimité des patients et de leur famille. Les contrôleurs ont assisté à la visite de deux familles au pavillon 37 le jeudi 13 septembre. Une mère rendait visite à son fils et une mère et sa fille rendaient visite à leur fils et frère. Les deux visites se sont déroulées dans la même pièce, porte ouverte sur le couloir, sous le regard de cinq membres du personnel du pavillon qui conversaient entre eux à voix haute ;
- l'accès au téléphone est autorisé sur prescription médicale ; les appels entrants sont libres et les patients peuvent téléphoner seulement le samedi sur un poste fixe à leur disposition ou avec deux téléphones portables en possession des soignants. Aucune confidentialité des conversations n'est assurée ;
- la télévision est en libre accès dans la salle de détente ; la télécommande n'est pas confiée aux patients mais conservée par les soignants ; cela constitue en fait un retour en arrière car elle est à la libre disposition des patients au pavillon 38.

Les différences de règles de vie par rapport au pavillon 38, justifiées par une amélioration de la santé et du comportement du patient, sont les suivantes :

- les patients sont vêtus de leurs affaires personnelles y compris leurs chaussures (sauf en cas de mise en isolement qui se traduit pas le fait que le patient est privé de ses affaires personnelles au cours de l'isolement et une semaine après la fin de celui-ci) ;
- les patients disposent d'une assiette et de couverts pour prendre leurs repas de midi et du soir ;
- les patients peuvent conserver leur MP3, leurs livres ou magazines dans leurs chambres ;
- les patients peuvent sortir du pavillon pour se rendre à l'atelier d'ergothérapie et chez le coiffeur, situé en dehors de l'UMD, accompagnés de deux soignants. Si les « sorties thérapeutiques » en dehors de l'UMD sont possibles, elles sont néanmoins rares faute de temps et de personnel disponibles. Il a été dit aux contrôleurs qu'en l'espace d'un an, seulement deux ou trois sorties avaient eu lieu. Un exemple de sortie thérapeutique est de se rendre dans un restaurant choisi par le patient dans les environs de l'hôpital.

C. Les soins

Les deux psychiatres consultent le matin.

Un interne est présent le matin. Une jeune psychiatre vient également mener des entretiens avec les patients durant l'après-midi, après en avoir effectué le matin au pavillon 38.

Durant les week-ends, un tour de garde est instauré et l'un des psychiatres passe dans chacun des quatre pavillons. Ils voient les personnes placées en isolement et celles constituant des cas particuliers.

Les entretiens se déroulent dans un des bureaux médicaux du bâtiment. Un soignant est alors présent : son rôle est d'être à l'écoute mais aussi de veiller à la sécurité. Il convient de noter une évolution par rapport à la situation constatée dans l'unité d'admission où deux soignants assistent aux entretiens.

Les patients rencontrés par les contrôleurs ont tous indiqué qu'ils étaient très régulièrement reçus par les psychiatres, chaque semaine, et qu'ils étaient très bien suivis.

Le médecin généraliste se rend dans le pavillon au cours de la matinée.

Un psychologue est présent au sein de l'unité le mardi après-midi pour animer un groupe de paroles réunissant quatre à cinq patients. Il mène également des entretiens individuels le mercredi.

Des patients se rendent à l'ergothérapie le matin, après le petit déjeuner ou l'après-midi durant le temps de repos. La décision d'accès à ces soins est prise en réunion clinique. Certains y vont deux fois par semaine. Quatre patients du pavillon peuvent s'y rendre simultanément.

Un groupe se rend dans la salle située au rez-de-chaussée du pavillon 38, où une psychomotricienne les fait travailler sur leur corps.

Aucune activité sportive n'existe, les installations de l'hôpital se trouvant hors des murs de l'unité.

Les contrôleurs ont constaté que les soignants proposaient des activités aux patients. Ainsi, un groupe de cinq avait été réuni pour la diffusion d'un DVD sur le téléviseur placé dans l'espace social. Un soignant était présent.

La dispensation des médicaments est effectuée le matin, à midi et le soir. Les contrôleurs ont assisté à celle du mercredi 13 septembre 2012 à midi.

Un infirmier avait placé le chariot des médicaments devant la salle à manger. Les patients se sont réunis dans la salle de détente et se sont alignés. La file indienne était moins strictement respectée qu'au pavillon 38. Après la prise du traitement, ils sont restés dans la même pièce et sont rentrés dans la salle à manger à l'invitation des soignants, ponctuée d'un « bon appétit ».

4.2.4 L'unité des pré-sortants hommes

4.2.4.1 Présentation

L'unité des pré-sortants est appelée pavillon 35 ou P 35. Elle est réservée exclusivement aux hommes.

Le projet médical est centré sur la consolidation des soins effectués dans les autres unités et sur le retour du patient dans son service d'origine. Un infirmier a ainsi expliqué aux contrôleurs : « On n'a pas la prétention de les guérir mais on souhaite que la violence soit apaisée, que le dialogue soit accepté. En général, quand ils arrivent au P 35, la compliance aux soins est acquise ».

Quand un patient quitte l'UMD et retourne dans son service d'origine, l'équipe essaye de le suivre un certain temps, en lui rendant visite. Selon les informations recueillies, cette pratique est souvent contrariée par le manque de personnel disponible.

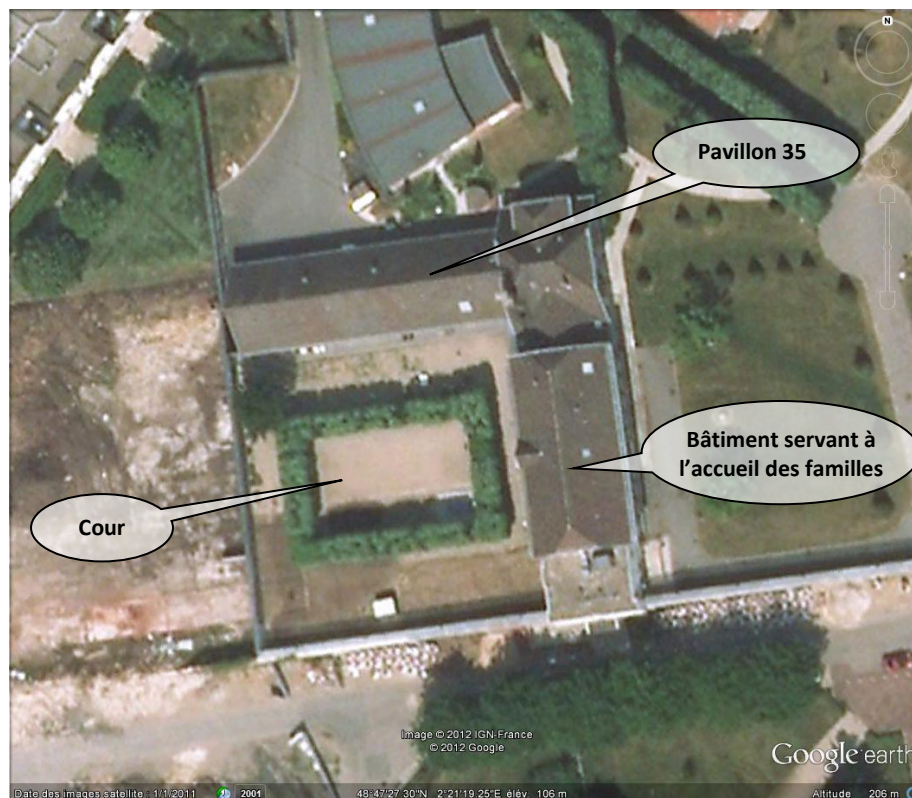
Le pavillon 35 comprend dix-neuf chambres, outre deux chambres dites d'apaisement et une chambre disposant d'un lit médicalisé, ce qui représente au total **vingt-deux lits**, aucune chambre n'étant double.

Le 14 septembre 2012, jour de la visite des contrôleurs, quatorze patients y étaient hospitalisés, tous admis sur décision du représentant de l'Etat. Parmi eux, cinq patients avaient été déclarés pénalement irresponsables, les neuf autres avaient été orientés par les hôpitaux de secteur. Le plus âgé avait 66 ans, le plus jeune, 18 ans.

La durée de la plus longue hospitalisation sans consentement était de sept ans et huit mois.

4.2.4.2 Locaux

Par rapport aux autres, le pavillon 35 est vaste ; le bâtiment correspond en réalité à deux pavillons qui ont été réunis. L'ensemble a la forme d'une équerre.



Pavillon 35

Il comprend deux niveaux :

- le rez-de-chaussée occupé en totalité. La première partie du bâtiment comporte huit chambres qui sont en principe réservées aux patients arrivants (cinq chambres simples, deux chambres d'apaisement et la chambre disposant du lit médicalisé évoquée *supra*), un bureau infirmier, une salle de soins et une pharmacie. L'autre partie du rez-de-chaussée comprend des salles de réunion, de consultation et d'activités ;
- le premier étage : seul est occupé l'un des deux corps du bâtiment (l'autre est constitué de combles non aménagées) : quatorze chambres sont en principe réservées aux patients plus « autonomes » dont deux grandes chambres. Ce niveau dispose également d'une salle de bains, d'une salle de soins et d'une pharmacie.

Les vingt-deux chambres du pavillon 35 sont équipées d'une douche, de WC et d'un coffre dans lequel les patients peuvent conserver en toute sécurité leurs effets personnels.

Les contrôleurs ont visité la chambre simple n° 3 située au rez-de-chaussée. Le sol est en linoleum, style faux marbre rosé, avec des bandes de couleur rouge. Les murs sont gris avec des bandes de couleur jaune. Elle dispose d'une porte-fenêtre munie d'un double-vitrage, sur lequel sont collés des bandes de plastique blanche ressemblant à des barreaux. La commande des stores électriques se trouve à l'extérieur de la chambre ; en revanche, à la différence des autres unités, l'éclairage peut se commander de l'intérieur par le patient. La chambre est par ailleurs équipée d'un lit métallique gris, non scellé au sol, d'un panier à linge en plastique blanc, d'un bureau en bois avec tiroir et tablette rétractable, d'une chaise en bois et sous le bureau, d'une corbeille à papier en plastique blanc. La chambre dispose également d'un placard avec une partie penderie (dans celle examinée par les contrôleurs, cinq cintres étaient pendus), une étagère en hauteur à 1,79 m du sol et d'une autre étagère basse, à 0,43 m du sol. Sur celle-ci est entreposé le coffre ci-dessus mentionné qui est en réalité une boîte métallique de 0,29 m sur 0,24 m, dont chaque patient a la clé. Les sanitaires sont identiques à ceux des chambres d'apaisement décrits ci-dessous, à ceci près qu'aucun œilleton ne permet d'en assurer la surveillance.

La seule différence entre les chambres du rez-de-chaussée et celles du premier étage ce sont les fenêtres et la vue : les chambres du premier disposent de véritables fenêtres à travers lesquelles il est possible de voir au premier plan le jardin et notamment le potager, et pour certaines d'entre elles, au second plan, l'UHSA en cours de construction.

Les chambres d'apaisement sont équipées de la climatisation, à la différence des chambres ordinaires. Les contrôleurs en ont également visité une. Sur la porte est apposée une plaque « chambre d'apaisement ». Comme les portes des autres chambres du pavillon, elle est munie d'un hublot de 36 cm de diamètre situé à 1,45 m du sol. La lumière de la chambre se contrôle depuis l'extérieur au moyen de deux interrupteurs, apposés à proximité de la porte d'entrée. Cette chambre a une surface d'environ 10 m². Le sol est un linoleum de couleur vert amande orné d'une bande rouge. Les murs sont gris, la bande de couleur était jaune. S'agissant des fenêtres, l'une se trouve à hauteur d'homme, à 1,35 m du sol et mesure 0,58 m sur 0,52 m, trois autres fenêtres sont situées en hauteur à 2,36 m du sol et mesurent 0,87 m de large. La chambre est équipée d'un lit métallique scellé au sol sur lequel sont disposées deux couvertures bleues ; un oreiller n'est jamais fourni. Elle n'est pas équipée de placard.

Les sanitaires sont entièrement carrelés, en gris et blanc. Ils sont équipés de WC en inox sans abattant avec une chasse d'eau susceptible d'être actionnée par le patient, d'un lavabo et d'une douche délivrant eau froide et eau chaude. En principe, la lumière se déclenche automatiquement ; le jour de la visite, ce système ne fonctionnait pas. Un œilleton permet de voir à l'intérieur depuis le couloir. Un infirmier a fait remarquer qu'il existait un angle mort entre le hublot et l'œilleton et que l'ensemble de l'espace réservé au patient ne pouvait être totalement surveillé.

La salle de bains est carrelée du sol au plafond, par bande, alternativement de couleur blanche et grise. Elle est équipée d'une baignoire mais aussi d'une douche et d'un lavabo. Un radiateur permet de la chauffer.

La salle de télévision ou salle commune est très spacieuse. S'y trouvent ainsi un baby-foot avec le jour du contrôle une balle, deux vélos d'appartement, un aquarium avec des poissons exotiques, des instruments de musique (clavier, guitare) et des équipements pour le ping-pong, la pétanque, le badminton, un poste de télévision, des jeux vidéo, une console Wii

et un lecteur de DVD. Les télécommandes de ces différents appareils sont laissées à la libre disposition des patients.

La cour est arborée (treize arbres ont pu être recensés par les contrôleurs). Elle comporte une table de ping-pong, un panneau de basket-ball, plusieurs jeux de boules de pétanque métalliques et en plastique. Elle est équipée de sept bancs, vingt sièges en plastique, une table et un cendrier en pierre.

4.2.4.3 Personnels

Le personnel est affecté à l'unité en poste fixe. Il se compose de :

- Deux psychiatres, praticiens hospitaliers, qui assurent alternativement une présence quotidienne matin et après-midi ;
- deux internes en psychiatrie, présents tous les jours, du lundi au vendredi, l'un le matin, l'autre l'après-midi ;
- un médecin généraliste, intervenant sur l'ensemble de l'UMD, qui passe régulièrement au pavillon 35 et en cas de besoin lorsqu'une demande est émise. Lors de la visite des contrôleurs, le médecin généraliste est ainsi passé dans l'unité et a demandé à l'infirmier s'il y avait quelque chose de particulier ;
- une psychologue à mi-temps ;
- un cadre de santé ;
- quatorze infirmiers et cinq aides-soignants de jour ;
- quatre infirmiers et un aide-soignant de nuit ;
- quatre agents des services hospitaliers qualifiés (deux le matin, deux l'après-midi) ;
- deux assistantes sociales, intervenant également sur les autres unités.

Le personnel infirmier, aide-soignant et ASH, est masculin et féminin. Les équipes de jours sont en poste de 6h45 à 14h45 et de 13h15 à 21h15, l'équipe de nuit de 21h à 7h. Le chevauchement des horaires permet la transmission des observations cliniques et des consignes ; pendant ce temps, les patients sont dans leurs chambres.

L'effectif minimum²² est de quatre soignants, parmi lesquels en général au moins un homme. Il a été précisé que lorsque la cour était ouverte, les soignants se répartissaient ainsi : deux soignants à l'intérieur du pavillon et deux à l'extérieur.

Dès que cinq agents sont en poste, l'un d'eux est détaché sur le P 36, en renfort. Ce manque de temps soignant a pour effet de rendre difficile, voire impossible, la mise en place et le suivi des ateliers thérapeutiques.

S'agissant de la prise en charge médicale, les médecins ont au minimum un entretien clinique par semaine avec chaque patient. Les patients sont revus soit quand ils en font la demande, soit quand ils ont été réaccompagnés en chambre ou mis en isolement. Ces entretiens sont effectués en présence d'un soignant, comme dans les autres unités.

²² Ou effectif de fonctionnement.

Un infirmier dit : « on n'est jamais seuls, les médecins sont toujours disponibles. Le médecin responsable passe toujours le matin faire un tour, il précise toujours où il est le restant de la journée ».

La prise en charge somatique se fait dans la chambre médicalisée, qui est contigüe au poste de soins ce qui permet une bonne surveillance du patient. En cas de problème somatique dépassant des soins de première intention, les patients sont hospitalisés au centre hospitalier universitaire du Kremlin-Bicêtre.

Il a été précisé que le psychologue et le psychomotricien voient les patients du patient 35 seuls, sans soignant, à la différence de ce qui se passe dans les autres pavillons.

S'agissant des **réunions** du personnel, un *staff* clinique pour l'ensemble de l'UMD a lieu tous les mardi matins, chaque unité y est représentée par les médecins et le cadre de santé. Cette réunion permet de discuter des arrivées, des problèmes cliniques rencontrés par les équipes et des passages d'un pavillon à l'autre.

Un *staff* « protocolisé » a lieu une fois par mois. Il a pour but de faire la présentation clinique d'un patient de façon approfondie et pédagogique. Ce staff est l'occasion d'avoir une réflexion théorique et pratique sur la spécificité des patients hospitalisés en UMD et sur le type de soins à leur apporter.

Une réunion dite institutionnelle a lieu une fois par trimestre. Elle a pour but de parler du fonctionnement de l'unité s'agissant de l'organisation, de l'équipement et des ateliers thérapeutiques.

4.2.4.4 Fonctionnement

A. L'admission

Les patients sont adressés par le pavillon 37 (l'unité intermédiaire des hommes).

Le protocole d'admission se fait en deux temps : d'abord une présentation clinique est faite à l'équipe du pavillon 35 par le médecin et l'équipe du P 37, puis « dans la mesure du possible », le patient vient faire un passage en journée pour visiter le pavillon afin de se préparer à son passage.

Ce protocole peut être écourté (et même non réalisé) soit par manque de personnel pour accompagner le patient, soit parce qu'il faut effectuer un accueil en urgence. Il a été expliqué que le risque d'admission en urgence était d'autant plus important que le pavillon 37 ne disposait plus de lit disponible ; pour pouvoir accueillir un nouveau patient, le pavillon 37 transférerait parfois au pavillon 35 des patients qui, en temps normal, y seraient restés un peu plus longtemps : « parfois, ça pousse », a-t-il été résumé.

Les arrivées ont généralement lieu à l'inter-équipe, c'est-à-dire en début d'après-midi.

Le patient est immédiatement installé dans sa chambre. Son trousseau est vérifié ; sont notamment retirés les objets tranchants (coupe-ongles et rasoirs notamment), les déodorants et les parfums, l'alcool et les téléphones. En revanche, les lecteurs MP3 peuvent être conservés, de même que les lunettes de vue.

« Très rapidement », le patient voit le médecin présent dans le service.

B. Les règles de vie

Comme dans les autres pavillons, aucun document relatif au déroulement des journées, horaires et fonctionnement du service n'est remis aux patients. Le document intitulé

« journée type au pavillon 35 » dont les contrôleurs ont pu prendre connaissance est réservé aux personnels : il permet seulement de mieux assurer la circulation des informations entre agents.

En revanche, sont affichées dans l'unité – et notamment au réfectoire – des plaquettes relatives aux droits des patients, et notamment aux procédures permettant d'obtenir une mainlevée d'une décision d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Le déroulement de la journée est assez semblable à celui du pavillon 37.

Le déroulement d'une **journée type** est le suivant :

8h-9h : réveil des patients, prise des traitements, hygiène corporelle ;

9h : petit déjeuner ;

9h30 à 11h30 : activités thérapeutiques et ludiques, entretiens cliniques, ergothérapie, ouverture de la cour ;

11h45 : prise des traitements ;

12h00 : repas ;

12h30 : ouverture de la cour ;

13h-15h : repos en chambre fermée ;

13h15-13h45 : accompagnements aux consultations de médecine spécialisées, sorties dans le parc, accompagnements à la cafétéria de l'hôpital, au salon de coiffure ;

14h-16h : visites des familles ;

15h : entretiens médicaux, entretiens avec les experts de la commission de suivi médical ;

15h30-16h : groupe de parole, le lundi ;

16h : prise des traitements, goûter ;

16h30 à 18h30 : ouverture de la cour, activités ludiques ;

18h45 : prise de traitement ;

19h : dîner ;

19h30 : ouverture de la cour ;

19h45 : prise des traitements ;

20h : coucher.

L'hygiène

L'équipe infirmière est très vigilante sur le respect des règles d'hygiène. En cas de refus d'un patient de se laver, l'équipe prend le temps nécessaire pour le convaincre. Les incidents au sujet de l'hygiène sont très rares.

Un rasoir jetable est distribué tous les jours et est récupéré dès la fin de la toilette. Il est alors rangé, comme les produits d'hygiène tels que le parfum et le déodorant, dans une pochette au nom du patient, dans la lingerie située à l'étage qui ferme à clé.

Les patients ont le droit de conserver leurs lunettes la journée.

Les repas

Pour les repas, les patients s'assoient à table selon un plan de table établi par l'équipe soignante et affiché dans la salle commune avec les menus. Ce plan tient compte des affinités ; selon les informations recueillies, les patients s'en plaignent rarement.

L'équipe infirmière dit être très vigilante sur la qualité de la nourriture. Celle-ci ne serait pas toujours « terrible » et les barquettes thermoscellées parfois non ouvertes. Il a été évoqué des repas manquants certains jours. Les agents émettent alors une fiche d'événement indésirable.

Selon les informations recueillies, le dimanche matin, les patients ont le droit à une « rare douceur » c'est-à-dire à un jus d'orange.

Les patients peuvent néanmoins améliorer leurs repas avec leur propre argent. Des infirmiers achètent ainsi des provisions en dehors de l'hôpital, après leur temps de travail.

Comme dans les autres unités, les patients ont droit à une bouteille d'eau de 1,5 litre par jour.

Enfin, des activités thérapeutiques autour de l'alimentation sont parfois organisées. Elles connaissent alors un vrai succès. Le pavillon dispose pour se faire d'un potager, qui en septembre 2012 n'avait pas été entretenu depuis le mois de juin ; il a été expliqué aux contrôleurs que pour animer cette activité, il fallait que les agents soient au nombre de six ce qui n'est pas souvent le cas.

Les visites

Les visites s'effectuent dans la salle prévue à cet effet, toutes en même temps. Chaque patient reçoit ses visiteurs autour d'une table, à proximité des autres patients et des soignants ; l'intimité et le respect de la vie privée des patients ne sont pas respectés. En outre, des tables et des chaises doivent parfois être rajoutées dans le hall du pavillon, faute de place dans la salle de visite.

Le téléphone :

Les patients ont le droit *a priori* de téléphoner. Une liste de numéros autorisés est établie, y compris vers l'étranger, pour chaque patient.

Les appels téléphoniques ne peuvent être passés que le dimanche matin, après le petit déjeuner, chacun à tour de rôle.

Deux téléphones sans fil sont alors remis aux patients. Les lignes ne sont pas dotées d'un accès extérieur ; les soignants doivent appeler la personne du standard de l'hôpital qui compose les numéros désignés. Les combinés sont ensuite remis aux patients qui généralement téléphonent dans la cour ou la salle commune.

Les appels entrants ne sont pas limités.

Les correspondances :

Les patients peuvent écrire librement. Les courriers au départ sont remis à la cadre de santé qui à son tour les donne au vagemestre. A l'inverse, les courriers qui arrivent sont donnés à la cadre de santé qui les distribue aux patients. Selon les informations recueillies, ceux-ci ne seraient « *a priori* pas ouverts ».

Les sorties de l'unité :

Les patients peuvent être accompagnés à la cafétéria du groupe hospitalier Paul Guiraud située en dehors de l'UMD. Cet accompagnement se fait sur demande du patient et avec l'accord du médecin.

Des sorties à vocation culturelle (cinéma, musée) peuvent également être organisées dans Paris. Elles supposent la présence de deux infirmiers, en plus du chauffeur du véhicule. Elles se déroulent « au mieux tous les trois ou quatre mois ».

Ces sorties demeurent néanmoins exceptionnelles et leur nombre diminue depuis plusieurs années, du fait d'un manque de personnel suffisant²³ pour procéder à l'accompagnement des patients.

Le 14 septembre 2012, sur les quatorze patients hébergés dans l'unité :

- onze avaient des visites ;
- quatorze étaient autorisés à téléphoner ;
- trois bénéficiaient de sorties.

Les cigarettes

Les patients du pavillon 35 conservent leur parquet de cigarettes mais non leur briquet. Ils les rangent dans le coffre installé dans leur chambre. Ils ne subissent aucune limitation du nombre de cigarettes qu'ils désirent fumer par jour. En revanche, il n'est fait aucune exception au fait qu'ils ne peuvent pas fumer le soir et la nuit.

Les activités

Les activités font partie intégrante du projet de soins de l'unité. La plupart des soignants sont référents d'une activité et assurent leur mise en œuvre et leur continuité sur l'année. La participation aux activités se fait sur sollicitations des soignants. Il n'y a aucune contre-indication à la participation d'une activité. Les patients s'y rendent selon leurs goûts et leur état de santé. La non-participation à une activité n'interdit pas non plus d'y participer ultérieurement.

Les soignants indiquent qu'en pratique, la mise en place des activités est tributaire de la disponibilité du personnel. L'organisation du service exige qu'il y ait au minimum deux soignants dans la cour et deux soignants dans la salle commune pour surveiller les patients. Dès lors, les activités ne peuvent se mettre en place que si un cinquième agent est présent. Or, fréquemment, ce cinquième soignant est appelé dans une autre unité, pour combler un poste vacant et notamment au pavillon 36 ; les contrôleurs ont ainsi pu constater le jour de leur venue qu'un agent était ainsi appelé en renfort chez les femmes.

Des tournois de pétanque sont parfois organisés avec le pavillon 37. Quand le temps le permet, les portes entre la cour et la salle d'activité restent ouvertes.

²³ A ce propos à nouveau, dans sa réponse au projet de rapport, le directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud insiste sur l'augmentation du personnel de l'UMD entre 2009 et 2013 (cf. note de bas de page n°18, page 73).

5 SOINS SOMATIQUES

La prise en charge somatique est assurée par un médecin généraliste, affecté sur un poste dédié à l'UMD qui correspond à un mi-temps de praticien hospitalier. En cas d'absence de ce médecin, la prise en charge est assurée par le médecin de garde du service de médecine générale du groupe hospitalier.

Le médecin somaticien est présent tous les matins, de 9h à 12h30, du lundi au vendredi à l'UMD. Chaque matin, il passe systématiquement dans chaque unité, pour recueillir les demandes de consultations, qui peuvent émaner soit du patient lui-même, soit de l'équipe médicale ou paramédicale. Un cahier de liaison existe dans chaque unité, ce qui permet de noter les demandes faites en l'absence du temps de présence du médecin. Les patients sont vus le jour même, au sein de l'unité. En particulier, chaque arrivant bénéficie d'un examen clinique approfondi, avec la réalisation systématique d'un électrocardiogramme (ECG). Les coordonnées du médecin traitant sont systématiquement recueillies.

Pour les consultations spécialisées, le groupe hospitalier Paul Guiraud dispose d'une convention avec le CHU du Kremlin-Bicêtre. Les consultations se font au CHU, sauf en cas de contre-indication médicale ; dans ce cas, un médecin spécialiste de Bicêtre se déplace à l'UMD. Le médecin somaticien précise que la seule limitation aux consultations spécialisées n'est pas liée à des refus ou à des manques de disponibilité du personnel médical des services concernés mais à d'éventuels problèmes d'accompagnement du patient.

Le compte-rendu du CHU est adressé à l'UMD dans un délai inférieur à huit jours. Tous les soins de première intention sont effectués au sein de chaque unité. En cas de nécessité d'hospitalisation, le patient est transféré au CHU de Bicêtre.

Le médecin somaticien dispose d'un bureau médical au sein du pavillon administratif, qui lui est réservé. D'une façon générale, il se dit satisfait des conditions de travail, que ce soit sur le plan médical – y compris s'agissant des consultations spécialisées – ou sur le plan administratif.

En plus de ce temps médical somatique spécifique, l'UMD bénéficie d'un temps dédié d'interne en pharmacie, correspondant à 0,1 ETP. Ce temps permet de faciliter l'approvisionnement et le contrôle des pharmacies de chaque unité et permet également d'effectuer les commandes exceptionnelles à la pharmacie centrale de l'hôpital (en particulier, le matériel orthopédique) et de disposer du matériel nécessaire sans délai.

En outre, une activité de référence clinique et de recherche pharmacologique a été mise en place depuis l'année 2011. Cette activité a pour but d'améliorer la prise en charge des patients accueillis en UMD.

Un psychiatre intervient sur un temps de 0,1 ETP pour effectuer la référence clinique des psychologues et animer les réunions de présentations cliniques à l'intention des équipes soignantes.

La référence clinique a pour but de favoriser la réflexion institutionnelle sur le travail effectué à l'UMD. Elle permet également de reprendre en analyse des pratiques les événements tels que des passages à l'acte violents, des agressions entre patients, une agression du personnel. Cela favorise l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du travail clinique et apporte un soutien aux professionnels face aux phénomènes de violence physique et psychique.

Les séminaires cliniques portant sur les patients difficiles sont à destination du personnel soignant. Ils ont pour but d'apporter un éclairage clinique d'inspiration psychanalytique aux équipes, afin de les aider dans la compréhension des troubles du patient et de favoriser une élaboration du cadre de soins.

Par ailleurs, un professeur de pharmacologie clinique intervient à l'UMD, à raison de 0,5 ETP. Il anime un programme de recherche, portant sur la question des traitements psychotropes.

En particulier, il étudie le problème des patients résistants aux traitements neuroleptiques. Le but de cette recherche est de mettre au point des traitements plus efficaces et présentant moins d'effets secondaires indésirables et de limiter les prescriptions abusives de traitements sédatifs.

Ce travail de recherche clinique bénéficiant d'un temps dédié est spécifique à l'UMD Henri Colin.

Dans son rapport, le comité pour la prévention de la torture et des traitements inhumains ou dégradants indique que « l'examen des dossiers des patients a fait apparaître que le traitement pharmacologique était clairement individualisé. Le problème des patients dits « chimiorésistants » était soigneusement étudié et une approche génétique permettait d'identifier les patients ayant besoin d'un dosage plus ou moins élevé que la normale. La délégation n'a d'ailleurs pas relevé d'indices de surmédication ».

6 RECOURS À L'ISOLEMENT ET À LA CONTENTION

Le 11 septembre 2012, à l'arrivée des contrôleurs, huit patients étaient placés en isolement : sept à l'unité d'admission des femmes (pavillon 36) ; un à l'unité d'admission des hommes (pavillon 38) depuis le jour même ; aucun à l'unité intermédiaire des hommes (pavillon 37) et aucun à l'unité des pré-sortants des hommes (pavillon 35).

Les contrôleurs ont constaté, durant toute la semaine de visite, que les placements en isolement étaient restés nombreux au pavillon 36. Les durées sont apparues beaucoup plus longues qu'au pavillon 38. Ainsi, outre une femme bénéficiant d'un isolement séquentiel²⁴, six autres étaient à l'isolement depuis :

- sept jours ;
- dix jours ;
- quatorze jours ;
- dix-neuf jours ;
- dix-neuf jours :
- et quarante-trois jours.

²⁴ Comme indiqué au paragraphe 4.2.2.1, cette patiente pouvait sortir de sa chambre une heure et demie le matin et une heure et demie l'après-midi.

Cette situation ne constitue pas un cas particulier mais semble être le reflet d'un état couramment observé. Un professionnel rencontré par les contrôleurs a évoqué « une psychiatrie à la hache » au sein de cette unité.

Les contrôleurs se sont interrogés sur les raisons de cette différence. Il leur a été indiqué que les femmes hospitalisées dans cette unité étaient « beaucoup plus violentes ».

Au pavillon 38, la personne en isolement en est sortie en milieu de semaine ; une autre y a été placée.

6.1 La procédure d'isolement

Les soignants ont l'autorisation de placer en isolement un patient pour faire face à une situation nécessitant une mesure d'urgence, sous réserve d'en rendre compte rapidement. Une prescription « d'isolement si nécessaire » le permet.

Dans l'heure suivante, un médecin passe pour la confirmer ou non.

Les patients placés en isolement sont visités quotidiennement par un médecin qui renouvelle éventuellement la prescription. Les contrôleurs ont rencontré un psychiatre qui y procédait chaque matin, dès le réveil, à 8h30. Le personnel soignant procède également à des visites régulières : selon les informations recueillies, au pavillon 36, les patientes isolées bénéficiaient d'une surveillance toutes les trente minutes.

Ces patients sont en pyjama et prennent leurs repas dans la chambre dans les conditions décrites au sein de chaque pavillon.

La mise en chambre d'apaisement au pavillon 35 se fait selon les mêmes modalités qu'en chambre d'isolement. La reconduite en chambre s'effectue soit parce que le patient est fatigué, soit parce qu'il est angoissé, soit parce qu'il le demande. Il est accompagné par plusieurs soignants, un traitement sédatif lui est proposé, qu'il peut refuser. Il est systématiquement revu par le médecin dans sa chambre. En cas de crise d'agitation ou de passage à l'acte agressif (contre lui-même, un autre patient ou un soignant), la mise en isolement se fait selon le protocole existant, avec l'obligation d'être vu par un médecin aussi vite que possible. Le traitement sédatif prescrit par le psychiatre est donné, sans refus possible de la part du patient.

En cas de crises répétées et incontrôlables ou en cas d'aggravation de l'état de santé mentale, si les mises en chambre de repos ou si le recours répété à l'isolement n'a pas d'effet, le patient peut être réadressé au pavillon 37 ou au 38. Ce retour se fait sur indication médicale, après une concertation avec l'ensemble de l'équipe soignante. Il sera ensuite réadmis au pavillon, selon les mêmes modalités que lors de son accueil initial. Il a été ainsi évoqué le cas d'un patient qui avait donné un coup de poing à une infirmière : il est directement retourné au pavillon 38 à l'issue de cet incident.

Un imprimé de quatre pages au format A4, intitulé « prescription médicale de mise en chambre d'isolement », a été mis en place. Un exemplaire est renseigné pour chaque période de 24 heures.

Après la mention du « jour d'isolement n°... » et des mentions relatives à l'identité du patient, la première page regroupe quatre bandeaux :

- « **la situation d'isolement d'urgence en cas d'absence d'un médecin – délégation infirmière – jour 0** », avec la date, l'heure, le nom et la signature de l'infirmier, le motif de l'isolement et l'appel du médecin pour la confirmation dans l'heure ;

- **« la prescription médicale initiale de l'isolement - jour 0 »** avec plusieurs rubriques :
 - la date, l'heure, le nom et la signature du médecin ;
 - l'indication de l'isolement et sa durée ;
 - les contre indications somatiques (« oui », en précisant lesquelles, ou « non ») ;
 - les facteurs de risque de passage à l'acte et la surveillance spécifique ;
 - les facteurs de risques somatiques et la surveillance spécifique clinique ou biologique ;
 - la contention (« oui » - « non » - « si besoin ») ;
 - les explications nécessaires pour les raisons, les buts et les modalités de l'isolement sont données (« oui » ou « non ») ;
 - l'information de la famille (« oui » ou « non ») ;
 - les consignes particulières (sur les sorties de courte durée, les visites et les communications téléphoniques) ;
 - l'entretien dans les deux heures suivant le début de l'isolement avec indication de la confirmation de la mesure ou de sa levée ;

- **« le renouvellement de la prescription d'isolement – jour 1 ou suivants »** avec :
 - la date, l'heure, le nom et la signature du médecin ;
 - l'indication de l'isolement et sa durée ;
 - la modification de l'état clinique éventuelle avec apparition de nouveaux risques somatiques et la surveillance spécifique et/ou les nouveaux facteurs de risque de passage à l'acte avec la surveillance spécifique ;
 - la modification éventuelle des consignes (sur les sorties de courte durée, les visites et les communications téléphoniques) ;

- **l'entretien de fin de mise à l'isolement avec la date, l'heure, le nom et la signature du médecin.**

Sur les pages 2 et 3, un tableau permet de tracer la « surveillance infirmière d'isolement », pour chaque heure entre 7h et 6h le lendemain. Sont ainsi suivis :

- la vérification de la chambre (l'absence d'objet dangereux et la propreté) ;
- l'appel de renfort ;
- la mise en pyjama ;
- le traitement (per os ou injection) ;
- les constantes ;
- le nursing ;
- l'alimentation et l'hydratation ;
- l'élimination des urines et des selles ;
- la surveillance psychologique et le comportement ;
- les soins infirmiers somatiques ;
- la surveillance biologique ;
- la contention ;

- la consultation avec un somaticien ;
- l'entretien psychiatrique ;
- l'entretien infirmier ;
- les consignes (les sorties ponctuelles, les visites, les communications téléphoniques, autres) ;
- l'information de la sécurité incendie.

En bas de page, une case est prévue pour indiquer le nom de l'infirmier et sa signature.

En page 4, les « bonnes pratiques selon la conférence de consensus de l'ANAES²⁵ (juin 1998) » portant sur les « indications de mises en chambre d'isolement », de « contre-indications somatiques à l'isolement » et les « facteurs de risques » sont citées.

Lors de la visite des contrôleurs, un nouvel imprimé était en expérimentation dans quelques unités du groupe hospitalier.

6.2 Les chambres d'isolement

Dans les deux unités d'admission (pavillons 36 et 38), toutes les chambres sont identiques et sont conçues comme des chambres d'isolement. Une chambre dite de « haute sécurité », en place au pavillon 38, est équipée de façon encore plus rudimentaire (cf. § 0 ci-dessus).

Deux chambres d'isolement sont identifiées au sein de l'unité intermédiaire des hommes (cf. § 4.2.3.2 ci-dessus).

Aucune chambre d'isolement n'existe au pavillon 35 où se trouve l'unité des pré-sortants. Deux chambres d'apaisement les remplacent.

Une « couverture de force », lourde, en tissu épais, est confectionnée localement, au sein de l'hôpital. Elle est destinée à remplacer les draps pour faire face à des situations difficiles. Elle est systématiquement utilisée dans la chambre de « haute sécurité » de l'unité d'admission des hommes et dans les chambres d'isolement de l'unité intermédiaire des hommes. Il a été précisé que ces couvertures ne brûlaient pas et ne se déchiraient pas.

6.3 Le recours à la contention

Le « maillot » est une sorte de combinaison faite en toile très forte permettant de contenir les bras et les jambes et d'attacher le patient au lit. Des lanières en assurent la fermeture dans le dos. Trois lanières, placées de chaque côté du « maillot », assurent la fixation au lit, sur lequel des points d'ancrage métalliques sont prévus. Le modèle en service à l'UMD est réalisé dans les ateliers de l'hôpital. Lors de son utilisation, un dispositif d'évacuation de l'urine est également placé sur le patient.

L'appellation « camisole » a été utilisée par des soignants du pavillon 38, lors de la visite. Ce terme a été rejeté au pavillon 37, où le mot « maillot » est employé, comme il l'est au pavillon 36.

²⁵ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (cette structure a été remplacée en 2005 par la Haute autorité de santé – HAS).

Le recours à la contention est très limité, a-t-il été précisé.

Au pavillon 37, selon les informations recueillies, ce moyen aurait été employé une seule fois au cours des douze derniers mois.

Un « maillot » était placé sur le lit de la chambre de « haute sécurité » du pavillon 38, lors de la visite.

De même, au pavillon 36, des « maillots » étaient accrochés aux portes de placard laissées ouvertes des chambres d'isolement du rez-de-chaussée. Il a été indiqué que ce maillot était notamment utilisé pour la patiente âgée de 18 ans, lorsque celle-ci ne voulait pas « sortir ou rentrer dans sa chambre ». Selon les informations recueillies, les patientes en contention seraient surveillées tous les quarts d'heure. La douche et le change nécessiterait la présence d'au minimum quatre soignants.

Par ailleurs, selon des informations recueillies durant la visite, lors des déplacements hors de l'UMD (hors sorties thérapeutiques), les patients auraient les mains attachées à une ceinture ventrale en cuir.

6.4 La traçabilité

Aucun registre spécifique ne permet de retracer les placements en isolement ou sous contention.

La mesure est inscrite dans le dossier médical des patients, auquel les contrôleurs n'ont pas accès en raison du secret médical qui protège ce document.

7 COMMISSION DE SUIVI MÉDICAL

La commission de suivi médical se réunit le deuxième jeudi de chaque mois.

Lors du contrôle, la commission s'est ainsi réunie le jeudi 13 septembre 2012, ce qui a permis aux contrôleurs d'assister à son déroulement dans son intégralité.

Elle est présidée par un médecin psychiatre exerçant dans un secteur de psychiatrie générale. Le choix du président de la commission et du médecin responsable de l'UMD a été de développer au maximum le travail clinique qui lui est dévolue. Ainsi, les membres suppléants sont invités à participer aux débats et sont mis sur un pied d'égalité avec les membres titulaires. De plus, il a été décidé d'ouvrir la commission à un maximum de personnes intervenant au sein de l'UMD. Sont systématiquement invités : les médecins responsables des unités, les cadres de santé ainsi que les internes et les assistantes sociales de l'UMD. Les membres de la commission peuvent ainsi demander des précisions aux équipes soignantes sur le déroulement de l'hospitalisation. Cette présence des soignants permet de nourrir la réflexion clinique de la commission, qui a de ce fait plus une fonction de synthèse clinique et d'expertise médicale, que de simple commission de suivi médical.

Préalablement à la commission, chaque patient est vu en entretien par l'un des membres titulaires.

Ce dernier sera chargé de faire, lors de la commission, une présentation brève de l'histoire médicale du patient et de rapporter les éléments cliniques relevés lors de l'entretien.

La discussion clinique a ensuite lieu entre les membres titulaires et suppléants de la commission, en présence des soignants de l'UMD invités à y participer. La décision de la commission est le fruit d'une réflexion clinique approfondie et consensuelle. En cas de

désaccord entre la proposition du médecin traitant de l'UMD et celle de la commission de suivi médical, les divergences de point de vue sont débattues avec l'équipe soignante et permettent de nourrir la réflexion du médecin traitant pour la suite de la prise en charge du patient.

La décision est rapportée au patient concerné à l'issue de la commission, par un psychiatre autre que celui qui a mené l'entretien préalable.

Si la commission décide de maintenir l'hospitalisation, c'est le même psychiatre qui reverra le patient pour la commission qui aura lieu six mois plus tard ; cela permet au psychiatre d'apprécier par lui-même l'évolution clinique.

Si la commission décide une seconde fois de maintenir l'hospitalisation, le patient sera revu à chaque entretien par un autre médecin de la commission, afin d'éviter de susciter chez le patient un sentiment de persécution par le psychiatre chargé de faire l'entretien clinique.

Le président a indiqué aux contrôleurs que la commission n'était sollicitée par les familles que de façon exceptionnelle, en moyenne une fois par an. Dans ce cas, elle siège selon les mêmes modalités que pour les autres sessions.

Il a également été souligné que le médecin représentant l'ARS s'impliquerait peu dans le fonctionnement de l'UMD et délèguerait régulièrement ses responsabilités à l'un de ses collègues, ce qui nuirait au bon fonctionnement de la commission. Les contrôleurs ont ainsi constaté que le représentant ne s'était pas déplacé pour la commission du 13 septembre 2012, il avait mandaté son adjoint pour le remplacer. La veille de la commission, l'adjoint avait informé son propre remplaçant qu'il ne pourrait pas se rendre à la commission et le chargeait de le remplacer. D'autre part, l'un des membres titulaires de la commission de suivi médical a été muté sur le groupe hospitalier Paul Guiraud il y a cinq mois, et ne peut donc plus être membre de la commission. Le médecin représentant de l'ARS n'avait toujours pas procédé à la nomination de son successeur le 13 septembre 2012. A ce propos, le délégué territorial adjoint du Val-de-Marne a précisé : « il n'y a pas de médecin titulaire représentant l'ARS à la commission de suivi médical, il n'y a donc pas d'adjoint ni donc de remplaçant de cet adjoint, contrairement à ce qui est écrit. Néanmoins, l'ARS essaie de faire en sorte qu'un suivi régulier de cette commission soit assuré par un nombre limité de médecins inspecteurs. C'est notamment ce qui a été mis en place avec la participation très régulière depuis 9 mois [de l'un d'entre eux]. Par ailleurs, (...) l'ARS a procédé récemment au renouvellement de la commission de suivi médical de l'unité pour malades difficiles, renouvellement qu'il faudra d'ailleurs compléter très prochainement, compte tenu de l'impossibilité pour 2 des nouveaux membres de siéger à la commission du fait de leur mutation à Paul Guiraud ».

8 HOSPITALISATION DES PATIENTS DÉTENUS

A la date de la visite, deux patients provenant d'établissements pénitentiaires étaient hospitalisés à l'UMD, au sein du seul pavillon 38, en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Au sein des différents pavillons, ils sont soumis au même régime que les autres patients : mêmes modalités d'hébergement, même rythme de vie, même prise en charge, même accès aux activités... Ils ne bénéficient pas de sorties thérapeutiques.

Des mesures pénitentiaires continuent d'être appliquées :

- le courrier expédié et reçu transite par le greffe de l'établissement pénitentiaire d'origine ;
- les communications téléphoniques sont limitées aux personnes dont les numéros de téléphone sont communiqués par l'administration pénitentiaire ;
- les visites sont autorisées aux personnes titulaires d'un permis de visite délivré par l'administration pénitentiaire.

S'agissant de l'avis conjoint de deux psychiatres qui doit accompagner la saisine du JLD, selon les dispositions de l'article L.3214-2, alinéa 2, du code de la santé publique, il est rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil, désigné par le directeur et participant à la prise en charge du patient, ainsi que par un psychiatre, consulté par tout moyen, intervenant dans l'établissement pénitentiaire dans lequel la personne détenue était incarcérée avant son hospitalisation.

Au terme de la réunion du groupe de travail sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 du 5 octobre 2011, il a été décidé que ce psychiatre était un psychiatre du groupe hospitalier Paul Guiraud, intervenant au SMPR, qui a connu le patient et qui donne son avis au vu du dossier ; son déplacement n'a pas été jugé nécessaire. Une liste des psychiatres certificateurs intervenant au SMPR est établie au bureau des admissions.

Selon les informations recueillies, la fiche pénale du patient détenu est communiquée à l'unité. Un exemplaire est classé dans les dossiers du secrétariat de l'UMD mais un second l'est aussi dans le dossier médical pour faciliter les demandes d'escorte effectuées en dehors des heures d'ouverture du secrétariat.

A l'arrivée au pavillon d'admission, le patient détenu suit le même trajet que les autres et entre directement dans la chambre de « haute sécurité », sans avoir à traverser les locaux devant les autres malades.

Durant l'hospitalisation, lors des consultations externes, les escortes ne pénètrent pas dans l'enceinte de l'UMD mais attendent à l'extérieur.

Lorsque le patient détenu est convoqué au tribunal, l'escorte est simultanément prévue et l'UMD n'a pas à en demander une. En revanche, lors des consultations médicales externes, il a été indiqué que des difficultés apparaissaient. Avant la mise en place de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé, la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) du Val-de-Marne prenait en charge les demandes d'escorte ; désormais, l'UMD doit s'adresser directement aux services compétents. Il semble qu'aucune procédure n'ait été définie et qu'aucun correspondant n'ait été clairement identifié. Chaque cas paraît être une nouvelle situation nécessitant de rechercher le bon contact.

Cette procédure semble s'être compliquée avec l'extension de la compétence du préfet de police aux départements de la petite couronne (dont le Val-de-Marne), variant selon que la consultation impose un déplacement dans le département ou hors département.

Il a aussi été indiqué que des escortes assuraient la sécurité durant les trajets (allers et retours) entre l'UMD et le lieu de la consultation ou de l'hospitalisation mais ne prenaient pas en charge la garde du patient détenu durant son séjour à l'hôpital, cette tâche revenant au service de la police nationale territorialement compétent.

Dans ce cas, aucun soignant n'accompagne le patient mais des infirmiers doivent régulièrement passer à l'hôpital.

9 CONDITIONS DE TRAVAIL

Un psychologue de l'établissement est chargé, depuis juin 2012, de la **supervision** des professionnels travaillant à l'UMD. La demande a été formulée par le chef de pôle et a été satisfaite.

Pour mettre en place cette supervision, le psychologue va consacrer deux demi-journées aux pavillons 36 et 38, les deux unités d'admission où les prises en charge sont les plus lourdes. Cette intervention est prévue le mardi après-midi au pavillon 36 et le jeudi après-midi au pavillon 38, pendant les temps de repos des patients, dans les espaces de détente réservés au personnel.

Lors de la visite des contrôleurs, il mettait à profit la période de reprise après la saison estivale pour commencer à tisser des liens avec les professionnels de ces unités et expliquer son rôle.

Cette démarche mérite d'être encouragée et soutenue.

10 APPRECIATION GENERALE

Il est apparu aux contrôleurs que :

- l'architecture actuelle de l'UMD influe sur la prise en charge des patients et induit dans les équipes un comportement sécuritaire. Les contrôleurs ont entendu le personnel et les patients utiliser un vocabulaire de type carcéral : les patients dorment dans des « cellules », ils « cantinent », les familles ont des « permis de visite », enfin les infirmiers sont parfois appelés « surveillants » ou « chefs ». La distinction entre ce qui relève de la sécurité et ce qui relève du soin semble parfois difficile ;
- en l'absence de règlement intérieur actualisé de l'UMD et de règles de vie propres à chaque unité, des règles différentes existent au sein d'un même pavillon, sources d'arbitraire, d'incompréhension de la part des patients et de dysfonctionnements au sein des équipes : il a été fait état de conflits entre agents et de difficultés à organiser réunions et transmissions. Ou encore, toujours s'agissant des règles et de la façon dont ces règles sont établies, il est apparu que suite à des incidents avec un patient, la prise en charge était susceptible d'être revue pour tous les autres ;
- la prise en charge était souvent collective et non individuelle, ce qui a comme conséquence une dépersonnalisation des patients ; il est difficile pour les patients de faire remonter ce qu'ils aiment, ce qu'ils souhaitent, ce qu'ils préfèrent. Ainsi, sont systématiquement utilisés les vêtements de l'hôpital (survêtements bleu marine avec l'inscription Paul Guiraud mais aussi sous-vêtements de l'hôpital). De même, il est – dans certaines unités – difficile de changer de boisson au petit déjeuner ou impossible de prendre ses effets personnels en chambre, y compris pour les pré-sortants. Les chambres sont donc nues et impersonnelles : pas de photos ou de cartes postales, aucune affaire puisque les placards se trouvent à l'extérieur des chambres ;
- enfin, des atteintes aux droits fondamentaux étaient commises issues des constatations précédentes : des atteintes à l'intimité de la vie privée (visites dans

une seule salle, au même moment, avec l'impossibilité de s'isoler ; *idem* pour le téléphone puisqu'il n'y a pas de pièce ou d'endroit pour téléphoner quelle que soit l'unité) ; des atteintes à la dignité : les hommes de l'unité 38 sont obligés de se déshabiller dans le couloir, de porter des vêtements et surtout des sous-vêtements qui ne sont pas nécessairement à leur taille ...

Des soignants conscients des difficultés soulevées ont déclaré : « le but est de ne pas se laisser aller à un pouvoir bête et méchant lié au port de la blouse » « on a un pouvoir énorme » ; « on privilégie un savoir-faire plutôt qu'un savoir-être ».

CONCLUSION

A l'issue de la visite qu'ils ont effectuée au sein de l'unité pour malades difficiles Henri Colin de Villejuif, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation n° 1 : Implanté en zone urbaine, l'hôpital Paul Guiraud est situé près de Paris, aisément accessible par les transports en commun. Il dispose également d'un parking, de telle sorte que les personnels, les intervenants mais aussi les familles des patients peuvent s'y rendre facilement (cf. § 2.1).

Observation n° 2 : **S'agissant des locaux**, certaines modifications architecturales au sein de l'unité pour malades difficiles, parce que les membres du personnel n'y ont pas été suffisamment associés ou parce qu'ils n'y étaient pas favorables, sont apparues préjudiciables à l'intérêt des patients. Ainsi, l'instauration de couloirs courbes à la place des couloirs rectilignes a été mal vécue par certains agents ; en conséquence, les patients ne peuvent pas toujours déambuler librement mais doivent rester groupés et en permanence sous le regard des soignants (cf. § 2.1). De même, le fait que le pavillon 36 ne soit pas de plain-pied, chaque niveau correspondant à une étape de la prise en charge, complique en réalité le travail du personnel soignant qui a, de la même manière, tendance à regrouper les patients au rez-de-chaussée, sauf mises en isolement au premier étage qui supposent alors des allées et venues constantes pour effectuer une surveillance. Cette configuration expliquerait par ailleurs le refus d'accueillir des patientes à mobilité réduite (cf. § 4.2.2.2).

Les locaux du pavillon 38 (cf. § 4.2.1.2), s'ils sont en très bon état, ne sont pas très accueillants. L'ameublement des chambres est plus que rudimentaire, aucun objet, aucun vêtement, n'est autorisé quel que soit l'état du patient. Aucune décoration n'agrémente ni les chambres, ni les salles de détente ou la salle à manger. Les horloges ne fonctionnent pas faute de pile. Les boutons d'appel ne renvoient pas dans le local des soignants. A l'inverse, les chambres du pavillon 37 mais également la salle commune ou la cour sont aménagées et gaies (cf. § 4.2.4.2).

Par ailleurs, il convient de s'interroger sur la vocation de la chambre dite de « haute sécurité » du pavillon 38, dans laquelle se trouvaient au jour du contrôle, alors qu'elle était inoccupée, des couvertures de force et un maillot de contention mais dont il a été dit qu'elle pouvait être utilisée comme chambre « ordinaire » ou être prioritairement destinée à l'accueil des personnes provenant de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (cf. § 4.2.1.2).

Observation n° 3 : **S'agissant du personnel**, même si le nombre d'agents affectés à l'UMD a augmenté depuis 2009, il n'en reste pas moins qu'au jour du contrôle, les vacances de poste et l'absentéisme étaient importants. Les solutions trouvées ne sont pas satisfaisantes : recours fréquent à des intérimaires, de surcroît pas nécessairement habitués à travailler dans une UMD (cf. § 4.2.2.3) ; remplacements effectués par les infirmiers en principe dédiés à l'atelier d'ergothérapie (cf. § 2.2) ou par ceux du pavillon des pré-sortants au détriment des patients, dont les activités notamment peuvent se trouver, de fait, limitées (cf. § 4.2.4.4.B). La priorité est de remédier aux problèmes d'effectifs et au manque d'implication des personnels, en particulier au pavillon 36, pour ne pas porter davantage atteinte aux conditions de prise en charge des patientes (cf. § 4.2.2.3) ; en effet, outre les vacances de

poste des soignants, le temps de présence des médecins est jugé insuffisant ; peu de personnel assiste aux réunions et même aux transmissions ; aucun projet de soins ne fédère les équipes qui, d'une demi-journée à l'autre, posent des règles de vie différente...

Un effort devrait également être consenti pour améliorer les formations proposées et accordées à l'ensemble des membres du personnel (cf. § 2.2).

En revanche, la supervision des professionnels travaillant à l'UMD est une démarche qui mérite d'être encouragée et soutenue (cf. § 9), comme la création d'un observatoire des violences et d'une cellule de soutien et d'analyse (cf. § 3.16).

Observation n° 4 : Il n'est pas normal que les entrées et sorties de l'UMD ne soient pas avant tout fonction de l'état de santé des patients mais liées à des questions d'organisation et notamment de places disponibles (cf. § 2.3, 3.1 et 4.2.2.4.A).

Ainsi, au jour du contrôle, quinze patients étaient sur liste d'attente pour être admis à l'UMD de Villejuif ; or, ces derniers peuvent être amenés à patienter dans leur établissement d'origine dans des conditions non satisfaisantes (c'est-à-dire en chambre d'isolement, sous contention, avec une équipe soignante en difficulté).

Il peut de même s'écouler un délai important entre l'accord donné par l'équipe de l'UMD et l'arrivée effective du patient sur le site de Villejuif, de telle sorte que, parfois, le patient, en crise, ne l'est plus au moment de son admission : dans ce cas, non seulement le patient n'a pas pu bénéficier en temps utile des soins adaptés à son état mais il se retrouve ensuite soumis à un niveau de contrainte tout à fait inadapté.

Il n'est pas non plus admissible, comme le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a eu l'occasion de l'affirmer dans son avis relatif aux séjours injustifiés en unités pour malades difficiles publié au *Journal officiel* du 5 février 2013, que, pour environ 20 % des patients admis à l'UMD de Villejuif, il existe de véritables difficultés de sortie (ainsi, certains patients du pavillon 38 y seraient maintenus (dont un depuis trois ans) alors que leurs soins seraient terminés, cf. § 4.2.1.1).

Observation n° 5 : Dans la mesure où les arrivées à l'UMD des femmes sont généralement anticipées, il n'est pas logique que l'ensemble de l'équipe ne soit pas associée à la préparation de ces arrivées et que des réunions inter-équipes (avec l'équipe de l'établissement d'origine) ne puissent être organisées (cf. § 4.2.2.4.A).

Observation n° 6 : Des efforts notables ont été entrepris par le groupe hospitalier Paul Guiraud pour mettre en œuvre dans les meilleures conditions possibles les dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (groupe de travail pluridisciplinaire qui se réunit régulièrement, juriste spécialement recruté...). Ces efforts dépassent largement ce qui a été observé dans d'autres établissements (cf. § 3.3).

Pour autant, un certain nombre de difficultés doivent être relevées auxquels il conviendrait de remédier, même si des évolutions sont intervenues depuis la visite des contrôleurs. Ont ainsi été constatés :

- des retards dans la transmission des arrêtés préfectoraux et des erreurs dans la computation des délais (cf. § 3.3) ;
- l'absence de notification de l'arrêté préfectoral portant admission à l'UMD et

d'information du patient quant à ses droits et voies de recours (ainsi au pavillon 36 alors que les arrivées des patientes sont en général programmées, cf. § 4.2.2.4.A). Il existerait une opposition de certains membres du corps médical au principe même de la notification, non seulement contrairement à la loi mais, le cas échéant, à l'intérêt du patient, sous couvert de le protéger (cf. § 3.4) ;

- un refus de la part du corps médical et de la direction de l'établissement d'appliquer les ordonnances de mainlevée au prétexte de la dangerosité du patient, position initialement acceptée par la juridiction compétente (cf. § 3.3) ;
- des audiences devant le juge des libertés et de la détention par visioconférence ou sur dossier, très rarement au tribunal de grande instance de Créteil et jamais au sein de l'hôpital, alors que des locaux ont été prévus à cet effet. En outre, les avocats ne se déplacent pas non plus à l'hôpital. Les droits de la défense des patients admis en soins psychiatriques sans consentement à l'UMD ne sont pas correctement garantis (cf. § 3.5) ;
- un contrôle de l'autorité judiciaire rendu difficile par : un registre de la loi, certes bien tenu, mais commun à l'ensemble des services du groupe hospitalier Paul Guiraud et qui ne permet pas d'identifier les patients admis à l'UMD ; des certificats médicaux qui sont parfois exactement identiques, ne reflétant pas l'évolution de l'état du patient ; un recueil des observations des patients qui se résume à une phrase-type insérée dans les certificats (cf. §3.6).

Observation n° 7 : Il est extrêmement regrettable que la commission départementale des soins psychiatriques du Val-de-Marne n'assure pas son contrôle (cf. § 3.14 et 3.15).

En effet, d'une part, son fonctionnement est perturbé par l'absence de désignation d'un magistrat et, en son sein, d'un président. D'autre part, aucune visite du groupe hospitalier Paul Guiraud, *a fortiori* de l'unité pour malades difficiles, n'a été organisée depuis 2009, en méconnaissance des dispositions de l'article L.3223-1 5° du code de la santé publique et de l'esprit de la loi du 5 juillet 2011 précitée, qui prévoyait l'élargissement de ses compétences, dans l'intérêt des patients admis en soins psychiatriques sans consentement. Par ailleurs, il est permis de s'interroger sur l'effectif de cette commission dans un département concentrant un nombre élevé d'établissements soumis à son contrôle.

Observation n° 8 : Les patients doivent pouvoir être informés de leurs conditions d'accueil et de vie.

Il est en effet regrettable que les services qui adressent le patient, y compris au sein même du groupe hospitalier Paul Guiraud, n'informent pas toujours le patient de l'endroit où il est transféré, des raisons et de la durée du séjour, et cela, en dépit des demandes des soignants de l'UMD (cf. § 4.2.1.4.A).

Le règlement intérieur de l'UMD n'est pas actualisé et il n'existe aucune règle écrite, même propre à chaque unité remise au patient ou affichée (cf. § 4.2, 4.2.1.4.A, 4.2.1.4.B, 4.2.3.4.B et 4.2.4.4.B). Les règles de vie se construisent avec la pratique et deviennent des usages dont les soignants ne se souviennent plus sur quoi ils se fondent. Elles sont également liées à la survenance d'incidents, ainsi chez les femmes où jadis, des miroirs muraux étaient à disposition des patientes dans chacune des salles de bains du premier étage mais, suite à un incident avec une patiente, ils ont tous été retirés et désormais, les miroirs sont fixés à l'intérieur des placards (cf. § 4.2.2.2). Elles sont dès lors appliquées différemment d'une demi-

journée à l'autre, en fonction des équipes et des agents, certains souhaitant instaurer une sécurité maximale au détriment de la logique de soins (cf. § 4.2.2.4.B).

Observation n° 9 : La logique du parcours de soins et de la progression vers davantage d'autonomie n'est pas toujours évidente : à titre d'exemple, la télécommande n'est pas confiée aux patients à l'unité intermédiaire des hommes mais conservée par les soignants, ce qui constitue un retour en arrière (et non une progression) par rapport à l'unité d'admission où elle est au contraire à la libre disposition des patients (cf. § 4.2.3.2 et 4.2.3.4.B) ; chez les femmes, malgré les déclarations de certains soignants, les règles de vie paraissent être les mêmes que les patientes viennent d'arriver ou soient pré-sortantes (cf. 4.2.2.4.B). Dès lors, l'idée de créer un pavillon supplémentaire pour permettre le « séquençage » réel du parcours des femmes doit être soutenue (cf. § 4.2), ne serait-ce que parce qu'il est difficile pour le personnel de prendre en charge, sur un même lieu, des patientes isolées et des pré-sortantes (cf. § 4.2.2.1). De même, l'existence d'un protocole d'admission au pavillon 35 qui permet d'assurer le lien entre l'unité intermédiaire et celle réservée aux pré-sortants doit être encouragée (cf. § 4.2.4.4.A).

Observation n° 10 : Au sein des pavillons, certaines pratiques portent atteinte à la dignité des patients.

Le principe général – et une fois de plus systématique – qui consiste à ce que les patients à leur arrivée revêtent obligatoirement des vêtements et sous-vêtements tous identiques, marqués et fournis par le groupe hospitalier Paul Guiraud, ne semble pas trouver de justification thérapeutique et les patients s'en plaignent : non seulement ils perdent tout sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi mais en outre, ils ne disposent pas toujours de vêtements adaptés à leur taille et à leur corpulence, voire de soutien-gorge pour les femmes (cf. § 4.2.1.4.B et 4.2.2.4.B). Ils sont enfin contraints de porter des chaussons de type charentaise toute la journée, y compris lorsqu'ils sortent dans la cour (cf. § 4.1.2 et 4.2.2.4.B) et par temps de pluie (cf. § 4.2.1.4.B).

Au sein des pavillons 38 et 37, les conditions dans lesquelles les patients s'habillent (en slip, dans le couloir, avec des tailles souvent mal ajustées), vont prendre leurs médicaments et récupérer leurs affaires personnelles, voire se rendent dans la salle à manger pour le petit déjeuner (en file indienne), sont également indignes (cf. § 4.2.1.4.B et 4.2.3.4.B).

Observation n° 11 : La confidentialité des conversations téléphoniques n'est pas assurée (cf. § 3.12.3, 4.2.1.4.B et 4.2.3.4.B). La limitation du nombre des appels passés n'est pas toujours aisément compréhensible ; ainsi, dans l'unité des pré-sortants, ces derniers ne peuvent être passés que le dimanche matin, après le petit déjeuner, chaque patient à tour de rôle (cf. § 4.2.4.4.B).

Observation n° 12 : S'agissant des repas, il est incompréhensible qu'au pavillon 38, le choix de la boisson chaude soit effectué en début de semaine et ne puisse plus varier. Par ailleurs, même en salle à manger, les patients disposent uniquement d'une cuillère (ni couteau ni fourchette), les obligeant à manger dans des conditions indignes ; par ailleurs, les menus ne sont pas affichés (cf. § 4.2.1.4.B).

Observation n° 13 : La place des familles est reconnue.

Il existe un groupe de soutien aux familles, réunissant des soignants, qui a un écho

positif auprès de tous.

Les modalités de visite (tous les patients ou presque en reçoivent) sont dûment organisées et les patients en reçoivent régulièrement, même si certaines règles, parce qu'elles sont systématiques, peuvent paraître rigides et injustifiées (pas de visite ni d'appel téléphonique avant un délai de trois semaines après l'arrivée ; jours, horaires et nombre de personnes limités) et semblent se rapprocher, ne serait-ce que par le vocabulaire utilisé, de celles en vigueur dans les établissements pénitentiaires (nécessité d'obtenir un « permis de visite », de passer sous un portique de sécurité à l'entrée et de laisser tout effet personnel dans des casiers métalliques, sous peine, le cas échéant, de sanction) (cf. § 3.12.2).

Il est également dommage que tous les pavillons ne comprennent pas d'espace aménagé et réservé à l'accueil des familles ; ainsi, au sein du pavillon 38, les rencontres ont lieu dans la salle à manger ou dans la cour, espaces peu conviviaux, peu adaptés et n'assurant pas la confidentialité des échanges (cf. § 4.2.1.4.B). Au pavillon 36, l'espace était au moment du contrôle inutilisable (cf. § 4.2.2.2) et les rencontres avaient donc lieu dans la salle à manger (comme au pavillon 37, cf. § 4.2.3.4.B), au détriment, là encore, du respect dû à l'intimité de la vie privée (cf. § 4.2.2.4.B). Au pavillon 35, s'il existe un espace dédié, les visites s'effectuent toutes en même temps. Chaque patient reçoit ses proches autour d'une table, à proximité des autres patients et des soignants ; l'intimité et le respect de la vie privée des patients ne sont pas respectés. En outre, des tables et des chaises doivent parfois être rajoutées dans le hall du pavillon, faute de place dans la salle de visite (cf. § 4.2.4.4.B).

Observation n° 14 : **S'agissant des activités**, il peut être regretté que seul fonctionne, et de manière exemplaire, l'atelier d'ergothérapie au détriment peut-être des autres activités.

En effet, ce dernier donne satisfaction à l'ensemble du personnel de l'UMD et constitue pour les patients une réelle possibilité d'apprentissage, de détente, d'expression corporelle et verbale dans un emploi du temps par ailleurs très contraint. Cela tient à la qualité des locaux et des équipements mais surtout à l'ambition de l'équipe en place et à son approche ouverte et positive des patients. La qualité du travail fourni rend d'autant plus regrettables les annulations inopinées d'activités pourtant programmées dues au fait que les trois infirmiers peuvent être parfois appelés en remplacement de soignants absents au sein des pavillons (cf. § 2.2 et 4.1.4.1).

En revanche, en dehors de cet atelier, les activités sont apparues insuffisantes :

- les sorties thérapeutiques soient peu fréquentes (cf. § 3.13 et 4.2.3.4.B), y compris pour les patients pré-sortants (cf. § 4.2.4.4.B) ;
- les patients hospitalisés à l'UMD ne bénéficient pas des activités proposées par le groupe hospitalier Paul Guiraud pour les autres patients (cf. § 4.1.4.3) ;
- les patients des pavillons d'admission ne bénéficient quasiment pas d'activités thérapeutiques, souvent pour de simples questions d'organisation, alors que ces patients sont ceux qui connaissent les plus grandes difficultés : ainsi, les patients du pavillon 38 n'ont pas accès à la psychomotricienne (cf. § 4.1.4.2) ni à d'autres activités (cf. § 4.1.4.4) et ces dernières ne sont pas même incluses dans le projet de soins (cf. § 4.2.1.4.B) ; de même au sein du pavillon 36, les activités sont apparues peu nombreuses ce dont les patientes se sont plaintes (cf. § 4.2.2.4.B) ;
- et si au pavillon 37 et 35, des activités sont organisées, elles n'ont pas toujours lieu régulièrement, faute d'agents en nombre suffisant (cf. § 4.2.3.4.B). Au pavillon 35,

des activités thérapeutiques autour de l'alimentation sont organisées mais uniquement quand les agents sont au nombre de six ce qui n'est pas souvent le cas (cf. § 4.2.4.4.B). En revanche, à la différence des autres unités, au sein de ce pavillon, les activités font partie intégrante du projet de soins de l'unité. La plupart des soignants sont référents d'une activité et assurent leur mise en œuvre et leur continuité sur l'année.

Observation n° 15 : **S'agissant de l'isolement**, d'une part, des solutions devraient pouvoir être trouvées pour éviter que certains patients prennent leurs repas sans aucun couvert, utilisant simplement du pain pour porter la nourriture (déjà coupée) à leur bouche (cf. § 4.1.1 et 4.2.2.4.B). Il convient, d'autre part, de s'interroger sur le recours important à l'isolement pour les femmes (cf. § 6) et, à l'instar du comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, sur la nécessité d'y maintenir des patientes entièrement nues sous leur couverture de force, mesure qui apparaît dégradante (cf. § 4.2.2.1).

Si **le recours à la contention** semble rare, il convient de s'interroger sur la présence de maillots sur les lits ou les portes de placards, prêts à l'emploi ou encore sur le fait que les patients auraient les mains attachées à une ceinture ventrale en cuir, lors des déplacements hors de l'UMD (cf. § 6.3).

Le recours à l'isolement comme à la contention devrait être mentionné sur un registre (cf. § 6.4).

Observation n° 16 : **Un effort particulier est effectué s'agissant des soins somatiques dispensés aux patients, de la formation des personnels et de la recherche, contrairement à ce que les contrôleurs constatent habituellement.** Ainsi, à titre d'exemple, un professeur de pharmacologie clinique intervient à l'UMD et anime un programme de recherche, portant sur la question des traitements psychotropes. En particulier, il étudie le problème des patients résistants aux traitements neuroleptiques. Le but de cette recherche est de mettre au point des traitements plus efficace et présentant moins d'effets secondaires indésirables et de limiter les prescriptions abusives de traitements sédatifs. Ce travail de recherche clinique bénéficiant d'un temps dédié est spécifique à l'UMD Henri Colin (cf. § 5).

Observation n° 17 : **Il importe de veiller strictement à la confidentialité de l'hospitalisation** (cf. § 3.8) mais aussi au respect du secret médical, dans le cadre des conversations qui peuvent intervenir entre soignants, au sein même de l'unité. Il est inadmissible que des professionnels de santé n'y soient pas attentifs (cf. § 4.2.1.4.B).

Observation n° 18 : **Il est remarquable que les patients détenus soient soumis au même régime que les autres patients :** mêmes modalités d'hébergement, même rythme de vie, même prise en charge, même accès aux activités. En revanche, doit être réglée la question des escortes et des gardes à l'hôpital (cf. § 8).

Observation n° 19 : **Il est dommage qu'aucune enquête de satisfaction ne soit effectuée au sein de l'UMD** (cf. § 3.16.3 et 4.2.2.4.A).

TABLE DES MATIERES

1	CONDITIONS DE LA VISITE	2
2	PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	3
2.1	L'implantation	3
2.2	Les personnels	8
2.3	L'activité	12
3	HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS	16
3.1	Les modalités d'admission des patients	16
3.2	Les modalités d'arrivée du patient	17
3.3	La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011	17
3.4	Les informations données aux malades arrivants et les possibilités de recours	20
3.5	Le juge des libertés et de la détention	22
3.6	Les registres	27
3.7	L'information donnée aux familles	28
3.8	La confidentialité de l'hospitalisation	29
3.9	L'accès du patient au dossier médical	30
3.10	Le recueil des informations relatives aux patients	30
3.11	Le collège des professionnels de santé	30
3.12	La communication avec l'extérieur	31
3.12.1	Le courrier	31
3.12.2	Les visites	32
3.12.3	Le téléphone	33
3.12.4	L'informatique et l'accès à Internet	34
3.12.5	Le droit de vote	34
3.13	Les permissions de sortie	34
3.14	Les visites des autorités	35
3.15	La commission départementale des soins psychiatriques	36
3.16	Le traitement des plaintes et réclamations	37
3.16.1	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)	37
3.16.2	Les événements indésirables	39
3.16.3	Les enquêtes de satisfaction	40

4	CONDITIONS MATERIELLES D'HOSPITALISATION	41
4.1	Éléments communs à toutes les unités (<i>hors analyse détaillée par unité</i>)	41
4.1.1	La restauration	41
4.1.2	Les vêtements et le linge	43
4.1.3	Les cultes	44
4.1.4	Les activités	44
4.1.4.1	Les activités d'ergothérapie	44
4.1.4.2	La psychomotricité	46
4.1.4.3	Les autres activités transversales	47
4.1.4.4	Les activités à l'intérieur des pavillons	47
4.1.5	Les ressources	49
4.2	Analyse détaillée par unité	50
4.2.1	L'unité d'accueil des hommes	50
4.2.1.1	Présentation	50
4.2.1.2	Locaux	51
4.2.1.3	Personnels	57
4.2.1.4	Fonctionnement	58
A.	L'admission	58
B.	Les règles de vie	59
C.	Les soins	66
4.2.2	L'unité d'accueil des femmes	67
4.2.2.1	Présentation	67
4.2.2.2	Locaux	69
4.2.2.3	Personnels	71
4.2.2.4	Fonctionnement	74
A.	L'admission	74
B.	Les règles de vie	76
4.2.3	L'unité intermédiaire des hommes	79
4.2.3.1	Présentation	79
4.2.3.2	Locaux	79
4.2.3.3	Personnels	82
4.2.3.4	Fonctionnement	83
A.	L'admission	83
B.	Les règles de vie	84
C.	Les soins	85
4.2.4	L'unité des pré-sortants hommes	86
4.2.4.1	Présentation	86
4.2.4.2	Locaux	87
4.2.4.3	Personnels	89
4.2.4.4	Fonctionnement	90
A.	L'admission	90
B.	Les règles de vie	90
5	SOINS SOMATIQUES	94
6	RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION	95
6.1	La procédure d'isolement	96
6.2	Les chambres d'isolement	98
6.3	Le recours à la contention	98
6.4	La traçabilité	99

	113
7 COMMISSION DE SUIVI MEDICAL	99
8 HOSPITALISATION DES PATIENTS DETENUS	100
9 CONDITIONS DE TRAVAIL	102
10 APPRECIATION GENERALE	102
CONCLUSION	104
TABLE DES MATIERES	111