



Rapport de visite :

Du 6 au 15 juin 2016 – 1^{ère} visite

Groupe Hospitalier

Paul Guiraud

(Villejuif –Val-de-Marne)

SYNTHESE

Onze contrôleurs du contrôle général des lieux de privation de liberté ont effectué, du lundi 6 juin au mercredi 15 juin 2016, une visite du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif (Val-de-Marne). Le service médico-psychologique régional (SMPR) du centre pénitentiaire de Fresnes, l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) et l'unité pour malades difficiles (UMD) qui sont rattachés à cet établissement avaient fait antérieurement l'objet de visites du CGLPL. La présente visite n'a concerné que **l'intra-hospitalier du site de Villejuif** et il s'agissait pour cette partie-là de l'établissement d'une première visite. Un rapport de constat a été rédigé et adressé le 12 décembre 2016 au chef d'établissement, lequel a répondu à la fois par un courrier daté du 31 janvier 2017 totalement retranscrit dans le présent rapport et par un courrier électronique pour les remarques d'ordre purement factuelles qui ont été corrigées.

Le groupe hospitalier Paul Guiraud est un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie adulte. Il couvre une population de 920 000 habitants sur les départements du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine. Il dispose au 31 mai 2016 de 557 lits installés dont 420 sur le site de Villejuif et 120 redéployés depuis mai 2012 sur un nouvel établissement à Clamart (Hauts-de-Seine). Par ailleurs, cinquante-cinq structures extrahospitalières sont réparties sur vingt-trois communes. Les huit secteurs de psychiatrie générale pris en charge sur le seul site de Villejuif (six du Val-de-Marne et deux des Hauts-de-Seine) sont regroupés en huit pôles de soins répartis sur trois territoires de santé, selon le principe « un secteur égale un pôle ».

1/ Les contrôleurs ont relevé les points forts suivants :

- a/ L'établissement est particulièrement bien situé géographiquement et il bénéficie de nombreuses liaisons de transports en commun dont le métro. Il présente un fort potentiel architectural et, par la possibilité de cessions foncières, un fort potentiel financier.
- b/ Il apparaît bien doté en personnel notamment médical et ne semble pas connaître de difficultés de recrutement puisque tous les postes sont pourvus.
- c/ L'offre de médecine somatique est diversifiée et abondante grâce à un pôle des spécialités médicales qui assure une prise en charge somatique coordonnée des patients au sein de l'établissement.
- d/ De nombreuses bonnes pratiques sont développées : ouverture aux associations de malades et d'usagers, développement de l'éducation thérapeutique, réflexions éthiques traduisant une volonté de recherche et de progrès.
- e/ La contention physique est très rare, voire bannie dans certaines unités.
- f/ La présence à proximité des unités de soins de la trésorerie de l'hôpital permet d'assurer un accès direct du patient à ses biens ainsi qu'aux personnes qui en assurent la garde.

2/ Inversement, des situations méritant d'être améliorées ont été détectées :

- a/ La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du Val-de-Marne ne s'est pas réunie depuis 2013 et n'a exercé depuis cette date aucune des prérogatives que lui confère le code de la santé publique. Cette situation, qui n'est pas du fait de l'établissement, constitue une atteinte sérieuse aux droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement.
- b/ La tenue du registre de la loi, précisément sur un registre papier, est globalement impossible dans un établissement de cette dimension, en quelques semaines les registres « débordent » littéralement, se manipulent très difficilement en raison de leur poids et finalement ne remplissent plus leur rôle de collecte d'informations sur les mesures de soins sans consentement.
- c/ Dans la théorie, l'organisation en « secteurs-pôles » semble très pertinente. Dans la réalité la

sur occupation permanente des lits conduit à des situations absurdes : ainsi 50 pour cent des arrivants dans un service émane d'un autre secteur. Cette situation a de sérieuses conséquences sur le parcours ultérieur des patients qui changent de service avec des prises en charge très différentes d'un pôle à l'autre. A l'évidence, l'établissement doit entamer une réflexion pour améliorer la cohérence et la pertinence du parcours intra et extra-hospitalier.

d/ Les conditions d'hébergement apparaissent très hétérogènes d'un secteur-pôle à l'autre, elles sont parfois sommaires pour ce qui concerne plus particulièrement les chambres d'isolement.

e/ Si l'hétérogénéité de l'hébergement est la conséquence des choix architecturaux passés ou des contraintes économiques, l'extrême disparité dans les conditions de vie d'un pôle à l'autre résulte d'une absence de réflexion transversale, renforcée par l'organisation en secteurs-pôles renforce. L'accès au tabac et au téléphone portable ne sont que deux exemples de ces disparités dans les interdits qui renforcent le caractère déstabilisant du parcours du patient arrivé dans un pôle puis transféré dans un autre.

f/ Il en est également ainsi des disparités concernant les restrictions sur la liberté d'aller et venir. Trop d'unités restent fermées. Il a été opposé à ce constat, par ceux des chefs de pôle qui avaient fait ce choix, des impératifs de sécurité. Il est exact que la sécurité périmétrique de l'établissement reste très relative malgré les investissements déjà consentis. Sur ce point également, après amélioration du dispositif de sécurisation, une réflexion globale et transversale s'impose pour aboutir à une harmonisation des pratiques.

g/ Si la contention est rare, les seize chambres d'isolement sont utilisées à 94 % non seulement pour des séquences d'isolement mais aussi en raison de la suroccupation.

Au total, si l'ambiance générale est apparue sereine, loin des tumultes du passé, le cloisonnement et l'autonomie des pôles-secteurs rendent difficile l'émergence de réflexions communes au sein de l'établissement.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE : 26**
- Le questionnaire de satisfaction est adressé par courrier au domicile du patient une à trois semaines après sa sortie avec une enveloppe T gratuite pour l'envoi de sa réponse.
-
- 2. BONNE PRATIQUE 38**
- La présence à proximité des unités de soins de la trésorerie de l'hôpital permet d'assurer un accès direct du patient à ses biens ainsi qu'aux personnes qui en assurent la garde. Cet accès direct et personnalisé, trop rarement constaté dans les hôpitaux, est de nature à faciliter la vie quotidienne des patients ainsi que le règlement des factures de l'hôpital.
-
- 3. BONNE PRATIQUE 39**
- Le délai moyen de délivrance des dossiers médicaux est court : de l'ordre de quatre jours pour les dossiers de moins de cinq ans et de dix-sept jours pour les dossiers de plus de cinq ans, soit des délais largement inférieurs à ceux fixés par le code de la santé publique
-
- 4. BONNE PRATIQUE 39**
- La mise à disposition de préservatifs gratuits et en accès libre au sein du pavillon des spécialités médicales mérite d'être soulignée.
-
- 5. BONNE PRATIQUE 48**
- De nombreuses actions de formation ou de recherche questionnent les pratiques de l'isolement et de la contention physique. Le comité de réflexion éthique de l'établissement occupe toute sa place.
-
- 6. BONNE PRATIQUE 48**
- Le faible recours aux pratiques de contention physique doit être relevé.
-
- 7. BONNE PRATIQUE 51**
- Les patients sont régulièrement associés à des ateliers de goût, pour ensuite participer aux choix des propositions d'achat. Cette initiative est une véritable plus-value dans la démarche thérapeutique globale.
-
- 8. BONNE PRATIQUE 64**
- L'organisation du pôle des spécialités médicales permet une prise en charge somatique de qualité des patients hospitalisés.
-
- 9. BONNE PRATIQUE 64**
- La possibilité de délivrance de lunettes, intégralement prise en charge par l'assurance maladie, est une démarche à souligner.
-
- 10. BONNE PRATIQUE 65**
- La prise en charge de la douleur est une dynamique en progression sur l'établissement, grâce, notamment, à l'activité du CLUD, à la formation du personnel médical et paramédicale au sein du pôle des spécialité médicales et à la prise en charge par une équipe d'infirmières dédiées de la question de la douleur.

11. BONNE PRATIQUE 66

La mise à disposition d'un temps infirmier dédié au développement des activités d'éducation et de promotion de la santé permet le développement d'un nombre significatif d'actions auprès des patients hospitalisés.

12. BONNE PRATIQUE 67

Le développement de l'éducation thérapeutique, tant en pharmacie qu'en médecine, par l'instauration d'une équipe soignante dédiée est à souligner.

RECOMMANDATIONS**1. RECOMMANDATION : 15**

La signalétique au sein de l'établissement est confuse et fait appel à des sigles qui ne sont plus utilisés sur la plaquette de présentation officielle. Une clarification s'impose.

2. RECOMMANDATION 21

L'établissement doit éviter les hospitalisations dans des services d'autres secteurs et rendre cohérents les parcours intra et extrahospitalier.

3. RECOMMANDATION : 22

Le support « papier » pour les registres de la loi dans les établissements de la dimension du GHPG est devenu totalement obsolète et ne permet plus une traçabilité de l'évolution des soins sans consentement voulue par le législateur.

4. RECOMMANDATION : 23

Il est anormal que les médecins se contentent de recopier d'un mois sur l'autre, et de surcroît sur de longues périodes, l'intégralité d'un certificat médical qui doit faire état, mois après mois, de la situation d'un patient en soins sans consentement

5. RECOMMANDATION 24

L'absence d'activité pendant plus de trois ans de la commission départementale des soins psychiatriques est une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes admises en soins sans consentement.

6. RECOMMANDATION : 36

Une réflexion globale et transversale sur la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement s'impose pour harmoniser les pratiques d'un pôle à l'autre. L'amélioration significative des conditions actuelles ne sera obtenue qu'avec le renforcement de la sécurité périmétrique.

7. RECOMMANDATION : 46

Les références architecturales couramment admises en matière de chambres d'isolement thérapeutique ne sont globalement pas respectées : absence de sas d'entrée, défaillance des appels malade, exigüité des locaux se retrouvent dans la majorité des services. Il convient que l'établissement inscrive la mise en conformité des chambres d'isolement dans son projet d'investissement.

8. RECOMMANDATION : 49

La mise en œuvre du registre de l'isolement et de la contention, tel qu'exigé par l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, devient une urgence institutionnelle, qui doit mobiliser l'ensemble des acteurs de l'établissement.

9. RECOMMANDATION54

Il est regrettable de constater d'importantes disparités dans l'accès au tabac pour les patients. Une réflexion transversale vers une cohérence intersectorielle est souhaitable.

10. RECOMMANDATION :55

La mise à disposition et l'utilisation des téléphones portables au sein des unités doit faire l'objet d'une réflexion globale et d'une harmonisation des pratiques entre services.

11. RECOMMANDATION59

Une réflexion devrait être menée sur une nouvelle implantation de la bibliothèque afin d'en assurer l'accès aux personnes à mobilité réduite et d'offrir aux patients et au personnel des espaces de lecture.

12. RECOMMANDATION77

Au sein du pôle 94G11, une réflexion devrait être menée sur la prescription du port du pyjama en dehors de la chambre d'isolement, cette pratique, par nature très attentatoire à la dignité des patients devant répondre à des objectifs de prise en charge clairement définis et à l'efficacité démontrée

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	7
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 Le site de Villejuif du groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG), situé au cœur des nouveaux territoires de sante présente un fort potentiel de développement.	13
2.2 Le personnel du GHPG est en rapport avec l'importance de l'établissement qui n'est pas confronté a des difficultés de recrutement.....	16
2.3 Un équilibre budgétaire fragile	19
2.4 L'activité du CHGP est très soutenue et en progression d'une année sur l'autre.	20
2.5 Les contrôles institutionnels : la tenue d'une registre de la loi en papier est obsolète et la carence totale de la commission départementale des soins psychiatriques est une atteinte grave aux droits fondamentaux des patients	21
2.6 Les garanties de qualité de la prise en charge : des procédures adaptées	24
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	28
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement s'effectue dans d'excellentes conditions médicales et juridiques	28
3.1 L'information des patients est conséquente et actualisée.....	29
3.2 L'aménagement et l'évolution des mesures de soins sans consentement sont envisagés dès le début de la prise en charge mais se heurtent à un manque de structures d'hébergement sociales et médico-sociales.....	30
3.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention est bien organisé mais demeure une source d'inquiétude pour certains patients	32
4. LES DROITS DES PATIENTS	35
4.1 La liberté d'aller et venir ne fait pas l'objet d'une réflexion transversale. Elle doit être très sensiblement améliorée	35
4.2 La protection juridique des majeurs est facilitée par la présence d'un mandataire au sein de l'hôpital	36
4.3 Les biens des patients leur sont facilement accessibles grâce à la proximité de la trésorerie.....	37
4.4 L'accès au dossier médical est assuré dans des délais courts	38
4.5 La sexualité, un sujet évoqué à bas bruit par les équipes soignantes	39
4.6 Le droit de vote est exercé directement ou par procuration, le centre hospitalier facilitant les démarches des patients	39
4.7 Les activités religieuses ou philosophiques sont accessibles aux patients qui en font la demande	40

4.8	Le libre choix du médecin est possible au sein des unités d'un même pôle mais rarement sollicité.	41
5.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	43
5.1	L'usage de l'isolement thérapeutique est quotidien et banalisé	43
5.2	La contention physique est exceptionnelle ou bannie	48
5.3	Le registre de l'isolement et de la contention reste virtuel.....	49
6.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	50
6.1	Les conditions de vie courante bien que d'un bon niveau peuvent encore être améliorées par une prise en compte de la sécurité périphérique plus pertinente et mieux protectrice et dans une réflexion sur l'accès au tabac	50
6.2	Les relations avec l'extérieur : les dispositifs mis en place favorisent ces relations, gérées avec souplesse, mais toutes les unités ne bénéficient pas des mêmes facilités	54
6.3	Des lieux collectifs diversifiés et des activités de qualité dont l'accès est largement ouvert à tous les patients hospitalisés quel que soit leur statut.	56
6.4	Une prise en charge des soins somatiques de qualité grâce à une équipe et un équipement étoffés.....	62
6.5	La prise en charge des addictions par un pôle dédié complète et améliore l'offre de soins mais la question du tabac demeure sensible	67
6.6	La prise en charge des incidents est exhaustive et adaptée	67
6.7	L'établissement n'accueille plus de personnes détenues	69
7.	LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	70
7.1	Le pôle 94G10 accueille des populations précarisées et a vu ses choix thérapeutiques profondément modifiés par les options sécuritaires de l'ancienne direction	70
7.2	Le pôle 94G11 accueille majoritairement des patients socialement précarisés dans des espaces sécurisés et peu ouverts sur l'extérieur	72
7.3	Le pôle 94G13, un pôle ville a proximité des patients qui propose une prise en charge très refermée vis-à-vis de l'extérieur	79
7.4	le pôle 94G14 : un pôle en voie de suppression avec des unités d'hospitalisation globalement bienveillantes et bien traitantes mais restrictives sur la liberté d'aller et venir	82
7.5	Le pôle 94G15 a fait le choix d'une unité fermée et d'une unité ouverte. Ses locaux vont faire l'objet d'une refonte globale.....	87
7.6	Le pôle 94G17 pose comme principe l'ouverture des unités, la libre disponibilité des téléphones ou ordinateurs et l'interdiction des mesures de contention physique	90
7.7	Le pôle 92G13 : Des unités d'hospitalisation qui accueillent des patients en fonction de leur pathologie et de leur modalité d'hospitalisation.....	93
7.8	Le pôle 92G29 : un pôle encore en construction après la fusion de deux secteurs.....	97

8. CONCLUSION GENERALE APRES DES ANNEES DE CONFLIT, L'AMBIANCE GENERALE EST APPARUE APAISEE..... 103

Rapport

Contrôleurs :

- Philippe Nadal, chef de mission ;
- Dominique Bigot ;
- Virginie Brulet ;
- Jean-Christophe Hanché ;
- Yves Hémerly ;
- Gérard Kauffmann ;
- Cécile Legrand ;
- Bertrand Lory ;
- Annick Morel ;
- Bénédicte Piana ;
- Dorothee Thoumyre.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, onze contrôleurs ont effectué une visite du Groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif (Val de Marne) du lundi 6 juin au mercredi 15 juin 2016.

Le Service médico-psychologique régional (SMPR) du centre pénitentiaire de Fresnes, l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) et l'Unité pour malades difficiles (UMD) qui sont rattachés à cet établissement ont fait antérieurement l'objet de visites du CGLPL.

La présente visite n'a concerné que l'intra-hospitalier du site de Villejuif en dehors donc de l'UMD et de l'UHSA.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 6 juin 2016 à 13h30. Ils l'ont quitté le mercredi 15 juin 2016 à 18h. Ils ont réalisé une visite de nuit le mercredi 8 juin.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quarantaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale de l'établissement [CME], la présidente du conseil de surveillance, les directeurs adjoints, des chefs de pôles, des cadres de santé, des représentants des usagers et des représentants du personnel.

Malgré plusieurs tentatives il n'a jamais été possible d'obtenir des contacts téléphoniques avec les autorités administratives du département, mais il a été indiqué aux contrôleurs que le sous-préfet de L'Haÿ-les-Roses avait été informé de la visite.

En revanche, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Créteil ont été contactés, ainsi que le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) du Val-de-Marne. Les contrôleurs ont rencontré lors de la réunion de présentation la présidente du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont été reçues à leur demande en fin de visite.

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu mercredi 14 juin 2016 à 17h en présence du directeur, de ses adjoints, du président de la CME, et de plusieurs chefs de pôle.

Un rapport de constat a été envoyé le 12 décembre 2016 au chef d'établissement pour recueillir ses observations et corriger les éventuelles erreurs matérielles.

En réponse, le chef d'établissement a fait parvenir le 30 janvier 2017 la correspondance suivante :

« Madame la Contrôleure Générale

Vous m'avez fait parvenir le rapport de constat de la visite que votre équipe de contrôleurs a réalisée sur le site de Villejuif du Groupe Hospitalier Paul Guiraud en juin 2016, et je vous en remercie.

Ce rapport, que j'ai largement diffusé auprès de l'encadrement médical et paramédical concerné, nous est apparu objectif dans les observations et constats réalisés sur notre établissement, et je tiens à souligner la qualité d'approche de l'équipe de contrôleurs qui, tant dans le déroulé de la visite que dans la retranscription de cette dernière dans le rapport, a fait la preuve d'un souci constant de recherche de véracité allié à un respect de l'institution et de ses acteurs.

La communauté hospitalière et moi-même prenons bonne note des recommandations formulées dans le rapport. Certaines d'entre elles faisaient déjà, au moment de la visite, l'objet de travaux qui sont achevés ou encore en cours.

C'est ainsi, par exemple, que les démarches en matière informatique concernant aussi bien le registre de l'isolement et de la contention, que la fluidité de transmission des informations entre dossier médical et pharmaceutique, sont activement poursuivies, et que nous avons pu présenter un premier registre complet aux contrôleurs lors d'une visite ultérieure sur notre site de Clamart.

De même, la réorganisation de notre offre de soins, concernant le territoire du Val-de-Marne, a abouti fin décembre 2016, permettant la recomposition des secteurs et une meilleure distribution des capacités d'hospitalisation de ces derniers. Nous comptons sur cette réorganisation pour fluidifier les parcours patients dans l'établissement, et améliorer leur accueil directement au sein de leur secteur de rattachement. Le schéma directeur immobilier a été approuvé par le Conseil de surveillance, et sa déclinaison permettra dans les prochaines années de réhabiliter complètement plusieurs unités d'hospitalisation aujourd'hui peu adaptées. Enfin, la refonte de la signalétique interne sera complètement finalisée fin mars 2017.

Votre rapport de visite, tant dans ses recommandations que dans les bonnes pratiques mentionnées, contribue à renforcer l'engagement de notre communauté hospitalière dans la dynamique institutionnelle que nous avons impulsée, dans un souci constant de promotion

du respect des libertés et droits fondamentaux de nos patients et d'amélioration de la qualité de leur prise en charge.

Je vous prie d'agréer, Madame la Contrôleure Générale, l'assurance de mes salutations distinguées. »

Parallèlement à ce courrier, il a été fourni par courrier électronique une liste d'erreurs matérielles relevées dans le rapport de constat et qui ont été corrigées dans ce présent rapport de visite ainsi que deux remarques qui apparaissent dans le corps du texte.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE SITE DE VILLEJUIF DU GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD (GHPG), SITUE AU CŒUR DES NOUVEAUX TERRITOIRES DE SANTE PRESENTE UN FORT POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT.

2.1.1 L'établissement sur son territoire de santé

Le groupe hospitalier Paul Guiraud est aujourd'hui un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie adulte.

L'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 accueille en 1910, le « quartier de sûreté de Villejuif », un « service d'aliénés vicieux » apte à recevoir les aliénés criminels et les criminels aliénés des asiles de la Seine.

L'établissement a pris successivement les dénominations de : Centre Hospitalier Spécialisé de Villejuif avec notamment le service Henri Colin devenu aujourd'hui l'UMD ; Centre Hospitalier Spécialisé Paul Guiraud ; puis Groupe Hospitalier Paul Guiraud (GHPG).

L'entrée principale du site de Villejuif est située au 54 avenue de la République, sur la route départementale 148. L'entrée ouvre sur une cour d'honneur, encadrée 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'ensemble conséquent et d'excellente présentation laisse entrevoir, au-delà d'une voûte traversant le bâtiment principal, des jardins aménagés et des espaces fleuris.



Figure 1 : cour d'honneur

L'établissement est situé au cœur de la ville et occupe des espaces fonciers conséquents bordés sur la gauche par la rue de Verdun, sur la droite par la rue René Hamon (départementale D286), et en face au fond, par d'autres terrains, le long de la rue Edouard Vaillant. Cet ensemble, de par sa situation, intéresse différents promoteurs.



Figure 2 : le parc

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-Paul Vaillant-Couturier » ;
- par la ligne de métro numéro 7, station « Villejuif-Louis Aragon ».

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

Le groupe hospitalier Paul Guiraud couvre une population de 920 000 habitants sur les départements du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine.

Il dispose, au 31 mai 2016, de 557 lits installés dont **420 sur le site de Villejuif** et 120 redéployés depuis mai 2012 sur un nouvel établissement à Clamart (Hauts-de-Seine). Les chambres d'isolement, au nombre de trente-deux, n'étant pas ici comptabilisées. Par ailleurs, cinquante-cinq structures extrahospitalières sont réparties dans vingt-trois communes.

L'établissement dispose par ailleurs d'une fédération de thérapie familiale et d'une fédération de soins somatiques. Il accueille un institut de formation en soins infirmiers et une école d'aides-soignants.

Les douze secteurs de psychiatrie générale de l'établissement sont regroupés en neuf pôles de soins répartis sur trois territoires de santé. En plus de cette mission de soins sectorisés, le dispositif de soins est complété par une offre de dimension régionale assurée par le Pôle Régional de Soins Intensifs (Pôle 94D00 : UMD - USIP¹) et le Pôle Régional de Psychiatrie et d'Addictologie pour Personnes Sous Main de Justice (Pôle 94P15). Par ailleurs trois pôles assurent des missions de soins transversales, le Pôle « fédération de thérapie familiale », le pôle « spécialités – fédération pour les soins somatiques » et le pôle « addictions ».

La signalétique à l'intérieur de l'établissement est très confuse. Les différents bâtiments sont dénommés soit par un numéro correspondant à une ancienne appellation de service, soit par un nom, soit par le secteur.

¹ USIP : unité de soins intensifs en psychiatrie

Recommandation :

La signalétique au sein de l'établissement est confuse et fait appel à des sigles qui ne sont plus utilisés sur la plaquette de présentation officielle. Une clarification s'impose.

Le principe d'organisation étant : un pôle correspond à un secteur, le tableau ci-dessous en présente la synthèse.

		Dénomination des Pôles	Population couverte
Hauts de Seine	92T2	Pôle 92G13 : Garches, Vaucresson, Saint-Cloud, Ville-d'Avray, Marne-la-Coquette, Sèvres	92 594
		Pôle « Boulogne »* (92G14-92G15) : Boulogne Nord, Boulogne Sud	116 220
	92T1	Pôle Clamart	64 450
		- Secteur 92G16 : Meudon, Chaville	81 081
- Secteur 92G17 : Clamart, Le Plessis-Robinson		79 329	
- Secteur 92G18 : Malakoff, Montrouge - Secteur 92G19 : Bagneux, Châtillon		73 358	
Val de Marne	94T2	Pôle 94G10 : Orly, Choisy-le-Roi, Ablon, Villeneuve-le-Roi	86 498
		Pôle 94G11 : Vitry-sur Seine	86 375
		Pôle 94G13 : Villejuif	55 923
		Pôle 94G14 : L'Haÿ-les-Roses, Chevilly-Larue, Le Kremlin-Bicêtre	75 237
		Pôle 94G15 : Cachan, Arcueil, Gentilly	65 396
		Pôle 94G17 : Thiais, Fresnes, Rungis	61 281
Pôles Régionaux	Pôle Régional de Soins Intensifs (Pôle 94D00 : UMD - USIP)		
	Pôle Régional de Psychiatrie et d'Addictologie pour Personnes Sous Main de Justice (Pôle 94P15)		
Pôles transversaux	99Z00 : Pôle Fédération de Thérapie Familiale		
	Pôle Spécialités – Soins Somatiques		
	Pôle Addictions		
	Pôle Médico-Transversal - Pharmacie		

* : à partir du 1^{er} janvier les Pôles 92G14-92G15 ont été réunis en un seul pôle, le Pôle « Boulogne »* (ou « 92G29 »)

Tableau 1 : Pôles de Soins du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, Villejuif (94) ; Source : Données INSEE janvier 2014

En gras les pôles visités par le CGLPL en juin 2016

La suppression du pôle/secteur 94G14 est envisagée à la fin de l'année 2016, les pôles 13, 15 et 17 du Val-de-Marne intégreront respectivement les communes de l'Haÿ-Les-Roses Kremlin-Bicêtre, de Chevilly-Larue de l'ancien secteur 14. La décision prise conduit à respecter la logique défendue par l'établissement « un pôle=un secteur », tout en réduisant le nombre de pôles, sans toutefois porter les unités d'hospitalisation de chaque pôle aux vingt lits projetés au moins transitoirement dans l'attente de la mise en œuvre du schéma directeur immobilier.

2.1.2 Les coopérations inter-hospitalières

L'établissement est membre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) qui associe d'autres établissements psychiatriques : l'hôpital Erasme d'Antony (Hauts-de-Seine), la fondation Vallée située à Gentilly (Val-de-Marne), le groupe privé Sinoué et des partenaires associatifs. Ce GCS gère en commun la médecine du travail, la blanchisserie et l'informatique.

Au terme de la loi santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et du décret n°2016-524 du 27 avril 2016, chaque établissement public de santé, devra avant le 1^{er} juillet 2016 intégrer par convention un groupement hospitalier de territoire (GHT). Dans ce cadre, le GHPG souhaite inscrire ses missions de psychiatrie dans un GHT incluant l'Hôpital Erasme et la Fondation Vallée (pédopsychiatrie).

Les premières thématiques étudiées par le GHT sont :

- la prévention et la prise en charge des addictions ;
- l'articulation psychiatrie générale et pédopsychiatrie ;
- l'articulation des offres sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- l'offre de soins en santé mentale pour la population précaire ;
- un dispositif partagé en ce qui concerne l'offre de thérapie familiale.

2.1.3 La prise en charge des urgences psychiatriques

Le groupe hospitalier Paul Guiraud participe par conventions de mise à disposition de personnels, à la permanence des soins et à l'accueil des urgences dans trois établissements de l'AP-HP : le Kremlin-Bicêtre, Antoine Béclère à Clamart et Ambroise Paré à Boulogne. Les urgences psychiatriques de ces services sont orientées vers l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif ou à Clamart en fonction de l'origine géographique des patients.

L'examen des flux de patients sur le site de Villejuif génère les observations suivantes :

- 48,12 % des entrées du site de Villejuif se font *via* un service d'accueil des urgences des trois établissements partenaires ;
- 50 % des entrées *via* les urgences concernent des patients déjà connus de l'établissement.

Au-delà de l'intérêt réel que présente cette pratique en termes de prise en charge somatique et clinique des patients entrants, des interrogations peuvent se poser sur le travail de secteur et sur la mise en place des centres médico-psychologiques, dans la mesure où 50 % des patients sont déjà connus de l'établissement, soit du fait d'une hospitalisation, soit du fait de soins ambulatoires, soit des deux. Le sujet du développement de l'extrahospitalier mérite d'être posé.

Parallèlement, il est constaté qu'une faible majorité de patients est hospitalisée sur le service du secteur dont ils dépendent (cf. *infra* « activité »). Ces chiffres tendraient à démontrer que la filière de prise en charge dite « de secteur » pourrait être améliorée afin de permettre des hospitalisations programmées directement dans le bon service.

2.2 LE PERSONNEL DU GHPG EST EN RAPPORT AVEC L'IMPORTANCE DE L'ETABLISSEMENT QUI N'EST PAS CONFRONTE A DES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT

2.2.1 L'effectif global du GHPG

L'effectif global du GHPG est de 2 112,92 équivalents temps plein rémunérés (ETPR). Le site de Villejuif, intrahospitalier et extrahospitalier compte 1 442,12 ETPR.

Les effectifs sont restés stables depuis trois ans après une hausse importante entre 2012 et 2013. La rigueur de gestion, demandée lors des inspections de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a trouvé ici sa traduction.

Ainsi les effectifs « ETP » avaient progressé de 143,7 ETP entre 2011 et 2012. Les charges de personnel constituant à l'époque prêt de 89 % du budget de l'établissement entraînant une évolution des charges supérieures à celle des produits d'exploitation. La gestion rigoureuse depuis 2014 a permis de ramener ce taux proche de celui des établissements comparables. L'équilibre budgétaire a été atteint aussi grâce à des cessions du foncier.

2.2.2 L'effectif du site de Villejuif du GHPG

Sur le site de Villejuif, hors UMD, pôle Clamart et pôle SMPR-UHSA, c'est à dire les unités visitées, en 2015 le nombre d'ETPR en personnel médical était de 93,53, en personnel non médical 1 348,59 soit un total de 1 442,12. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'établissement ne connaissait pas de difficultés de recrutement pour pourvoir à l'ensemble des postes offerts.

2.2.3 La formation professionnelle continue

Depuis trois années, le plan de formation est résolument tourné vers la promotion de la bientraitance :

- la session de formation « OMEGA », de quatre jours dont l'objectif est, notamment, de sélectionner et d'appliquer le mode d'intervention verbal et psychologique le plus approprié, de mettre en œuvre une démarche centrée sur la personne et de garantir la qualité des soins dispensés en respectant la dignité des personnes soignées ;
- « le respect des droits des patients en psychiatrie » dont l'objectif est de maîtriser tout particulièrement le cadre juridique relatif aux droits des patients et de construire des fiches de bonnes pratiques ;
- « la conduite d'entretiens d'aide à visée thérapeutique ou de soutien psychologique » avec des techniques de médiation ;
- une formation visant à « passer de la prévention de la maltraitance à une pratique professionnelle de la bientraitance en établissement psychiatrique » ;
- « la responsabilité juridique du personnel soignant dans les services de psychiatrie » qui vise à permettre aux professionnels d'engager une réflexion sur leur responsabilité juridique et éthique à travers la pratique quotidienne ;
- « l'isolement, les soins intensifs en psychiatrie, la dimension thérapeutique » dont l'objectif est, entre autres, de savoir appréhender l'amont et l'aval des situations de soins nécessitant isolement ou contention et d'acquérir une technique pratique (sécurité et respect du patient).

En 2015 :

- 108 agents ont bénéficié de la formation « gestion de l'agressivité et de la violence OMEGA » (7 sessions organisées). En 2013 et 2014, 200 agents ont été formés ;
- 16 agents ont suivi la formation « isolement, contention, dimension thérapeutique » ;
- 14 agents ont suivi la formation « Conduite des entretiens infirmiers - entretiens d'aide à visée thérapeutique ».

En 2016

- 110 agents bénéficieront de la formation gestion de l'agressivité et de la violence – OMEGA pendant 4 jours (7 sessions sont d'ores et déjà programmées en 2016) ;
- 16 agents bénéficieront de la formation « L'isolement, contention, dimension thérapeutique » ;
- 14 agents de la formation « Conduite des entretiens infirmiers - entretiens d'aide à visée thérapeutique ».

2.2.4 Le turn-over et l'attractivité de l'établissement

La rotation des effectifs de l'établissement est 1,2 %. Les personnels sont attachés à l'établissement facilement accessible et qui offre des conditions de travail permettant de conjuguer vie professionnelle et vie privée grâce à un dispositif social intéressant : crèche, salle de sport, horaires aménagés, accessibilité de l'établissement.

La rotation du personnel médical (PM) est plus importante avec 8,29 %. Si l'on ne retient pas les détachements, les disponibilités et les congés parentaux, le nombre de départs et d'arrivées du PM en 2015 s'établit comme suit : dix-sept recrutements, seize sorties - soit six démissions, six non renouvellement de contrat, trois départs à la retraite, une mutation.

2.2.5 La moyenne d'âge du personnel

La moyenne d'âge des personnels soignants, de 43,3 ans, est conforme à la moyenne nationale des établissements de santé.

La moyenne d'âge des praticiens est de près de 53 ans. Plus parlante est la pyramide des âges qui fait apparaître que trente-deux praticiens ont entre 60 à 65 ans et huit plus de 65 ans sur un total de 143 médecins hors internes et étudiants.

Si en l'état actuel, un certain vieillissement de la population médicale peut constituer une force pour l'établissement en termes d'expérience, le nombre prévisionnel de départs en retraite oblige à une politique active pour assurer une attractivité de l'établissement pour les jeunes générations actrices des changements institutionnels en gestation.

2.2.6 L'absentéisme

Les données relatives à l'absentéisme font l'objet d'un recueil délicat et discutabile quant au périmètre examiné. En effet, depuis l'instruction ministérielle N°DGOS/RH3/DGS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013, les taux présentés dans les bilans sociaux ne tiennent pas compte des journées de formation, des absences syndicales, des journées de grève etc. Or, si l'on ajoute ses absences, le taux passe de 7,40 % à 13 %. Ce qui est élevé mais proche de la moyenne nationale des établissements publics de santé.

Il est à relever, une augmentation de 1,10 % de l'absentéisme entre 2014 et 2015. Ceci correspond chronologiquement à la période de renégociation des accords locaux sur le nombre de jours de RTT. Cependant, un lien direct entre les deux, ne peut être fait.

2.2.7 Les accidents du travail dans l'établissement

Le nombre d'accidents de travail (AT) hors UMD, pôles de Clamart et du SMPR-UHSA, est de 183, dont :

- 152 accidents de travail dont 42 sont liés à des agressions de patients ou à des contacts avec le patient ;

- 31 accidents de trajets.

2.2.8 Les relations sociales

Le procès-verbal des élections professionnelles qui se sont déroulées le 4 décembre 2014 présente comme résultat :

- au CTE, les sièges sont répartis de la manière suivante : neuf sièges pour l'organisation « SUD », quatre pour « CGT », un pour « FO » et un pour « l'UNSA » ;
- au conseil de surveillance : deux sièges pour l'organisation « SUD ».

L'activité syndicale est soutenue et semble apaisée lors de la visite de contrôle. Les instances se déroulent régulièrement depuis le dernier changement de directeur en fin d'année 2015.

Il est à relever que l'établissement a connu, au cours des années précédentes des difficultés de gouvernance avec des conflits persistants en son sein. La situation qui s'était fortement dégradée a justifié une mission de contrôle de l'IGAS en 2013. Le rapport avait pointé à l'époque, un « déficit de définition d'orientations stratégiques, des problèmes de gouvernance, un climat social difficile dans un contexte de retour à l'équilibre budgétaire ainsi que l'existence de conflits anciens freinant toute évolution positive de la situation de l'établissement ».

Ce rapport a été suivi d'un plan d'action accompagné par l'IGAS et l'ARS Ile-de-France. Il convient de souligner que lors du contrôle du CGLPL, le climat de l'établissement semblait apaisé et la gouvernance organisée pour faire face aux défis des restructurations hospitalières avec notamment la création de groupement hospitalier de territoire (GHT).

2.3 UN EQUILIBRE BUDGETAIRE FRAGILE

A ce jour, les excédents budgétaires sont obtenus, essentiellement, grâce aux cessions foncières. L'adéquation entre ressources de base et dépenses de fonctionnement et niveau d'activité est recherchée par la direction de l'établissement.

2.3.1 Le budget de fonctionnement

Les points majeurs à relever dans la gestion de l'établissement sont :

- l'ouverture de l'hôpital de Clamart (120 lits) en 2012 ;
- l'ouverture de l'UHSA (60 lits) en 2013 ;
- la mise en œuvre des recommandations de l'IGAS (rapport de décembre 2013) : révision de l'accord local sur le temps de travail en 2014, fermeture de la blanchisserie et de l'unité de patients aux longs courts Doisneau en 2015 ;
- il est à relever un excédent très important en 2015 lié à l'encaissement des produits de cession de la parcelle Sud-ouest de l'établissement (5,6M euros). Hors produits de cession, le résultat est excédentaire de 227 795 euros ;
- la réalisation d'investissements importants sur l'extrahospitalier pour améliorer les conditions de prise en charge des patients : regroupement des structures extrahospitalières de Choisy-le-Roi sur un ensemble neuf en cours de construction (VEFA), achat des locaux de l'ancienne poste pour installer l'hôpital de jour de Vitry-sur-Seine et étendre le centre médico-psychologique existant ;
- l'étude par l'établissement d'un schéma directeur immobilier en cours de révision pour permettre la rénovation des pavillons d'hospitalisation complète sur le site de Villejuif et la poursuite de la réorganisation de l'extrahospitalier ;

- la stratégie de financement du programme pluriannuel d'investissement, axée principalement sur les produits de cession de terrain et du patrimoine de l'établissement.

2.3.2 Les capacités d'autofinancement (CAF)

La capacité d'autofinancement est en progression constante depuis 2013, après des investissements très lourds les années précédentes (hôpital de Clamart et le pôle SMPR-UHSA). Elle est supérieure au remboursement du capital de la dette (3,4 M euros).

2.4 L'ACTIVITE DU CHGP EST TRES SOUTENUE ET EN PROGRESSION D'UNE ANNEE SUR L'AUTRE

L'examen des données d'activité permet au regard des missions du contrôle d'observer les faits marquants suivants :

- 1 942 patients ont été reçus en intra-hospitalier en 2015, et 1 884 en 2014 soit une évolution de 3,08 % ;
- la file active progresse entre 2014 et 2015 ;
- le taux d'occupation est de 102 % ce qui interroge sur les conditions d'hospitalisation des patients surtout lors de leur admission, notamment sur l'utilisation des chambres d'isolement ;
- le nombre de mineurs de 16-18 ans (dix en 2014, seize en 2015), même réduit, alerte sur les capacités de prise en charge sur le territoire de santé. Le site de Villejuif du GHPG n'est pas pourvu de conditions d'accueil adéquates pour cette population ;
- la durée moyenne de séjour (DMS) de 35 jours sur les deux dernières années est élevée par rapport à la moyenne nationale qui se situe proche de 30 jours ;
- la durée moyenne d'hospitalisation (nombre de jours passés dans l'établissement pour un même patient) est, elle aussi, supérieure à la moyenne nationale ;
- les soins sous contrainte (soins sur décision du représentant de l'Etat, péril imminent et soins sur demande d'un tiers) SDRE ou PI et SDT) sont en progression ;
- le taux d'équipement en lits n'est aucunement proportionnel à la population des secteurs desservis, (indication du directeur dans son courrier du 30 janvier 2017 ² *des travaux ont été menés à l'appui de l'élaboration du schéma directeur immobilier pour corriger cette situation à court et moyen terme*) ;
- 48,12 % des entrées du site de Villejuif se font *via* un service d'accueil des urgences des trois établissements partenaires (cf. § 2.1.3) ;
- 50 % des entrées *via* les urgences concernent des patients déjà connus de l'établissement.

2.4.1 L'origine géographique des patients (hors UMD, UHSA, Clamart)

Plus d'un tiers des patients sont accueillis dans un service de psychiatrie ne dépendant pas de leur secteur en raison de la saturation des lits d'hospitalisation. Cette moyenne passe à plus de 50 % pour certains secteurs (94 G15, 92 G13).

Ce « nomadisme » des personnes hospitalisées pose trois problèmes :

- d'une part, faute de chambre disponible dans leur secteur, les patients peuvent être hébergés « temporairement » dans une chambre d'isolement qui dans ce cas n'est pas fermée (Cf. *infra* § 5.1.2.) ;

² Rajout effectué à la demande du chef d'établissement à la suite de la lecture du rapport de constat (cf. § 1)

- d'autre part, les parcours de soins sont chaotiques : les patients, lorsqu'ils sont changés d'unités d'hospitalisation pour être hospitalisés finalement dans l'unité de leur secteur, changent d'équipes soignantes et de médecin traitant ; lorsqu'ils demeurent faute de place dans l'unité de placement d'origine, ils perdent la liaison avec le médecin traitant qui les prendra en charge en extrahospitalier. Les équipes soignantes sont confrontées quant à elles, à un *turn-over* important de patients ;
- enfin, ces « mouvements » de patients constituent une entaille sévère au principe d'un pôle/un secteur.

Recommandation

L'établissement doit éviter les hospitalisations dans des services d'autres secteurs et rendre cohérents les parcours intra et extrahospitalier.

2.4.2 Regard sur les hospitalisations de longues durées

Soixante-dix patients au 31 décembre 2015 étaient hospitalisés depuis plus de 292 jours consécutifs. Ce chiffre retenu pour qualifier les hospitalisations au long cours voire dans certains cas les hospitalisations inadéquates, peut interroger sur la nécessité de conforter les liens en aval de l'établissement avec le secteur médico-social (foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée, alternative aux hospitalisations. Ce travail d'orientation, a été déjà entrepris par l'établissement.

2.5 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS : LA TENUE D'UNE REGISTRE DE LA LOI EN PAPIER EST OBSOLETE ET LA CARENCE TOTALE DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST UNE ATTEINTE GRAVE AUX DROITS FONDAMENTAUX DES PATIENTS

2.5.1 Le registre de la loi

a) Remarque liminaire

Le contrôle du registre de la loi a principalement mis en évidence les difficultés matérielles inutiles et quasiment insurmontables qu'entraîne la tenue d'un registre de la loi en papier dans un établissement aussi important.

En effet, apparaissent tout à fait normalement, dans le registre de la loi du CHS Paul Guiraud, non seulement les déjà nombreux patients en soins sans consentement des huit pôles de psychiatrie adulte objets de la visite, mais aussi tous les patients de l'UMD et ceux de l'UHSA.

La tenue d'un registre de la loi impose de photocopier et réduire l'ensemble des documents relatifs au déroulé de la mesure de soins sans consentement : les certificats médicaux initiaux, les certificats médicaux mensuels, les programmes de soins, les demandes de sorties, les arrêtés du représentant de l'État, ceux du directeur de l'établissement, les décisions du juge des libertés...

Outre la charge considérable de travail que représente le seul fait de photocopier et coller sur un registre l'ensemble de ces documents, il en résulte également que le registre lui-même « déborde » rapidement de son format initial, constitue pour le personnel une charge à déplacer et se révèle très difficile à archiver.

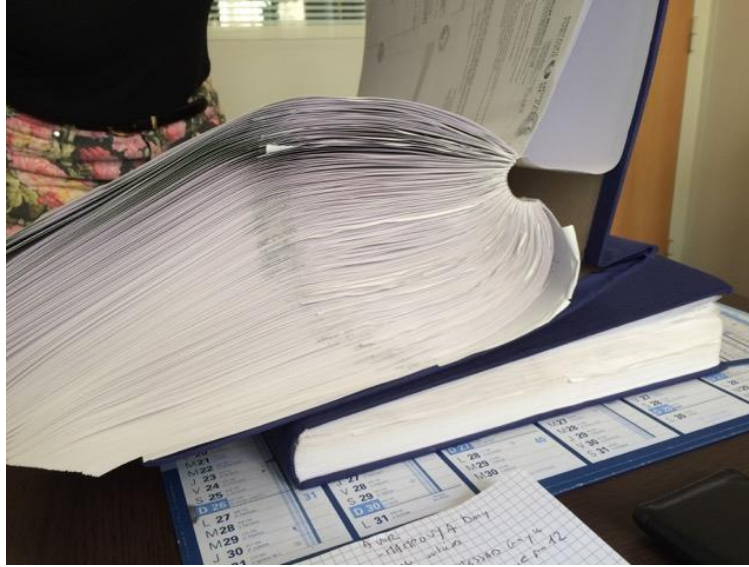


Figure 3 : le registre des soins à la demande d'un tiers

Le registre photographié ci-dessus représente un trimestre de soins à la demande d'un tiers alors même que les arrêtés du chef d'établissement n'ont pas été collés. En dessous figure un registre avant apposition des feuillets.

Il est clair que la solution **d'un registre informatique** est la seule envisageable pour des établissements de cette importance.

Recommandation :

Le support « papier » pour les registres de la loi dans les établissements de la dimension du GHPG est devenu totalement obsolète et ne permet plus une traçabilité de l'évolution des soins sans consentement voulue par le législateur.

b) La tenue des registres

Le principe de tenue des registres, choisi par l'établissement, est tout d'abord de séparer complètement l'enregistrement des soins à la demande d'un tiers des soins sur décision du représentant de l'État.

Les supports utilisés sont les mêmes, des registres cartonnés format A2³ composés de 202 feuillets. A chaque feuillet correspond un patient. Les différents documents sont collés après avoir été réduits par une photocopieuse, en décalage les uns sur les autres de façon à ce que celui du dessous reste parfaitement consultable. Ce système a le mérite de limiter l'espace occupé à chaque page, mais il fait rapidement augmenter l'épaisseur du registre.

Les patients apparaissent donc avec un numéro de registre dans l'ordre chronologique de leur arrivée.

Lorsque les deux pages pleines consacrées à un seul et même patient sont totalement remplies, la suite des documents apparaît sur un registre séparé dit « de report », ce qui permet au registre principal de respecter toujours l'ordre chronologique d'arrivée.

³ 420 X 594 millimètres

Il existe un registre de report pour chaque type de soins sans consentement. En raison du manque de place et de la quantité trop importante de travail que cela représente, l'établissement ne fait pas apparaître sur le registre papier :

- les arrêtés du chef d'établissement pour les soins à la demande d'un tiers ;
- les demandes et autorisations de sorties ;
- l'intégralité des ordonnances du juge des libertés et de la détention.

Les soins sans consentement pratiqués dans les pôles psychiatrie installés sur le site de Clamart (Hauts-de-Seine) font l'objet d'un enregistrement spécifique à Clamart.

c) L'examen du registre

Les contrôleurs ont examiné les registres les plus récents, soit les SDRE N°30 (du 26 novembre 2014 au 4 octobre 2015) et 31 ouvert le 1 octobre 2015 et le SDT ouvert le 28 février 2016 et terminé le 6 mai 2016, ainsi que les registres de report des deux types de soins.

Ni ces trois registres, ni aucun autre n'a été visé par un représentant de la commission départementale des soins psychiatriques du Val-de-Marne depuis cinq ans. Les autres visas sont détaillés dans le paragraphe 2.6.4.

Les certificats médicaux mensuels sont très souvent identiques mot à mot d'un mois sur l'autre.

Recommandation :

Il est anormal que les médecins se contentent de recopier d'un mois sur l'autre, et de surcroît sur de longues périodes, l'intégralité d'un certificat médical qui doit faire état, mois après mois, de la situation d'un patient en soins sans consentement

Les contrôleurs ont ensuite tenté de quantifier les cas de demande de deuxième certificat médical formulés par le représentant de l'État. Pour cela les deux derniers registres de la loi relatifs au SDRE –les numéros 30 et 31- ont été examinés, mais uniquement dans les parties relevant des pôles psychiatrie, à l'exception donc de l'UMD et de l'UHSA.

Il s'avère que :

- Quarante-sept arrêtés préfectoraux de fin de mesure de soins sans consentement sur décision du représentant de l'État ont été examinés ;
- trente-neuf soit 83 % de ces arrêtés ne visaient la production que d'un seul certificat médical établi par un psychiatre ;
- huit soit 17 % visaient la production de deux certificats médicaux.

L'attention des contrôleurs s'est portée ensuite sur les contenus des programmes de soins aux fins de déterminer si ces programmes n'avaient pas été établis pour que la poursuite de la mesure de soins sans consentement ne soit pas soumise à l'examen du juge de la liberté et de la détention.

Sur neuf programmes de soins consultés, huit révèlent que le patient n'est plus restreint dans sa liberté d'aller et venir que par l'obligation de soins ou une hospitalisation très ponctuelle. Le neuvième programme de soin n'autorisait de sortie au patient que 48h tous les douze jours (registre report SDRE feuillet 56). Mais l'examen de la suite du déroulé des soins sans consentement a mis en évidence que ce premier programme a initié une évolution qui a rapidement abouti à la fin de la mesure.

2.5.2 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques du Val-de-Marne ne s'est pas réunie depuis 2013 et n'a exercé depuis cette date aucune des prérogatives que l'article L3223-1 du code de la santé publique lui confère.

Contactée la délégation territoriale de l'agence régionale de santé a reconnu la carence qui s'expliquerait par l'absence de représentant de l'autorité judiciaire. D'autres sources ont fait état de conflit interne aux associations de représentants des usagers et des familles.

Il a été produit aux contrôleurs un arrêté préfectoral 2016/1748 daté du 30 mai 2016 portant composition de la commission départementale de soins psychiatriques du Val-de-Marne, qui devrait signifier une reprise des activités de la CDSP.

Recommandation

L'absence d'activité pendant plus de trois ans de la commission départementale des soins psychiatriques est une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes admises en soins sans consentement.

2.5.3 La visite des autorités

Si le maire de Villejuif ne semble pas avoir visité l'établissement, les autorités judiciaires du siège et du parquet de Créteil ont visé régulièrement le registre de la loi, les 3 novembre 2014, 5 juin 2015 et 22 janvier 2016.

Il a été indiqué de plus que le sous-préfet de L'Haÿ-les-Roses avait consacré une visite d'une demi-journée au sein de l'établissement la semaine précédant la venue des contrôleurs.

2.6 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE : DES PROCEDURES ADAPTEES

2.6.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

En septembre 2014 a été inaugurée la maison des usagers et des associations (MDUA), implantée à côté de la cafétéria : c'est un espace d'accueil, d'écoute et d'information au bénéfice des patients et de leurs familles. Un local est mis à disposition des associations pour assurer leur permanence. Deux postes informatiques, l'un dans le local d'accueil l'autre dans le bureau des associations ont vocation à pouvoir être utilisés par les patients.

Plus de trente associations ont été sollicitées pour participer à la vie de cet espace. Six d'entre elles se rendent effectivement sur place et assurent des permanences de façon régulière :

- le lundi : AL-ANON/ALATEEN (aide à l'entourage de la personne dépendante à l'alcool) et DEPSUD-RAVMO (réseau en santé mentale) ;
- le mardi : VMEH (visiteurs de malades en établissement hospitalier) ;
- le mercredi : UNAFAM⁴ (l'association a été sollicitée pour seize situations différentes en 2015 (contre trente-cinq en 2014 et vingt en 2013) au cours d'entretien à la permanence ou par téléphone) ;
- le jeudi : GEM (groupe d'entraide mutuelle) ;
- le vendredi : ELSA (équipe de liaison et soins en addictologie).

Outre les permanences, les visiteurs de malades en établissements psychiatriques se rendent en binômes dans les unités où ils rencontrent les patients. De même le groupe entraide

⁴ UNAFAM : union nationale des amis et familles de malades psychiques

mutuelle (GEM Art-Postal), qui regroupe des patients stabilisés, intervient dans les unités pour participer à des activités voire les animer.

La maison des usagers organise des événements tels que :

- des rencontres familles/soignants deux fois par an dans les locaux de la cafétéria (le dernier thème évoqué a été consacré au parcours de soin : « comment sortir de l'hôpital ? Les structures : quel choix ? Pour qui ? »
- une « bibliothèque vivante » : manifestation au cours de laquelle des patients stabilisés, volontaires, et des proches de patients témoignent de leur vécu et échangent avec la salle. La première « bibliothèque vivante » s'est tenue le 19 mars 2016 à la médiathèque municipale de Fresnes. Un projet similaire est à l'étude avec la médiathèque de Choisy-le- Roi.

2.6.2 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) dispose d'un règlement intérieur qui fixe ses modalités d'organisation et de fonctionnement :

- elle se réunit quatre fois par an au minimum et autant de fois que nécessaire en séances restreintes, à la suite de chaque médiation ;
- elle établit un rapport annuel d'activité, rédige des avis et formule des recommandations.

En 2015, le taux global de participation des membres de la CDU a été de 71 % (contre 61 % en 2014 et 67 % en 2013).

Au cours de la réunion du 7 juin, le directeur de l'établissement a présenté le décret n° 2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé : il a notamment précisé que des élections seraient organisées au mois de septembre prochain afin d'élire les futurs président et vice-président de la commission.

Les actions programmées en 2015 ont été :

- la mise à jour du livret d'accueil pour les patients (avec le projet pour 2016 de créer une plaquette d'information pour les tiers et un livret d'accueil pour les usagers des centres médico-psychologiques (CMP) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- l'organisation de deux rencontres institutionnelles entre équipes soignantes-familles - représentants des usagers ;
- évaluation de la satisfaction des patients longuement hospitalisés (enquête « un jour donné » par des étudiants en soins infirmiers dans le cadre de leur stage) ;
- mise en place d'une expérience de « bibliothèque vivante » avec la médiathèque de Fresnes (cf. ci-dessus) ;
- une rencontre inter-CDU avec d'autres établissements hospitaliers de la région parisienne.

Chaque année, le bilan et l'analyse des signalements d'événements indésirables ainsi que l'analyse des enquêtes de satisfaction sont présentés aux membres de la commission. En 2015, les membres de la commission ont regretté la suspension, depuis le deuxième trimestre 2014, de l'organisation du **séminaire d'intégration et d'accueil des nouveaux professionnels** qui leur permettait de sensibiliser les professionnels sur le rôle de la commission des usagers et de présenter les permanences d'écoute-familles.

2.6.3 Les questionnaires de satisfaction

L'établissement connaît un taux de retour important : 430 réponses ont été reçues sur 2 005 questionnaires adressés en 2014 soit **un taux de 21,4 %**. En 2015, le taux a été de 19,6 %.

Bonne pratique :

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

a) Les points très satisfaisants (taux de satisfaction supérieur à 80 % en 2014 et en 2015) sont :

- le sentiment d'amélioration par rapport au jour de l'admission ;
- la prise en charge par le personnel soignant ;
- l'impression sur l'accueil du personnel ;
- la propreté des chambres et des sanitaires ;
- l'entretien du linge.

b) Les points satisfaisants (taux compris entre 70 et 80 %) concernent :

- la prise en charge médicale ;
- l'organisation du service par rapport au tabac ;
- la prise en compte de la douleur physique ;
- l'appréciation globale sur le séjour et la prise en charge ;
- le confort et l'accessibilité des locaux.

c) Les points à améliorer (taux compris entre 50 et 70 %) :

- la qualité des repas (62,95 % de patients satisfaits en 2015, 58,7 % en 2014) ;
- les informations données sur l'état de santé ou le traitement (68 % de patients satisfaits en 2015, 77 % en 2014) ;
- les informations communiquées sur les modalités de l'hospitalisation et sur les droits : 64,4 % sont satisfaits (65 % en 2014).

d) Un point « à corriger prioritairement » :

- la réception du livret d'accueil (45,52 % des patients ont reçu le livret en 2015, 41,2 % en 2014 et 40 % en 2013).

2.6.4 Des instances de qualité dynamiques

Diverses instances et commissions participant à l'évaluation et la promotion de la qualité des prises en charges sont établies dans l'hôpital telles que :

- le comité de lutte contre la douleur (CLUD cf. § 6.4.5) ;
- le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN cf. 6.1.1 et 6.4.6.a) ;
- le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN cf. 5.1.2) ;
- la commission de la qualité et de la sécurité des soins ;
- la revue des morbi-mortalités (RMM) ;
- la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- la commission antibiotiques.

Par ailleurs, une nouvelle instance, l'observatoire des morbi-mortalités et de la iatrogénie médicamenteuse, avait été créée peu de temps avant la visite et était en cours d'établissement.

Les contrôleurs ont pu constater, au regard des bilans d'activité de ces instances, que la communauté médicale et soignante participait de façon dynamique à celles-ci.

2.6.5 Le comité d'éthique

Le comité de réflexion éthique comprend :

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

Le comité élit en son sein un bureau composé du président, d'un vice-président et d'un secrétaire. Le vice-président est issu d'une catégorie professionnelle autre que médicale.

En 2015, le comité s'est réuni cinq fois.

Il s'est auto-saisi sur la question du recours à l'isolement et à la contention et est intervenu à ce sujet auprès du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Il a publié un avis constatant la fréquente saturation des chambres d'isolement, regrettant l'absence de registre, et invitant la communauté hospitalière à une réflexion éthique sur les pratiques d'utilisation de la chambre d'isolement et des mesures de contention.

Il a organisé deux cafés-débats :

- un à Clamart sur l'utilisation des nouvelles technologies et l'accès des patients au téléphone ;
- un à Villejuif sur le partage d'informations à caractère secret.

Vingt à vingt-cinq personnes ont participé, en moyenne, à ces débats. Des projets d'organisation d'autres cafés-débats n'ont pas abouti.

Le président du comité est invité régulièrement aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

En 2014 comme en 2015, certaines difficultés ont été constatées : une insuffisante implication des médecins et des difficultés, pour certains membres, à participer aux réunions.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT S'EFFECTUE DANS D'EXCELLENTEES CONDITIONS MEDICALES ET JURIDIQUES

Deux structures gèrent l'aspect administratif de l'arrivée des patients en soins sous contrainte. Aux heures de bureau, le bureau des admissions situé à l'entrée de l'hôpital et en dehors des heures ouvrables le bureau d'accueil et d'orientation (BAO).

3.1.1 Le bureau des admissions

Il est composé de huit agents dont trois sont plus particulièrement chargés des questions de procédure, un pour le registre de la loi, un pour les relations avec le juge des libertés et de la détention et le troisième du suivi des différentes notifications.

En lien avec les services d'urgence en cas d'arrivée depuis ces structures et en accord avec les unités de soins, le bureau des admissions procède à l'enregistrement des patients et à leur affectation dans une unité en fonction du secteur.

En cas d'arrivée par ambulance, les patients restent dans le véhicule pendant que les ambulanciers se présentent au bureau des admissions pour l'enregistrement.

Comme indiqué *supra* § 2.4.1, plus d'un tiers des patients ne sont pas accueillis dans leur secteur en raison de la saturation des lits d'hospitalisation, le bureau des entrées est donc amené à faire des choix et à les proposer aux unités. Pour l'accueil des patients sans domicile fixe ou hors secteur, l'établissement a mis en place un « tableau des tours » préparé par le bureau des admissions et validé par la CME. Ce tableau s'impose à tous et les patients concernés ont priorité pour l'affectation sur les patients du secteur, ce qui a pu être fortement critiqué par des cadres de santé rencontrés dans les unités.

Le bureau des admissions détient la totalité des dossiers administratifs des patients et gèrent leur alimentation. Il y a quelques années, l'expérience avait été tentée de faire notifier aux patients les actes par des agents du bureau des admissions. Cette pratique s'est révélée très difficile en raison des incertitudes sur la disponibilité et la réceptivité des patients. Les notifications sont donc désormais effectuées dans les unités, le bureau des admissions assurant pour sa part un suivi manuel des transmissions d'information obligatoires et judiciaires.

3.1.2 Le bureau d'accueil et d'orientation

La dimension et l'activité du GHPG sont telles que l'établissement s'est doté d'une structure de nuit, le bureau d'accueil et d'orientation. Chaque nuit, deux cadres de santé de ce service sont présents et exercent leurs missions sous l'autorité d'un membre de la direction désigné de permanence, l'administrateur de garde.

En liaison avec les services d'urgence, ces deux cadres assurent l'aspect administratif de l'arrivée des patients et plus globalement la régulation générale de l'activité de soins de l'hôpital.

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

Dans les unités, la notification de la décision et des voies de recours est effectuée par le médecin de l'unité ou par le médecin de garde lors de l'accueil, toujours en principe en présence d'un soignant. Il a cependant été rappelé aux contrôleurs que « ce temps était un temps de soins et non de droit », ce qui a pu être constaté par les contrôleurs lors de la visite de nuit. L'état du patient l'emporte donc sur les autres considérations.

3.1.4 Le recueil des observations des patients

L'ensemble des certificats médicaux fait apparaître que les observations du patient ont été recueillies par la mention suivante : « *Le patient a été à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à son état* ». Les observations du patient, quand il en fait, sont notées par le médecin et par l'infirmier dans le dossier informatisé du patient.

Au bureau des admissions, chaque dossier relatif à un patient admis en soins sans son consentement conserve la trace des informations obligatoires qui lui ont été transmises. Ainsi, la remise des arrêtés préfectoraux d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et les arrêtés de maintien 72 heures, 30 jours...) font l'objet d'une attestation de remise signée par le patient. En cas de refus ou d'impossibilité de signature, d'impossibilité de remise compte tenu de l'état clinique ou de l'absence du patient, la situation est mentionnée avec nom et signature du « témoin ». La convocation devant le juge des libertés et de la détention fait l'objet d'une « signature » du patient qui atteste en outre de son choix d'être assisté par un avocat de son choix ou désigné d'office selon le tour de permanence du barreau.

Un document intitulé « avis médical sur les possibilités d'audition du patient » permet au service de faire savoir au bureau des admissions qui gère la procédure et par là-même au juge la situation du patient et son aptitude à participer à l'audience. Ce document regroupe des informations de nature différente, les constats médicaux et les choix personnels du patient, les éléments étant signés conjointement par le patient et le médecin.

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

Ces deux procédures prévues par le règlement intérieur et mentionnées dans le livret d'accueil font l'objet lors de l'entretien d'accueil d'un relevé par le médecin. Il est établi ensuite une fiche manuscrite doublement archivée dans l'unité et au bureau des admissions.

3.1 L'INFORMATION DES PATIENTS EST CONSEQUENTE ET ACTUALISEE

3.1.1 Les informations prévues par la loi

Celles-ci sont bien décrites dans deux fascicules « admissions en soins psychiatriques » remis avec le livret d'accueil. Celui concernant les SDT présente toutefois des erreurs en pages 3 et 6 (mention du préfet ou représentant de l'état aux lieux et place du directeur). Ces fascicules assez complets (même si celui sur les SDT n'indique pas le droit du tiers de demander à tout moment la levée de la mesure) permettent de compléter utilement les informations verbales données par les soignants qui se sont avérées être limitées dans la grande majorité des cas à l'audience devant le JLD.

3.1.2 Le livret d'accueil

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

3.1.3 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement a été actualisé par avenant le 25 juin 2015 : il est accessible aux patients sur demande auprès du cadre de santé de chaque unité. Il fait encore mention de la possibilité pour les patients d'utiliser les *points phones*, précédemment installés dans les unités. Il indique que les patients peuvent recevoir des communications téléphoniques « *dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement du service* » sans plus de précision. Le règlement indique que les patients, en soins libres, « *disposent de la liberté d'aller et venir, sauf contre-indication dans le cadre de l'engagement thérapeutique, pour des raisons médicales* ». Pour ces patients, comme pour ceux soignés sans leur consentement, le règlement général ne précise pas les conditions d'accès au parc et à la cafétéria alors que de nombreuses unités sont des structures fermées. Certaines unités disposent d'un règlement intérieur qui précise leur spécificité.

3.2 L'AMENAGEMENT ET L'EVOLUTION DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT SONT ENVISAGES DES LE DEBUT DE LA PRISE EN CHARGE MAIS SE HEURTENT A UN MANQUE DE STRUCTURES D'HEBERGEMENT SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES

Il n'a pas été possible aux contrôleurs de quantifier la part des sorties de courtes durées et des programmes de soins mis en place. En effet, l'établissement ne comptabilise pas ces mesures et les registres de la loi ne comportent pas toutes les décisions ni certificats médicaux (cf. § 2.5.1). Selon les chiffres communiqués par le GHPG, au cours du premier semestre 2015, 8,6 % des mesures ont été levées ou ont fait l'objet d'un programme de soins avant le contrôle par le JLD contre 16,5 % au cours du premier semestre 2014, cette évolution s'expliquant par le contrôle effectué au 12^{ème} jour au lieu du 15^{ème}.

Les médecins comme le service des admissions déclarent que les sorties et programmes de soins sont fréquents et mis en place dès que l'état du patient le permet. Les assistantes sociales sont étroitement associées aux projets de sorties dès lors que les patients ne bénéficient pas des ressources personnelles ou familiales adaptées à leurs besoins. Malgré un réseau soutenu de structures de soins extrahospitalières et d'établissements sociaux et médico-sociaux, de nombreux interlocuteurs (médecins, avocats, patients), ont fait part de la difficulté à trouver des lieux de vie adaptés, entraînant une prolongation de l'hospitalisation.

Il a également été mentionné des besoins non satisfaits en matière d'accompagnement à l'autonomie de patients qui disposent d'un hébergement personnel ou en foyer mais auraient, outre les soins ambulatoires, besoin d'un accompagnement pour les actes de la vie courante. Enfin, les difficultés d'hébergement de personnes sans domicile constituent un obstacle social majeur à l'aménagement des soins et à leur continuité.

3.2.1 Les sorties de courte durée

Les demandes de sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures et celles non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures sont faxées à la délégation territoriale de l'agence régionale de santé et ne font que très rarement l'objet d'opposition de la part du représentant de l'Etat. Les tiers sont systématiquement informés, par téléphone, des sorties de plus de 12 heures et la mention en est portée au dossier administratif du patient.

Les sorties sont organisées relativement tôt, dans les deux à trois semaines suivant l'arrivée. Les sorties de moins de 12 heures sont privilégiées, dans un premier temps, pour des courses ou des formalités administratives, dans la mesure du possible avec l'accompagnement de la famille ; viennent ensuite les permissions de moins de 48 heures permettant des retours à domicile.

3.2.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

a) *Le deuxième avis*

Le préfet demande parfois l'avis d'un second psychiatre avant d'ordonner la mainlevée ou la modification de la forme de prise en charge. Dans cette hypothèse, une croix est cochée sur un document prévoyant plusieurs hypothèses : « *Le certificat médical n'est pas assez précis sur l'état du patient et sur l'absence de dangerosité ; le certificat médical n'est pas assez précis sur les risques de trouble à l'ordre public ; je demande un 2^{ème} avis médical circonstancié établi par un autre médecin psychiatre ; autre cas* ». La proportion de demandes d'un second avis médical n'a pu être globalement quantifiée mais est présentée comme marginale et concernant essentiellement des patients ayant commis une infraction dont ils ont été jugés irresponsables. Sur une période restreinte donc insuffisamment significative, l'examen du registre de la loi (cf. § 2.5.1 c) indique un pourcentage de 17 % de demandes d'un second certificat.

b) *Le collège des professionnels de santé*

La loi prévoit l'avis du collège des professionnels de santé pour la transformation de l'hospitalisation complète en programme de soins pour les patients irresponsables pénaux ayant commis des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans en cas d'atteinte aux biens, et pour la poursuite d'une hospitalisation complète sur décision du directeur d'établissement au-delà d'une période continue d'un an.

Si la composition du collège est conforme à la loi, les professionnels rencontrés indiquent, pour certains, se conformer la plupart du temps à l'avis du médecin référent, le mieux à même d'apprécier la situation et, pour d'autres, que la parole des soignants est écoutée et prise en compte par les médecins et que le collège est un véritable lieu d'échanges. Le patient est reçu par les trois membres du collège et l'avis est rendu à l'issue de l'entretien.

c) *L'expertise*

En cas de contradiction des avis des deux médecins psychiatres, le préfet sollicite une mesure d'expertise. Par ailleurs, les JLD ordonnent parfois une expertise avant de statuer. Les rapports sont déposés dans le délai imparti de dix jours. En revanche les délais sont plus longs lorsqu'il s'agit d'une double expertise préalable à la levée d'une hospitalisation ordonnée à la suite d'une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale pour les infractions les plus graves (cf. art. L3213-8 du code de la santé publique). Seuls deux cas ont pu être examinés sur le registre de la loi : expertises rendues le 10 août 2015 pour un certificat initial du 26 juin 2015 et expertises les 7 et 10 août 2015 pour un certificat daté du 17 juillet 2015.

3.2.3 Le passage en programme de soins

Les passages en programmes de soins sont présentés comme nombreux et de contenus très variés, adaptés à l'état du patient et à ses conditions de vie : hospitalisation à temps partiel, suivi ambulatoire, hôpital de jour etc. L'avis du patient est recueilli. La proportion de ré-hospitalisation sous la forme d'une hospitalisation complète n'a pu être quantifiée.

3.3 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST BIEN ORGANISE MAIS DEMEURE UNE SOURCE D'INQUIETUDE POUR CERTAINS PATIENTS

3.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Deux audiences foraines se déroulent au sein de l'hôpital, les mardis et jeudis à 10h, depuis le mois de mars 2013 ; les audiences tenues par visioconférence ont partiellement perduré jusqu'au 1^{er} septembre 2014. Un chauffeur de l'hôpital va chercher au tribunal de Créteil l'un des quatre JLD en charge de ce service, accompagné d'un greffier. Le contrôle des mesures de soins sans consentement représente pour les JLD du TGI de Créteil une audience tous les matins, qui peut se prolonger l'après-midi, et les dossiers du GHPG représentent 30 à 40 % de cette activité.



Figure 4 : l'entrée de la salle d'audience

Le rôle comporte dix à vingt-cinq dossiers et inclut les patients de l'hôpital Paul Brousse, en faible nombre, ainsi que ceux de l'UMD et de l'UHSA implantées sur le site du GHPG. Il arrive, pour des raisons de constitution tardive des dossiers ou de jours fériés, que des patients soient conduits à une audience tenue dans d'autres établissements hospitaliers, le vendredi à Créteil ou le lundi à Saint-Maurice. Cette situation a concerné soixante-quatre patients en 2015 (soit environ 4 %), conduits en minibus.

La saisine et tous les documents nécessaires sont faxés par le service des admissions au greffe au plus tard la veille de l'audience avant midi. La convocation est remise au patient par un médecin, exceptionnellement par le personnel soignant, un cadre ou un agent administratif du pôle.

La salle d'audience est située au premier étage d'un bâtiment implanté au fond du site (pavillon 12). La porte d'entrée du bâtiment en est signalisée mais pas le parcours pour y accéder depuis l'entrée des visiteurs. Ces derniers se voient remettre un plan par les agents d'accueil et de sécurité ou se rendent dans le pavillon d'hospitalisation de leur proche avant l'heure de l'audience pour s'y rendre avec lui. De nouveaux locaux, plus vastes et plus centraux (bâtiment en construction près du pavillon 14) doivent être mis en service. Les locaux disposent d'une salle d'attente équipée d'un poste de radio, de toilettes, d'un point d'eau et d'une cafetière à disposition des patients, des soignants et des avocats. Un local est dédié à l'entretien de ces derniers avec leur client mais il est parfois utilisé par des patients hospitalisés à l'UHSA que les

escortés installent dans cette pièce avant leur passage à l'audience. Les avocats peuvent alors s'entretenir avec leur client dans la salle de délibéré devenue, de fait, un local d'entretien avec l'avocat. Les contrôleurs ont pu échanger avec plusieurs d'entre eux, ils n'ont émis aucune observation sur l'organisation et le déroulement des audiences ou sur la mise à disposition du dossier par le greffe. Les JLD de leur côté ne rencontrent aucune difficulté avec le barreau, qui organise une permanence d'avocats tous volontaires pour intervenir dans cette matière, ni pour assurer l'intervention d'un interprète quand nécessaire. Trois aides-soignants appartenant à une équipe dite « *de renfort* » ou « *de direction* » vont chercher les patients dans leur pavillon et les accompagnent, à pied, jusqu'à la salle d'audience, le plus souvent avec un aide-soignant du service d'hospitalisation. Le nombre d'accompagnants est adapté à l'état des patients et les rotations organisées de manière à créer le moins d'attente possible pour les patients et le magistrat. Tous les patients sont invités à s'habiller avant de se rendre à l'audience, y compris ceux pour lesquels le port du pyjama est prescrit dans l'unité. Une action d'évaluation des pratiques professionnelles est en cours sur l'accompagnement du patient à l'audience.

Plusieurs réunions de concertation ont été organisées avant la mise en place de ces audiences et plusieurs projets sont en cours : uniformisation des saisines et des dossiers des six hôpitaux spécialisés du département et dématérialisation des documents qui seront, à compter du 20 juin 2016, numérisés et mis en consultation sur une plate-forme sécurisée ouverte au greffe, au magistrat et à l'avocat. En revanche la visite annuelle de l'établissement, effectuée par un magistrat du siège et du parquet, n'associe pas les JLD qui, pour certains, n'ont jamais visité les pavillons.

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

Les contrôleurs ont assisté à deux audiences et se sont entretenus avec les magistrats. Un responsable du service des admissions représente l'hôpital et prend brièvement la parole lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation sur décision du directeur. Les contrôleurs ont pu constater que sa présence permettait une organisation optimale des accompagnements et des ordres de passage devant le magistrat et permettait en outre de répondre à certaines questions des patients ou de leurs proches : modalités d'accès au dossier médical, modalités de retrait de la demande du tiers, possibilités de demander des permissions de sortie etc. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il arrivait que le magistrat interroge les soignants accompagnant le patient sur la nature des traitements et que la présence d'un représentant de l'hôpital était appréciée de ces derniers, hésitants à communiquer des informations d'ordre médical.

L'information sur la publicité de l'audience n'est pas systématique mais les tiers ou proches sont toujours admis si le patient le demande, la porte est laissée ouverte ou non. Les magistrats veillent à clarifier le cadre légal de leur intervention, pour certains se présentent comme le juge des libertés en ne mentionnant pas le terme de détention ; cependant et malgré la préparation en amont par les médecins et soignants, l'intervention d'un juge reste, pour certains patients, très angoissante et rajoute à leur confusion. Les médecins, tout en exposant ce constat, favorisent néanmoins la présence à l'audience (seulement 8 % des patients ont été déclarés non auditionnables en 2015). Certains magistrats lisent et explicitent avec pédagogie l'avis médical de saisine et les certificats médicaux.

Les ordonnances sont rendues sur le siège, avec ou sans suspension d'audience selon les magistrats et les situations, imprimées et notifiées par le greffier qui remet une copie au patient, à l'avocat et au représentant de l'hôpital. Les décisions sont expliquées ou pas, selon les magistrats, de même que les voies de recours et la possibilité de saisir le JLD à tout moment de l'hospitalisation.

3.3.3 Les décisions rendues

Les magistrats ont été saisis en 2015 de 1 083 dossiers concernant des patients hospitalisés au GHPG (hors site de Clamart) outre 64 dossiers enrôlés à des audiences tenues dans d'autres établissements hospitaliers (cf.§ 3.3.1). Les saisines sont stables par rapport à l'année précédente, celles à l'initiative des patients demeurent rares mais sont en augmentation : treize en 2014 et vingt-sept en 2015.

Selon les analyses communiquées par le GHPG, les magistrats ne disposant pas de chiffres propres à chaque établissement hospitalier, les décisions rendues confirment les placements dans 98,13 % des cas, contre 95 % en 2014. Les décisions ordonnant une expertise sont rares mais n'ont pu être quantifiées. Les décisions de mainlevées sont fondées sur des motifs de forme dans 27 % des situations. Le GHPG explique cette diminution des mesures de levées par la vigilance portée par les secrétariats des pôles et le service des admissions qui contrôlent la complétude et la régularité des dossiers et veillent à une rédaction circonstanciée et explicite des certificats et avis médicaux.

La cour d'appel de Paris a été saisie de soixante-quatre procédures (chiffre stable par rapport à 2014), à l'initiative des patients dans 95 % des cas. Les arrêts ont été confirmatifs dans 68 % des procédures et déclarés sans objet (désistement ou mesure levée) dans 17 % des cas ; la cour d'appel n'a ordonné la mainlevée de l'hospitalisation pour des motifs de fond qu'à deux reprises en 2015, pour des motifs de fond.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION TRANSVERSALE. ELLE DOIT ETRE TRES SENSIBLEMENT AMELIOREE

La liberté d'aller et venir n'a pas fait l'objet au sein de l'établissement d'une réflexion transversale en vue de définir des options communes à tous les pôles. Seule la sécurité a été privilégiée pendant plusieurs années avec des mesures ponctuelles, limitées et en définitive peu, voire pas efficaces (cf. § 5.1.3). Au nom de ces mêmes impératifs, des unités ouvertes sont devenues des unités fermées, des chambres d'isolement ont été rajoutées.



Figure 5 : Clôture d'un jardin (celui du pôle 94G11)

Au total, il a été recensé sur dix-huit unités, quatre unités ouvertes et treize fermées. Mais les règlements intérieurs diffèrent et les sorties autorisées peuvent être nombreuses y compris dans certaines unités fermées.

Le décompte par patient fait apparaître que sur 293 patients présents dans l'ensemble des unités⁵ :

- 118 soit 40,27 % sont autorisés à sortir dans le parc ;
- 36 patients admis en soins libres ne peuvent pas sortir dans le parc.

Le statut juridique du patient ne semble pas globalement être une donnée prise en compte pour la possibilité de sortir dans le parc puisque plusieurs patients admis en SDRE ont l'autorisation de sortir, alors qu'inversement des patients en soins libres ne sortent pas.

Le constat effectué sur les sorties autorisées dans le parc est apparu particulièrement disparate d'une unité à l'autre. Certaines posent le principe de la fermeture et de la sortie en dérogation, d'autres l'inverse, l'ouverture et l'absence de sortie en exception sur prescription médicale. Ainsi, comme pour l'accès au téléphone portable, mais avec des conséquences beaucoup plus importantes, le principe posé de la définition d'un pôle pour un secteur a des conséquences importantes sur le séjour du patient.

Quand l'état clinique le permet, il vaut mieux « habiter » le secteur 92G29 que le secteur 94G13 si l'on a envie de se promener dans le parc de l'hôpital.

En conclusion, une réflexion globale et transversale s'impose pour harmoniser les pratiques et ne pas créer de telles disparités dont les patients qui sont amenés à changer de secteur sont

⁵ Ces chiffres ont été relevés tout au long de la visite et peuvent différer à quelques unités près de ceux apparaissant dans le rapport

parfaitement conscients. Cette amélioration ne pourra être obtenue qu'à la condition de renforcer la sécurité périmétrique générale. Il est clair qu'actuellement les réticences à ouvrir des unités dans un parc peu sécurisé paraissent justifiées pour nombre de patients.

Recommandation :

Une réflexion globale et transversale sur la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement s'impose pour harmoniser les pratiques d'un pôle à l'autre. L'amélioration significative des conditions actuelles ne sera obtenue qu'avec le renforcement de la sécurité périmétrique.

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

Au jour de la visite, 125 patients en hospitalisation complète étaient placés sous mesure de protection sur le site de Villejuif, dont 11 à l'UMD et 2 à l'UHSA.

Ces mesures se répartissaient comme suit :

- curatelle : 24
- curatelle renforcée : 48
- tutelle : 53

Trente-trois patients étaient placés sous mesure de protection sur le site de Clamart, soit un total de patients en hospitalisation complète de 158 patients.

En ajoutant les hospitalisations de jour et les personnes en accueil familial thérapeutique, le nombre de patients sous mesure de protection s'élevait à 251.

L'hôpital dispose d'un mandataire judiciaire, désigné dans la plupart des mesures de protection ouvertes durant une hospitalisation.

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

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

Au jour de la visite, le mandataire de l'hôpital gère 142 mesures de protection. Son agrément lui permet d'assurer la gestion d'un maximum de 160 mesures.

Les locaux du mandataire sont situés à l'entrée de l'hôpital. Le service assure l'accueil du lundi au vendredi de 9h à 12h, sauf le mercredi. En dehors de ces horaires d'ouverture, le patient peut solliciter un rendez-vous par téléphone.

La plupart des patients se déplacent dans le service au moins une fois par semaine, afin de réceptionner un document d'autorisation de retrait qu'ils présentent ensuite à la trésorerie de l'hôpital, pour se voir remettre leur argent de la semaine.

Certains patients viennent également poser des questions sur la gestion de leurs biens, solliciter le versement de sommes d'argent ponctuelles ou discuter de la somme hebdomadaire dont ils disposent.

Le mandataire de l'hôpital se rend régulièrement dans les unités pour rencontrer les patients qui ne peuvent sortir ainsi que pour discuter avec les équipes lorsque des projets de sortie sont en cours d'élaboration.

Lorsque le patient quitte l'hôpital, le mandataire de l'hôpital peut continuer à assurer la gestion de ses biens, à condition que celui-ci réside à proximité de l'hôpital. Si le patient se rend dans un département éloigné, le mandataire demande au juge des tutelles à être déchargé de la mesure après quelques mois, le temps que le patient se soit installé dans son nouveau domicile.

4.3 LES BIENS DES PATIENTS LEUR SONT FACILEMENT ACCESSIBLES GRACE A LA PROXIMITE DE LA TRESORERIE

Un inventaire des biens du patient est effectué à son arrivée dans le service.

Les chambres des unités sont toutes dotées de placards fermant à clé, dans lesquels les patients peuvent conserver leurs effets personnels. La plupart des pôles font preuve de souplesse quant à la gestion de la clé : ils la remettent aux patients qui sont jugés en capacité de la conserver et pour les autres, les personnels soignants assurent l'ouverture et la fermeture du placard.

Au pôle 94G13 cependant, les clés des placards ne peuvent pas être remises aux patients au motif qu'elles sont communes à plusieurs chambres et ouvrent en moyenne cinq placards. Au pavillon 29 du pôle 92G29, les clés ne sont plus remises aux patients car ont été perdues ou emportées par les précédents occupants et non encore refaites.

Les biens interdits au sein de l'unité (objets coupants, téléphones portables etc.) sont conservés en unité par le personnel soignant pour être remis à la sortie ou ponctuellement.

Les objets de valeur et l'argent sont conservés à la trésorerie de l'hôpital.

La trésorerie est située au sein de l'hôpital, à proximité de l'entrée et d'accès direct pour les patients autorisés à sortir des unités. Elle est ouverte tous les jours sauf le mardi et jeudi après-midi.

Les patients viennent y déposer leurs valeurs, bijoux et deniers dont un inventaire contradictoire est établi. La trésorerie dispose de trois coffres pour les conserver.

Les biens déposés sont restitués aux patients sur autorisation signée par un médecin, quel que soit le statut juridique sous lequel le patient est hospitalisé. Au moment de la sortie, le patient peut obtenir restitution de ses biens sur présentation du bulletin de sortie.

Lorsque le patient ne peut pas sortir de l'unité, un personnel soignant se charge de déposer ses biens avec une délégation signée par le patient.

La trésorerie peut recevoir le dépôt d'espèces jusqu'à 750 euros, au-delà les sommes doivent en principe être déposées par virement. Cependant, il a été précisé aux contrôleurs qu'il était fait preuve d'une certaine souplesse lorsque la somme déposée dépasse ce seuil, compte tenu de la spécificité du public accueilli à l'hôpital.

Les contrôleurs ont pu constater que la présence de la trésorerie au sein de l'hôpital, à proximité directe des patients, constituait un réel avantage pour ces derniers qui conservent un accès direct aux biens qu'ils ont déposés et aux personnes qui en assurent la garde.

Ainsi, les patients peuvent aisément déposer ou retirer de l'argent sans être limités dans le nombre des opérations, les montants ou la durée de la libre disposition comme cela est régulièrement constaté dans les hôpitaux dont la trésorerie se trouve délocalisée loin des unités de soins.

De plus, de nombreux patients se rendent à la trésorerie pour poser des questions au personnel, comprendre des factures qui leur sont adressées. Beaucoup d'entre eux se trouvent angoissés à la vue des chiffres aussi, lorsqu'ils se présentent à la trésorerie, le personnel tente de les rassurer ainsi que de leur présenter, selon les situations, les aides financières qu'ils peuvent solliciter en lien avec l'assistante sociale.

Il a été précisé aux contrôleurs que cette proximité avec les patients était également de nature à faciliter le recouvrement par l'hôpital des factures car celles-ci peuvent leur être expliquées en direct et des échéanciers peuvent être mis en place.

Bonne pratique

La présence à proximité des unités de soins de la trésorerie de l'hôpital permet d'assurer un accès direct du patient à ses biens ainsi qu'aux personnes qui en assurent la garde. Cet accès direct et personnalisé, trop rarement constaté dans les hôpitaux, est de nature à faciliter la vie quotidienne des patients ainsi que le règlement des factures de l'hôpital.

4.4 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST ASSURE DANS DES DELAIS COURTS

La procédure de demande d'accès au dossier médical est suivie par la direction des relations avec les usagers.

La demande d'accès au dossier médical doit être adressée au directeur du groupe hospitalier soit par courrier, soit en remplissant un formulaire sur internet.

Une fois la demande complète et accompagnée de l'ensemble des justificatifs nécessaires, notamment une photocopie de la carte d'identité du demandeur, les agents de la direction des relations avec les usagers transmettent la demande au chef de pôle concerné en lui rappelant les délais fixés pour la communication du dossier (huit jours).

Les dossiers peuvent être soit consultés sur place, soit copiés et envoyés au demandeur par recommandé avec accusé de réception contre facturation à hauteur de 0,08 euro la copie et des frais de recommandé. Pour éviter la facturation des frais d'envoi, les demandeurs sont autorisés à venir réceptionner les copies du dossier sur place.

L'essentiel des demandes concerne l'envoi de copies, la consultation sur place étant marginale et concernant des patients encore hospitalisés au sein de l'unité.

Il a été précisé aux contrôleurs que les agents administratifs travaillent en lien avec les équipes de soins afin d'évaluer si la demande du patient est réelle et de déterminer si elle ne serait pas induite par la curiosité de la famille.

Selon les informations recueillies, les demandes de copies de dossier augmentent après Noël et l'été, ce pic apparaissant consécutif aux réunions de famille.

L'hôpital reçoit parfois des demandes à visée généalogique de consultation de dossiers médicaux d'aïeuls décédés depuis plusieurs années.

Quelques patients demandent également à consulter leur dossier juste après avoir reçu leur convocation pour l'audience du JLD. Dans ce cas, les services administratifs tentent de répondre à la demande en urgence, en raison des délais courts existant entre la convocation et la date d'audience (en moyenne deux jours).

En 2015, la direction des relations avec les usagers a reçu 197 demandes d'accès au dossier médical. Elles avaient été de 183 en 2014 et de 122 en 2013.

La plupart de ces demandes émanaient des patients eux-mêmes (76 %), puis de personnes disposant d'un mandat telles que des médecins, avocats, proches (12 %) et d'ayants droit (7 %). En moyenne, les dossiers datant de moins de 5 ans ont été délivrés dans un délai de quatre jours et ceux de plus de 5 ans dans un délai de dix-sept jours, soit des délais bien inférieurs aux délais fixés par l'article L1111-7 du code de la santé publique (respectivement huit jours et deux mois).

Bonne pratique

Le délai moyen de délivrance des dossiers médicaux est court : de l'ordre de quatre jours pour les dossiers de moins de cinq ans et de dix-sept jours pour les dossiers de plus de cinq ans, soit des délais largement inférieurs à ceux fixés par le code de la santé publique

4.5 LA SEXUALITE, UN SUJET EVOQUE A BAS BRUIT PAR LES EQUIPES SOIGNANTES

L'interdiction des relations sexuelles dans l'établissement, mentionnée à l'article 79 du règlement intérieur dans son édition de 2012 a disparu de la nouvelle version diffusée en 2015 et en vigueur aujourd'hui (soit trois ans après le jugement de la cour administrative d'appel de Bordeaux (Gironde) statuant le 6 novembre 2012 sur l'interdiction par le règlement intérieur d'un hôpital psychiatrique de prohiber les relations sexuelles entre les patients accueillis).

Pour autant, le sujet n'est pas abordé de façon collective et homogène, les unités d'hospitalisation offrant sur ce point un éventail de pratiques qui vont du silence à une réflexion collective dans les groupes de paroles des soignants.

Ainsi, parfois, le sujet n'est pas évoqué du tout mais les soignants portent une attention particulière aux personnes vulnérables. Le plus fréquemment, il l'est individuellement par les médecins ou les soignants lorsqu'un problème se présente. Il est toujours fait une distinction par les équipes entre les personnes vulnérables qui peuvent être victimes d'abus et les adultes consentants pour lesquels il ne peut y avoir d'interdiction : une discrétion est alors recommandée et les patients sont invités à éviter les rapprochements au sein de l'unité.

Quand des rapprochements sont constatés, les soignants peuvent informer que des préservatifs sont à disposition. Il est d'ailleurs à noter que les préservatifs, disponibles dans les locaux des « spécialités médicales », disparaissent rapidement. Dans certaines unités enfin, il est indiqué par les cadres de santé que si rien n'est formalisé, l'équipe parle facilement de cette question notamment lors des groupes de paroles. Dans d'autres, il est « dit » aux patients que les relations sont sexuelles sont interdites : pour autant les chambres ne ferment pas la nuit et la vigilance des soignants est appelée notamment concernant les patients plus fragiles.

Bonne pratique

La mise à disposition de préservatifs gratuits et en accès libre au sein du pavillon des spécialités médicales mérite d'être soulignée.

4.6 LE DROIT DE VOTE EST EXERCE DIRECTEMENT OU PAR PROCURATION, LE CENTRE HOSPITALIER FACILITANT LES DEMARCHES DES PATIENTS

Les patients autorisés à sortir le dimanche seuls ou accompagnés, peuvent exercer directement leur droit de vote, au besoin en étant accompagnés jusqu'au bureau de vote par un soignant.

Pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir, le vote peut être exercé par procuration.

La direction des relations avec les usagers adresse, pour chaque scrutin, un mail de rappel aux équipes des différentes unités d'hospitalisation, en leur demandant la liste des patients souhaitant voter par procuration.

Un formulaire de demande de procuration est alors adressé aux unités dans lesquelles les patients concernés sont hospitalisés afin que le patient puisse le remplir et le signer. Un agent du commissariat de Villejuif, en tenue civile, accompagné d'un agent de la direction des relations avec les usagers, se déplace à l'hôpital pour recueillir les demandes de procuration auprès de chaque patient.

Il a été précisé aux contrôleurs que les demandes de vote par procuration proviennent principalement des patients admis à l'unité pour malades difficiles (UMD), ceux-ci ne pouvant pas sortir de leur unité et leur durée d'hospitalisation étant longue. Pour chaque scrutin, votent en moyenne six à huit patients dont quatre à cinq sont des patients de l'UMD.

4.7 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT ACCESSIBLES AUX PATIENTS QUI EN FONT LA DEMANDE

Des aumôniers des cultes catholique et musulman interviennent régulièrement au sein du centre hospitalier sur les sites de Villejuif et de Clamart, assurant une présence du lundi au samedi pour le culte catholique et les mardi et jeudi matin pour le culte musulman.

Des représentants d'autres cultes peuvent également être contactés en cas de demande d'un patient, l'établissement disposant d'une liste des représentants régionaux des cultes les plus pratiqués.

L'hôpital met à disposition des aumôniers une salle multiconfessionnelle, située à proximité de la cafétéria et accessible à tous durant les heures d'ouverture. Cette salle dispose d'une estrade sur laquelle est placé un autel et d'une arrière-salle dans laquelle sont stockés les différents objets nécessaires à la pratique des cultes.



Figure 6 : La salle multiconfessionnelle

Le pan central du mur installé derrière l'estrade est amovible et dispose de trois facettes, chacune d'entre elles pouvant être décorée par un culte. Au jour de la visite, un crucifix était accroché sur l'une de ces facettes, exposé lorsque sont célébrées des messes et dissimulé le reste du temps en faisant pivoter le panneau.



Facettes du panneau central amovibles

Une permanence est assurée dans cette salle tous les vendredis après-midi par le culte catholique dont les aumôniers reçoivent directement les patients.

Cette salle est également utilisée pour célébrer la messe tous les samedis matin, réunissant à chaque fois entre vingt et vingt-cinq patients. Une équipe de bénévoles se rend disponible pour accompagner les patients qui souhaitent y assister et qui ne peuvent sortir seuls de leur unité jusqu'au lieu de culte.

Le reste du temps, les aumôniers peuvent être contactés par téléphone et se déplacent dans les unités pour venir visiter les patients.

Les aumôniers sont parfois confrontés à des patients souffrant de délires mystiques. Ces situations font toujours l'objet d'échanges avec l'équipe de soins afin de pouvoir respecter la demande spirituelle des patients sans alimenter leur maladie.

Quelques sorties de groupe sont parfois organisées par l'aumônerie catholique. En 2016 des patients ont été invités à l'inauguration d'une nouvelle cathédrale dans le Val-de-Marne. Des pèlerinages à Lourdes (Hautes-Pyrénées) ont également pu être organisés jusqu'en 2015 à destination de patients hospitalisés pour de longues durées. Parmi les patients qui ont pu en bénéficier se trouvaient parfois des patients admis sans leur consentement sur décision du représentant de l'Etat. Au jour de la visite, il était prévu de reprogrammer ce type de sortie pour le mois d'avril 2017.

Par ailleurs, chaque année, l'aumônerie catholique organise une activité de décoration du lieu de culte pour les patients volontaires à l'occasion des fêtes de Noël.

4.8 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN EST POSSIBLE AU SEIN DES UNITES D'UN MEME POLE MAIS RAREMENT SOLLICITE.

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement est inscrit dans le règlement intérieur de l'hôpital comme un principe fondamental de la législation sanitaire. Il est ainsi précisé : « toute personne hospitalisée, ou sa famille, dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence dans les limites des possibilités d'organisation du service et des soins ».

Ce principe n'est que très incomplètement repris dans les livrets d'accueil puisque celui destiné aux proches ne mentionne que la liberté du patient de choisir l'établissement de santé où il

souhaite être pris en charge tandis que les livrets destinés aux patients sont muets sur ce droit au libre choix du médecin et de l'établissement.

En pratique, le patient entrant est affecté dans l'une des unités du secteur correspondant à son lieu de résidence – sous réserve de places disponibles – où sont désignés un médecin pour assurer plus spécifiquement son suivi et un soignant référent. En cas de difficultés ayant une incidence néfaste sur le suivi, un changement de médecin ou de soignant référent peut être décidé par le médecin en charge du suivi ou par le chef de pôle, ce changement intervenant au sein même du pôle. Dans la majorité des cas, la prise en charge médicale est reprise par le chef de pôle. Très exceptionnellement une affectation dans un autre pôle peut intervenir ; un seul cas a été signalé, à la suite de difficultés relationnelles avec un médecin, le changement ayant été décidé après concertation entre le président de la CME et le chef du pôle dont dépendait ce médecin.

Dans les faits les demandes de changement de médecin formalisées par écrit auprès du directeur de l'établissement sont rares : trois en 2011 comme en 2012, quatre en 2013, cinq en 2014 et zéro en 2015. Ces demandes sont traitées par le bureau des usagers qui sollicite le chef de pôle. Il en va de même pour les demandes de changement concernant le personnel soignant, gérées *in fine* par la direction des soins en concertation avec le cadre supérieur de santé du pôle concerné : aucune au cours des années 2011 à 2014, cinq réclamations en 2015.

5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

Le groupe hospitalier Paul Guiraud pour son site de Villejuif comprend actuellement huit secteurs avec 291 lits *intra-muros*, dont 16 chambres d'isolement (CI). Un secteur (94G13) ne dispose que d'une CI, alors que le secteur 92G29 en compte trois.

De façon générale, la pratique de l'isolement thérapeutique est répandue dans l'établissement, alors que la contention est considérée comme exceptionnelle.

Lors de la visite, aucune réticence n'a été constatée lors des échanges avec les personnels soignants, quelle que soit leur qualification, infirmiers, cadres de santé ou psychiatres, et les rencontres avec les patients se sont déroulées sans difficulté, dès lors que leur état de santé permettait un échange.

Les informations chiffrées ont été transmises le premier jour de la visite par le médecin psychiatre responsable du département d'information médicale (DIM) et l'accès au dossier du patient n'a été empêché que par l'impossibilité de celui-ci d'y consentir, du fait de ses troubles.

5.1 L'USAGE DE L'ISOLEMENT THERAPEUTIQUE EST QUOTIDIEN ET BANALISE

5.1.1 Les chambres d'isolement

L'âge des bâtiments, pour ne pas dire leur vétusté, a conduit à équiper les différents services de chambres d'isolement au gré des demandes et des disponibilités permises par un espace contraint.

Il existe une grande disparité entre des chambres spacieuses et fonctionnelles, et des chambres exiguës et inconfortables, de la "suite" de 35 m² du service 12 (secteur 92G29), au cagibi de 9 m² du service 11 (secteur 94G13).

Toutes les chambres disposent d'un bloc sanitaire distinct, accessible au patient et fermable. Une seconde porte peut s'ouvrir sur le couloir extérieur, offrant ainsi un autre accès au personnel soignant. L'équipement sanitaire est parfois traditionnel (lavabo et cuvette en faïence), parfois standardisé, en inox. Les douches sont dépourvues de pomme.



Figure 7 : pôle 92G29 la chambre d'isolement



Figure 8 : pôle 92G29 le lit de la chambre d'isolement

A l'exception de deux services du secteur 94G13, qui tiennent à l'utilisation des matelas en mousse, les lits sont des lits classiques, au sommier métallique de 90 cm de large, fixés au sol, le plus souvent en position centrale, parfois collés à un mur. Il convient de noter que l'étroitesse de certaines chambres ne permet pas au personnel de faire le tour du lit, ce qui peut limiter la possibilité de maintenir le patient en cas de nécessité.



Figure 9 : pôle 94G13 chambre d'isolement

Seules huit chambres disposent d'un sas d'entrée, ce qui implique, pour les autres, un accès direct par le couloir, avec un hublot de surveillance ouvert au regard de chacun. Parfois, ce hublot est occultable par un dispositif de type portillon. Une seule chambre d'isolement est accessible directement de l'extérieur du service.

La surveillance depuis le poste infirmier s'effectue également par le biais de vitres plus ou moins occultables (stores, rideaux).

La plupart des appel-malade sont inopérants, la plupart du temps par défaut de réparation. Un service dispose d'un appel lumineux, aucun ne propose d'interphonie.

Le patient a le plus souvent accès à l'heure, grâce à de grosses horloges à cadran, indiquant également la date et le jour. Toutefois, on trouve à quelques reprises ces horloges fixées au mur du couloir, à l'extérieur de la chambre, dans le champ de vision permis par le hublot de la porte. Aucune chambre ne propose d'équipement pour écouter musique ou radio.



Figure 10 : Toilettes, chambre d'isolement pôle 94G15

Toutes les chambres sont climatisées, les ouvertures sur l'extérieur sont, pour la grande majorité, des fenêtres à huisseries et vitrage sécurisés, sans barreaux. La vue peut porter sur le jardin, comme sur la voie de circulation, au risque de l'interpellation des passants.

A l'intérieur, comme à l'extérieur de la chambre, le patient est vêtu d'un pyjama de papier résistant, de couleur bleu roi, et la literie consiste en une couverture, dite "couverture de force", indéchirable et ignifugée.

Pendant la période d'isolement, les effets personnels du patient sont remisés dans le placard du sas d'entrée de la chambre, lorsqu'il existe, ou dans la bagagerie du service. A l'admission, un inventaire est dressé par le personnel, un second inventaire s'effectue avec le patient, à la fin de la séquence d'isolement.

Pendant cette même période, un lit lui est, en principe, réservé dans le service, en prévision de sa sortie d'isolement. Ce lit, dénommé "lit administratif", est de fait fréquemment occupé, en raison de la faible disponibilité en lits de la plupart des unités.

Globalement, les chambres d'isolement du centre hospitalier sont peu adaptées à la prise en charge de patients en toute sérénité, tant du fait de la vétusté avérée des locaux, que de l'inconfort de leur utilisation, pour les malades, comme pour les soignants.



Figure 11 : pôle 94G14, chambre d'isolement

Deux secteurs (94G17 et 94G11) ont déposé des projets de travaux et de refonte de ces locaux, mais il n'existe pas de programmation concertée au sein de l'établissement.

Assez régulièrement, l'une ou l'autre des chambres est fermée pour travaux ou réfections diverses, à titre d'exemple, un patient a récemment creusé un trou dans le mur, "à la recherche de son trésor"...

Il convient de signaler l'existence dans plusieurs unités de chambres dites "médicalisées" ou "d'apaisement", à l'équipement tout aussi spartiate que celui des chambres d'isolement. Le patient y dispose toutefois d'une plus grande latitude de ses mouvements, les portes sont rarement fermées.

Recommandation :

Les références architecturales couramment admises en matière de chambres d'isolement thérapeutique ne sont globalement pas respectées : absence de sas d'entrée, défaillance des appels malade, exigüité des locaux se retrouvent dans la majorité des services. Il convient que l'établissement inscrive la mise en conformité des chambres d'isolement dans son projet d'investissement.

5.1.2 La pratique de l'isolement thérapeutique

Il ressort des chiffres fournis par le responsable du DIM que ces chambres ont été utilisées de façon intensive depuis le début de l'année 2016. Même si quelques séjours ont débuté avant le 31 décembre, on compte 2 443 jours d'occupation des chambres d'isolement. Cela correspond, au jour de la fin de la visite, à un **taux d'occupation de l'ordre de 95 %**.

Près de 240 patients sont concernés, certains pour des durées très prolongées : sept patients totalisent des durées de séjour supérieures à 50 jours, parfois en plusieurs séquences, avec des extrêmes à 86, 95 et 128 jours.

La décision de placer un patient en isolement thérapeutique relève de la prescription du psychiatre, dans l'unité de soins, de jour, comme en garde. Le psychiatre de garde est sollicité pour chaque admission, même si le patient a déjà été examiné au service des urgences d'un hôpital d'amont. Il confirmera, ou diffèrera la décision d'isolement.

En cas d'admission en urgence, ils trouvent place dans un service qu'ils ne connaissent pas, où ils sont inconnus des personnels, et dès lors, un principe de précaution vient justifier la décision d'isolement.

Cela s'observe d'autant plus que les épisodes violents ou agressifs sont largement majorés, voire surdéterminés, par les prises d'alcool et/ou de stupéfiants, et que les populations prises en charge cumulent bien souvent ces problématiques⁶.

Le placement en isolement est annoncé et expliqué, dans la mesure du possible, en tenant compte de l'agressivité ou de la désorganisation psychique. Plusieurs services pratiquent systématiquement un suivi du ressenti du patient, et un *débriefing* à l'issue du séjour. Une recherche sur cette question est en cours dans l'établissement à l'initiative d'un psychiatre du secteur 94G17 (annexe 2⁷).

La majorité des services pratique, dès que l'état de santé du patient le permet, l'isolement séquentiel, avec des sorties pour les temps de repas ou le tabac, et l'isolement "porte ouverte", le patient allant et venant dans l'unité, mais dormant dans la chambre d'isolement, qui n'est plus

⁶ Il conviendrait ici de rappeler que le Mental Act britannique (1983) n'autorise pas l'initiation de soins sans consentement pour une personne sous l'effet de substances, tant que cela ne permet pas une évaluation précise de son état psychique.

⁷ Annexe 2: Questionnaire sur les chambres d'isolement thérapeutique.

nécessairement fermée. Cette pratique est conçue comme une période de transition, et d'observation et de précaution avant la levée totale de l'isolement.

Les contrôleurs ont pu constater et vérifier la traçabilité de chacune des interventions soignantes, qu'il s'agisse de la prescription initiale, horodatée et motivée, que des surveillances infirmières, ou des interventions du médecin généraliste. Le logiciel CIMAISE permet une saisie exhaustive de toutes ces données. Le responsable du DIM le confirme, mais indique que les décisions de fin d'isolement sont rarement tracées en temps réel, et que de ce fait, le recours au logiciel administratif d'occupation des lits (CPAGE) lui restitue l'information.

Les entretiens avec les patients concernés, lorsqu'ils ont été possibles, ont rapporté peu de doléances à propos de l'isolement proprement dit ; ils évoquent leur agressivité initiale, ou développent leur pathologie délirante...Les personnes vues à l'extérieur de la chambre d'isolement, au moment du repas, ou dans le jardin, ne font part que de leur souhait de quitter l'hôpital. La plupart des patients rencontrés connaît le diagnostic de la maladie, quelques-uns demeurent hostiles à toute approche psychiatrique et ne reconnaissent pas leur trouble.

Les équipes soignantes, attentives aux diligences et surveillances, ne font pas état d'incident grave survenu récemment lors de séjours en chambre d'isolement. Lorsque des incidents surviennent, ils sont signalés au titre des événements indésirables, au service qualité de l'établissement. Toutefois, il convient de noter que le service de sécurité n'est pas systématiquement informé du placement d'un patient en chambre d'isolement.

Cette problématique de l'isolement thérapeutique produit d'indéniables questionnements chez les soignants. En particulier, on peut relever une opposition absolue à la notion d'isolement « disciplinaire », la décision de mise en chambre d'isolement relevant d'une approche clinique, dictée par la pathologie du patient, notamment, la nécessité de le protéger ou de le mettre à l'abri.

Ainsi, dès le 16 avril 2015, le comité de réflexion éthique de l'hôpital a invité la communauté professionnelle à se saisir de la thématique "isolement/contention", et du registre prévu par ce qui était encore un projet de loi. Le 31 mars 2016, le comité revenait à la charge, indiquant la nécessité de se conformer à la loi et d'œuvrer à la réduction des pratiques d'isolement et de contention (annexe⁸).

Un "café-débat" sur ce thème s'est tenu, à l'initiative du comité de réflexion éthique, le 14 avril 2016.

Outre la recherche interne déjà mentionnée, quelques services du GHPG participent à une recherche multicentrique initiée par le service universitaire de psychiatrie de Paris-Sud, dénommée EPIC (étude prospective des isolements et contentions), et cette étude a commencé à inclure des patients au début du mois d'avril 2016 (annexe 5⁹).

Enfin, un protocole de mise en chambre d'isolement thérapeutique, issu d'une réflexion pluriprofessionnelle, a été validé le 9 février 2011 par la commission médicale d'établissement (annexe 5¹⁰).

⁸ Annexe 3: Comité de réflexion éthique, avis adopté par le comité de réflexion éthique du Groupe Hospitalier Paul Guiraud de Villejuif lors de la séance du jeudi 16 avril 2015

⁹ Annexe 4 : DTRF Paris Sud, étude EPIC, étude prospective des isolements et contentions, mai 206

¹⁰ Annexe 5 : Recommandations pour la mise en chambre d'isolement thérapeutique (MCIT)

5.2 LA CONTENTION PHYSIQUE EST EXCEPTIONNELLE OU BANNIE

De façon unanime, les soignants rencontrés dans les unités considèrent la pratique de la contention mécanique par sangles comme exceptionnelle. Certains d'entre eux n'ont pas le souvenir de l'avoir vue pratiquée, d'autres indiquent une fréquence d'une à deux fois par an. Un des secteurs (94G17) a banni définitivement cette option, puisqu'il ne dispose pas, volontairement du matériel *ad hoc*, et qu'il a choisi, pour les chambres d'isolement, un lit en mousse, incompatible avec la pose de sangles...

D'autres professionnels ont pu connaître l'indication de contention physique pour des patients dont le pronostic vital était menacé par la gravité de leurs automutilations ou de leurs conduites suicidaires.

Un guide de bonnes pratiques est diffusé à partir de l'expérience de l'UMD Henri Colin, il a été validé par la commission médicale le 2 novembre 2011.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a produit à son tour des recommandations pour la mise en contention physique et pour l'utilisation des matériels (Annexe 6¹¹).

Bonne pratique

De nombreuses actions de formation ou de recherche questionnent les pratiques de l'isolement et de la contention physique. Le comité de réflexion éthique de l'établissement occupe toute sa place.

Le matériel destiné à sangler un patient est stocké dans une valise en toile de couleur bleue. Il est, en principe, disponible dans chaque service susceptible de recourir à la contention physique, sauf dans ceux qui s'y refusent. Dans la plupart des autres services, le personnel présent lors de la visite ignore l'existence de cette valise, ou ne peuvent la localiser dans l'unité.

Le contrôle n'a constaté aucune situation de contention physique lors de la visite de tous les pavillons du GHPG.

Bonne pratique

Le faible recours aux pratiques de contention physique doit être relevé.

¹¹ Annexe 6 : Recommandations pour la contention physique

5.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION RESTE VIRTUEL

En application de l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, chaque établissement autorisé à recevoir des patients sans leur consentement en psychiatrie est tenu d'ouvrir un registre spécifique à l'isolement et à la contention.

L'article L.3222-5-1 du code de la santé publique en précise le contenu, et la forme, qui peut être numérique.

Au GHPG, en dépit de l'affirmation de la mise en place d'un registre numérisé qui est initialement transmise au contrôle, il faut bien constater que le registre n'existe pas, tant à un niveau centralisé (DIM, administration) que sur le terrain des unités de soins.

A la requête réitérée dans chaque pavillon, les contrôleurs ont été confrontés à des réponses diverses, de l'ignorance de l'exigence légale à la bonne foi qui consiste à dire que l'information saisie dans le dossier de chaque patient concerné constitue un élément de registre.

De fait, comme déjà indiqué, les informations relatives à la mise en isolement thérapeutique sont bien exhaustives et figurent dans chacun des dossiers électroniques des patients concernés, et correspondent bien aux exigences de la loi, mais il n'existe pas, à ce jour, de procédure permettant l'accès à ces données pour l'ensemble des patients ainsi pris en charge depuis le début de l'année calendaire.

Malgré les avis du comité de réflexion éthique, l'établissement reste en retrait sur cette question. Les principaux acteurs, direction, président de la CME, médecin responsable du DIM, font aussi part de leur étonnement mutuel devant la difficulté de mise en œuvre de l'outil.

Le DIM dispose de l'ensemble des données exigées en croisant les fichiers issus du logiciel médical CIMAISE et du logiciel administratif CPAGE. Toutes les mesures d'isolement pratiquées depuis le début de l'année sont ainsi colligées, avec le niveau d'exigence requis par la loi, mais il n'a pas encore la capacité de sérier les informations par date et par unité de soins. Il semble qu'un manque de personnel spécialisé (ingénieur informaticien) soit incriminé.

Toutefois, le DIM a développé un additif au logiciel CIMAISE, dénommé CIMAIDE, qui comportera un accès à l'information requise au niveau de chaque service de soins. Le contrôle a pu vérifier dans plusieurs pavillons que cet accès n'était toujours pas opérationnel.

Avertis de la difficulté, les acteurs décisionnels se promettent d'y apporter une solution à bref délai.

Le médecin responsable du DIM a produit, à l'occasion du contrôle, une note d'étape, décrivant la montée en charge du registre de l'isolement et de la contention (annexe 7¹²).

Recommandation :

La mise en œuvre du registre de l'isolement et de la contention, tel qu'exigé par l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, devient une urgence institutionnelle, qui doit mobiliser l'ensemble des acteurs de l'établissement.

¹² Annexe 7 : Le registre des mesures d'isolement du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, Dr Vermeersch

6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

6.1 LES CONDITIONS DE VIE COURANTE BIEN QUE D'UN BON NIVEAU PEUVENT ENCORE ETRE AMELIOREES PAR UNE PRISE EN COMPTE DE LA SECURITE PERIPHERIQUE PLUS PERTINENTE ET MIEUX PROTECTRICE ET DANS UNE REFLEXION SUR L'ACCES AU TABAC

6.1.1 La restauration

La restauration de l'ensemble hospitalier est assurée en régie par une cuisine centrale qui délivre environ 640 000 repas par an.

La solution retenue est :

- une liaison froide avec les unités de l'hôpital et les différents services extérieurs abonnés (dont l'hôpital de Clamart) ;
- une liaison chaude avec le self de Villejuif.

En 2015, 564 000 repas ont été livrés en liaison froide et 75 000 pour le self.

Cette production est assurée par une cuisine de type industriel travaillant en zone protégée et selon des normes professionnelles. Si les équipements ont été régulièrement mis à niveau, l'ensemble reste de conception ancienne, les conditions d'entretien sont difficiles et les conditions de travail du personnel souvent très contraignantes. D'importants travaux seront à court terme nécessaires, leur lancement posera la question de la pérennité d'un service en régie.

Cette cuisine travaille avec trois jours d'avance. Elle dispose en moyenne d'une autonomie de cinq jours.

Au sein de l'hôpital de Villejuif, le transport des repas est assuré par des « conteneurs » particuliers dits « *ergoserve* ». Ces équipements permettent au service de maintenir au chaud (ou au froid) les aliments en les branchant dans les services selon des instructions horaires précises. A noter que le fonctionnement de ces « *ergoserve* » est bruyant et gênant quand ils sont en marche au sein des locaux de vie.

Près d'un repas sur deux est « amélioré » au sens qu'il prend en compte soit des contraintes médicales soit des contraintes confessionnelles soit des questions de goût. Au sein de la cuisine un agent est particulièrement désigné pour suivre dans le processus d'élaboration et de préparation le respect des choix individuels.



Figure 12 : service d'un repas (au pôle 94G17)

Une attention particulière a été menée ces dernières années sur la démarche diététique dans le cadre d'un plan qui associe la qualité de la nutrition et celle des soins, au regard en particulier des risques somatiques (risques nutritionnels et risques d'occlusion). Cette démarche est directement suivie par le CLAN à l'aide de divers indicateurs.

La mesure de la satisfaction est faite à partir des questionnaires de sortie. Le dernier résultat présenté donne un taux de 58,7 % de satisfaits ou très satisfaits. Ce chiffre illustre bien le ressenti général actuel d'une assez bonne satisfaction des patients et des personnels. Le sujet doit toutefois rester un domaine de vigilance.

Bonne pratique

Les patients sont régulièrement associés à des ateliers de goût, pour ensuite participer aux choix des propositions d'achat. Cette initiative est une véritable plus-value dans la démarche thérapeutique globale.

6.1.2 L'hygiène

L'entretien des locaux est assuré par un prestataire extérieur pour la direction et les services transversaux et par des agents des services hospitaliers pour les unités de soins. S'agissant des locaux qui accueillent des patients la situation est apparue très satisfaisante.

En revanche la question de l'entretien du linge suscite encore de nombreuses critiques. En 2015, dans le cadre d'une démarche de rationalisation, l'ancienne blanchisserie dont les équipements dataient de quarante ans a été supprimée et la fonction externalisée vers un groupement de coopération sanitaire (GCS de l'Est francilien). La mise en place de cette réforme a été laborieuse et a suscité une forte opposition syndicale.

Au résultat, la qualité du service et surtout les délais de prestations ont été vivement critiqués, on a parlé de plusieurs semaines de délai pour voir revenir les effets des patients. La cause la plus souvent évoquée est la mauvaise évaluation du besoin et donc la difficulté rencontrée par le prestataire de répondre à la demande. En outre, des difficultés d'identification du linge individuel ont rendu dans certains cas la situation critique et gênante pour les patients.

Des solutions alternatives ont été mises en place, notamment la procédure consistant à laver une première fois dans l'hôpital le linge individuel avant de le marquer. L'amélioration de la solution est progressive mais la pérennité pose problème compte tenu de la nécessité de fermer définitivement l'installation.

S'agissant de patients dont la proportion de personnes « sans domicile fixe » ou au moins sans soutien familial est élevé, la fonction lingerie demeure parmi celles qui doivent rester réactive à des demandes exprimées souvent dans l'urgence et toujours dans une grande détresse.

En 2016, le coût de la prestation externalisée de blanchisserie sera d'environ 460 000 euros.

5.1.3. La sécurité

La sécurité de ce vaste domaine reste une question difficile en dépit des efforts conduits depuis ces dernières années.

L'hôpital est un ensemble fermé, clôturé, sur trois faces par des murs élevés d'environ 2,5 m et sur la façade principale par une suite ininterrompue de maisons particulières occupées¹³ par du

¹³ Sauf une, l'ancienne maison du directeur

personnel de l'hôpital. Deux portes lui donnent accès, la plus importante (avenue de la République) est ouverte en permanence, l'autre, rue René Hamon n'est ouverte qu'à certaines heures.

Pour assurer la sécurité de cet ensemble, le responsable de la sécurité dispose d'une équipe de dix-huit agents assurant la présence permanente au service de trois personnes qui effectuent trois rondes de nuit et trois rondes de jour dans le parc de l'hôpital.

S'y ajoutent un agent à la porte « Hamon », présent aux heures d'ouverture, un agent surveillant l'accès des véhicules à la porte principale, un agent surveillant la cafétéria, et deux agents en permanence pour l'entrée et la sortie des piétons.

Pour autant, et en dépit des soixante-dix caméras de sécurité mises en place, l'ensemble est peu sécurisé :

- les entrées comme les sorties sont très faciles, soit en utilisant les 2 500 badges en fonction, soit tout simplement en donnant un motif de visite que les permanents n'ont aucun moyen de vérifier. Pendant la visite, le portail principal des véhicules ne fonctionnait pas ; il devait donc rester ouvert en permanence et la nuit les véhicules pouvaient de fait entrer ou sortir librement ;
- l'existence de nombreux chantiers offre, compte tenu de l'importance du site, de nombreuses possibilités de se cacher et de profiter d'une liberté d'accès finalement très ouverte. Des cas de ventes de produits stupéfiants ont été signalés ;
- surtout il ne semble pas qu'il y ait un lien suffisant entre les unités de soins et le service de sécurité. Pas de report d'alarme prévu, pas d'information directe du service de sécurité en cas d'alarme sur les postes individuels, pas d'information de la sécurité sur l'occupation des chambres d'isolement.

Cette situation peut expliquer la fermeture des unités de soins qui vivent d'une certaine façon en autarcie vis-à-vis des services de la direction. Une telle solution ne paraît pas optimale au titre de la sécurité et par là même des droits des patients.

5.1.4. Les transports

La fonction transport (travaillant au profit de Clamart, de l'UHSA et de l'UMD) est quasi totalement assurée par des moyens internes. L'hôpital dispose de quatre-vingt-dix véhicules dont sept minibus utilisables pour le transport des patients vers les activités extérieures et de neuf ambulances, de cinq VSL et un véhicule adapté au transport de personnes à mobilité réduite (TPMR).

Ces moyens servent pour 50 % aux consultations dont un tiers de consultations internes pour des malades qui ne peuvent se déplacer. Neuf ambulanciers diplômés accompagnent les malades. Au total, en 2015, 7 551 courses ont été effectuées.

Envisagée il y a quelques années, l'externalisation de ces transports a été considérée comme inefficace en raison des incertitudes d'horaires d'aller et surtout de retour. L'entretien des véhicules est assuré par un garage interne qui a réalisé en 2015 188 révisions ou dépannages.

Vue des services utilisateurs, la fonction, pourtant visée par des restrictions budgétaires, est assurée de façon satisfaisante.

5.1.5. L'accès au tabac

L'accès au tabac ne fait pas l'objet d'une réflexion transversale et globale, chaque pôle, voire chaque service a défini ses choix en la matière. Au-delà des choix médicaux de prise en compte du tabagisme des patients, au-delà même parfois de la législation, la configuration des lieux ou la disponibilité des personnels imposent des pratiques que personne ne souhaitait.

La situation en étage impose aux services qui s'y trouvent des contraintes particulières, comme l'accompagnement des fumeurs par des soignants qui sont autant de restrictions à l'usage.



Figure 13 : pôle 94G15, le coin fumeur

Ainsi au sein de l'unité 8B du pôle 94G11, les patients qui ne sont pas autorisés à sortir de l'unité doivent être accompagnés dans l'espace famille pour fumer. Quatre pauses cigarettes sont ainsi fixées à 9h30, 13h30, 17h30 et 19h30.

De la même façon, tous les services ne procèdent pas de la même manière pour contrôler la consommation, elle est totalement libre –sauf contraintes budgétaires – dans certaines (94G11, 94G15, 94G17, 92G13 et 92G29), ou contrôlées plus ou moins strictement dans d'autres comme au 94G10 où elle est limitée à huit cigarettes par jour pour tous les patients.

Ensuite des tolérances existent comme au 94G15, où en principe, la consommation de tabac est autorisée dans les jardins et interdite dans les espaces communs et dans les chambres. Mais pour ne pas « ajouter une peine supplémentaire », il est laissé à certains patients la possibilité de fumer dans leur chambre.

Enfin, dans certaines unités, les patients interdits de sortie sont contraints pour fumer dans le jardin ouvert d'attendre la présence d'un soignant, ce qui apparaît très contraignant tant pour le patient que pour le personnel.

Comme indiqué *infra* § 6.5, quelles que soient les pratiques de chaque pôle ou unité, l'implantation au sein de l'établissement d'un pôle dédié aux addictions constitue pour l'ensemble un outil pertinent de prise en compte du tabagisme des patients.

Recommandation

Il est regrettable de constater d'importantes disparités dans l'accès au tabac pour les patients. Une réflexion transversale vers une cohérence intersectorielle est souhaitable.

6.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR : LES DISPOSITIFS MIS EN PLACE FAVORISENT CES RELATIONS, GERES AVEC SOUPLESSE, MAIS TOUTES LES UNITES NE BENEFICIENT PAS DES MEMES FACILITES

6.2.1 Le téléphone

Chaque unité dispose d'un téléphone fixe, d'accès gratuit pour tous les patients. Le poste téléphonique est placé dans un coffre, installé soit dans la salle commune, soit dans le hall d'entrée, soit encore dans un couloir.

Dans certains services, ce *point phone* est ouvert en permanence ou sur demande ; dans d'autres, le coffre est fermé à clé, l'usage du téléphone ne pouvant se faire qu'à horaires fixes (à titre d'exemple, au pôle 94G17, l'accès est limité aux horaires suivants : 9h à 12h – 13h à 16h et 17h à 21h ; au pôle 94G14, le téléphone est accessible en semaine de 9h à 12h et de 16h à 20h et durant les week-ends ou les jours fériés de 9h à 20h). Dans la quasi-totalité des cas, la disposition de ces *points phone* au sein des services - dans un lieu de passage - ne permet pas de garantir la parfaite confidentialité des conversations.

Alors que les livrets d'accueil remis aux patients et à l'entourage indiquent que l'utilisation des téléphones portables est autorisée, cette liberté pouvant être « réduite pour des raisons thérapeutiques sur décision médicale », des modalités d'usage diverses ont été relevées, l'utilisation des portables étant cependant toujours gérée avec souplesse.



Figure 14 : un point téléphone au pôle 94G11

Ainsi aux pôles 94G15, 94G17 et 92G13 pour les unités ouvertes, les patients peuvent conserver leur portable, l'usage ne faisant l'objet de restriction qu'au cas par cas selon décision médicale.

Dans d'autres services comme les pôles 94G13 et 94G14, les portables sont conservés au bureau des infirmiers.

Enfin, ils peuvent être laissés comme au 94G10 et 94G11 à disposition des patients mais sans carte SIM pour ne faire usage que de diffuseur de musique.

Les contrôleurs ont pu mesurer que la libre disposition des téléphones portables aux patients faisait l'objet de discussions, certains soignants ne cachant pas leur perplexité devant l'utilité d'une interdiction générale.

Du côté de la direction des pôles, il est reconnu parfois à demi-mots qu'un changement de politique en la matière deviendra inévitable.

Il n'en demeure que pour ce sujet, comme pour l'accès au tabac ou dans le parc de l'hôpital, des disparités difficilement compréhensibles demeurent.

Recommandation :

La mise à disposition et l'utilisation des téléphones portables au sein des unités doit faire l'objet d'une réflexion globale et d'une harmonisation des pratiques entre services.

6.2.2 Le courrier

Le courrier, au départ comme à l'arrivée, n'est soumis à aucune restriction et n'est pas ouvert, le principe de confidentialité étant ainsi respecté.

Tous les courriers, internes et externes, sont gérés par le vaguemestre (service composé de deux agents à temps plein). Celui-ci se charge le matin d'aller chercher les courriers (simples et recommandés) au dépôt de Villejuif, les répartit par service puis assure la tournée dans les différents services et unités qui procèdent à la distribution.

Pour envoyer un courrier, le patient le remet à un soignant. Les plis sont récupérés par les secrétaires du service qui les déposent l'après-midi chez le vaguemestre. Ce dernier procède alors à l'affranchissement des courriers administratifs et des lettres des patients destinées à l'administration, puis se rend à *La Poste* pour déposer les courriers et récupérer ceux arrivés depuis le matin.

Le responsable du service « vaguemestre » est également régisseur. En cette qualité, il peut procéder à la vente de timbres pour l'extrahospitalier et pour les patients en intrahospitalier ; la vente des timbres s'effectue par le biais du secrétariat de l'unité auquel le patient aura précédemment remis l'argent correspondant. Il peut également être mandaté par des patients ou leur famille, quand elles assurent la tutelle, pour gérer les fonds de patients titulaires de comptes postaux, envoyer ou recevoir des mandats nationaux et internationaux, retirer de l'argent sur le compte.

6.2.3 La télévision

Globalement la pratique de tous les pôles et services est identique : pas de téléviseur personnel dans les chambres, des téléviseurs collectifs, souvent un, parfois deux, par étage avec choix du programme par les patients.

6.2.4 L'informatique et l'accès à internet

L'absence d'un accès Wifi limite pour les ordinateurs portables l'accès à internet. Dans la majorité des unités les patients peuvent être autorisés, au cas par cas, à conserver et faire usage de leur ordinateur, contre signature d'une décharge.

Certains services comme le 8A proposent un accès internet en salle commune. Tel était le cas lors du contrôle au pôle 94G14 pour une étudiante.

6.2.5 Les visites

Les conditions et modalités de visites des familles et des proches sont indiquées dans les livrets d'accueil destinés aux patients et à leur entourage. Les visites sont en général autorisées de 13h30 à 18h-18h30 ou 18h45 selon les unités et des aménagements sont toujours possibles au cas par cas. Les visites ne peuvent être limitées que sur avis médical ; quand tel est le cas la famille en est normalement avisée. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis dans les services, les rencontres ne pouvant se faire qu'en dehors de l'unité de soins. Dans le pavillon 28 (pôle 92G29) un espace famille est cependant réservé pour les familles avec enfants.

La majorité des unités disposent de salons de réception pour les visites de la famille. Plus ou moins spacieux et conviviaux, ils permettent aux patients de partager un moment avec leur famille sans la présence de soignants. Dans les unités du pôle 94G17 et au pavillon 28 du pôle 92G29, il n'existe en revanche aucune salle de rencontre, les visites ayant lieu soit dans les espaces communs, soit dans le jardin. Afin de favoriser l'intimité des rencontres, soignants et cadres mettent parfois à disposition des familles la salle de réunion du personnel ou le bureau du cadre de santé ; tel est le cas dans les unités du pôle 94G17 pour pallier l'absence de salon de réception des familles mais également dans les unités du pôle 94G14.

Dans l'ensemble il n'existe que peu de patients sans aucun lien familial. Au pôle 94G10 un patient ne reçoit pas de visite mais est néanmoins en contact avec sa famille par téléphone ou lors de sorties de courte durée.

Il est regrettable que les locaux de plusieurs services ne permettent pas toujours d'offrir des salons spécifiquement dévolus à l'accueil des familles.

6.3 DES LIEUX COLLECTIFS DIVERSIFIES ET DES ACTIVITES DE QUALITE DONT L'ACCES EST LARGEMENT OUVERT A TOUS LES PATIENTS HOSPITALISES QUEL QUE SOIT LEUR STATUT.

6.3.1 La cafétéria

Ouverte sept jours sur sept de 9h30 à 11h30 et de 13h à 16h30, la cafétéria est tenue par une équipe de sept agents (cinq ASH et deux aides-soignants) complétée par deux agents de salle (AS et ASH) et une infirmière « chargée de communication envers les patients », sous la responsabilité d'un régisseur et d'un cadre de santé.



Figure 15 : le parc de la cafétéria

Ce vaste espace, aménagé avec du mobilier de couleur et décoré de nombreux objets réalisés par les patients, ouvre sur un grand jardin dans lequel sont installés des chaises et des tables ainsi que des arbres de couleur - œuvres issues de l'activité de plusieurs secteurs. L'ensemble est sous la surveillance et la protection d'un vigile pendant les heures d'ouverture et pour l'intérieur, au niveau de la caisse, d'une caméra de vidéosurveillance (annoncée sur un panneau situé juste à proximité).



Figure 16 : la cafétéria, vue sur la salle intérieure

La cafétéria est accessible à tous les patients, seuls ou accompagnés d'un soignant ou d'un proche, ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs tout au long de leur visite. La cafétéria est un lieu propice aux visites des familles accompagnées d'enfants, principalement le mercredi ou pendant les périodes de vacances scolaires.

Les patients, le personnel et les visiteurs peuvent y trouver des boissons, des confiseries, des gâteaux sucrés ou salés ainsi que quelques produits de premières nécessité (hygiène ou bazar tels stylo, gommes, enveloppes, papier, piles, porte-monnaie, peluches, ...) à des prix abordables.

Des ateliers et activités y sont proposés par les deux agents de salle comme des jeux de société, du dessin, du coloriage, des décorations à thème (pour le carnaval ou halloween par exemple). Ces deux agents de salle travaillent régulièrement tant avec les ergothérapeutes qu'avec le SAPS (service des activités physiques et sportives) et sont associés aux activités et formations des ergothérapeutes.

Divers spectacles sont également organisés par ces agents en accord avec le régisseur de la cafétéria.

Les locaux de la cafétéria sont en outre mis à disposition pour d'autres événements comme les rencontres familles/soignants organisées par le bureau des usagers plusieurs fois par an

Le projet porté par un cadre supérieur de santé d'ouvrir, dans un local de 25 m² existant face à la cafétéria, une salle d'activités et d'accueil pour les familles et les enfants mériterait d'être réalisé à bref délai. Il conforterait le lien social et s'ajouterait au service rendu par la Maison des usagers.

6.3.2 Le salon de coiffure

Situé à proximité de la cafétéria un salon de coiffure et d'esthétique ouvert en 2003 (lorsque la restructuration a conduit à la fermeture des salons se trouvant dans les unités) offre gratuitement ses services aux patients hospitalisés du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h à 16h. Les rendez-vous sont pris soit par téléphone, soit sur place. Les patients y viennent souvent seuls mais peuvent également être accompagnés d'un soignant.



Figure 17 : Le salon de coiffure

De six en 2003 le nombre de coiffeurs est passé à trois en 2015. A la suite d'un départ en juin 2015 suivi d'un second à la mi-décembre, le salon ne comptait plus qu'une coiffeuse au moment du contrôle (coiffeuse professionnelle ayant bénéficié d'une formation interne notamment à la maladie mentale et à la gestion de la violence). La présence d'une équipe réduite à deux personnes, n'ayant au demeurant pas les mêmes compétences et qualifications, contraint à fermer la partie coiffure pendant les congés de la coiffeuse et n'est pas sans incidence en termes de sécurité lorsque la coiffeuse se retrouve seule pendant les absences de sa collègue. Dans ce cas, les soignants accompagnant les patients doivent obligatoirement rester dans le salon.

L'intérêt porté par les patients pour le salon de coiffure dont les prestations participent au respect de la dignité de la personne doit conduire à une réflexion sur l'affectation à très brève échéance de personnel supplémentaire pour assurer la continuité de ce service.

6.3.3 La bibliothèque

Une bibliothèque, gérée par deux agents à temps plein (une infirmière / documentaliste et un agent administratif en poste respectivement depuis 1998 et 2011), est installée dans un bâtiment situé en fond de parcelle. Située au premier étage, sans ascenseur ni monte-charge ni interphone, elle est d'accès particulièrement difficile pour les patients à mobilité réduite. L'escalier d'accès, sombre et défraîchi, est heureusement agrémenté de couvertures de livres, de pages de manuscrits ou de poèmes.

La bibliothèque est ouverte, uniquement en semaine, de 9h à 11h45 et de 12h30 à 16h30.

Le local est divisé en deux parties séparées par un « mur végétalisé » (en réalité deux grandes plantes en pots) : au fond la bibliothèque professionnelle, sur le devant la « bibliothèque de loisirs » pour les patients. En l'absence de coin lecture lié à l'exiguïté des locaux, des chaises ont été installées en haut de l'escalier.

Le fonds documentaire est constitué de 7 500 ouvrages : romans policiers, science-fiction, histoire, humour, BD, documentaires illustrés, essais, bibliographie, témoignage, poésie, contes, romans. Les ouvrages ont majoritairement été acquis par l'établissement et proviennent également pour partie de dons des professionnels de santé ou de patients. Le renouvellement des ouvrages et l'acquisition de revues pour les unités est inscrit sur une ligne budgétaire de l'établissement. Une baisse importante des sommes disponibles pour le renouvellement du fonds bibliothèque a été constatée en 2016.



Figure 18 : la bibliothèque rayonnage et mur végétalisé

Les patients peuvent venir seuls ou accompagnés ; les soignants peuvent également venir à la bibliothèque pour récupérer des livres demandés par les patients. Tous les services disposent en effet d'un catalogue ; en raison de restrictions budgétaires, le catalogue remis aux unités n'a cependant pas été renouvelé depuis quatre à cinq ans.

Les patients peuvent emprunter un livre par mois –prêt renouvelable- après avoir décliné leur nom, prénom, adresse et service d'hospitalisation.

Recommandation

Une réflexion devrait être menée sur une nouvelle implantation de la bibliothèque afin d'en assurer l'accès aux personnes à mobilité réduite et d'offrir aux patients et au personnel des espaces de lecture.

6.3.4 Le service des activités physiques et sportives

Le SAPS, situé à l'arrière des pavillons 19 et 21, est animé par une équipe composée d'un infirmier, d'une éducatrice sportive, d'une psychomotricienne et d'un ergothérapeute.



Figure 19 : Le pavillon des sports -vue extérieure

Ouvert aux patients quel que soit leur statut, venant seuls pour les deux tiers d'entre eux ou accompagnés d'un soignant pour les autres, ce service propose des activités physiques et sportives, toujours pratiquées sur prescription médicale de moins de trois mois, faisant donc partie de l'offre de soins.

Des activités d'entretien musculaire sont proposées dans la première salle (rameurs, vélos, vélos elliptiques, banc de musculation, atelier à abdominaux) tandis qu'une seconde salle est réservée aux activités de groupe (ping-pong, baby-foot, stretching, danse deux mercredis par mois). Les patients peuvent également bénéficier d'activités extérieures telles jeux de ballons, pétanque mais également piscine, VTT, bowling, karting, footing, randonnées.

Le planning des activités, établi par les animateurs du SAPS., réparti sur la semaine (du lundi ou vendredi par tranche d'une heure de 10h à 12h et de 14h à 17h) des temps de prise en charge individuelle, d'accueil ouvert, d'entretien musculaire et de psychomotricité. La participation des patients est arrêtée avec ces derniers et validée par les unités lors de contacts téléphoniques ou directement avec le soignant lors d'un accompagnement.

Le gros matériel est financé par l'établissement et le service dispose d'un budget propre de 7 000 euros pour les sorties, le petit matériel et les équipements.

Du 6 au 10 juin 2016, six patients chroniques, encadrés par trois soignants (psychomotricienne, éducatrice sportive et infirmière) ont bénéficié d'un séjour en Bretagne autour de l'équithérapie, financé par l'hôpital de jour du pavillon 15.

Il a été précisé aux contrôleurs que depuis l'ouverture du SAPS en 2008, le nombre de prescriptions médicales avaient augmenté et s'étaient diversifiées, émanant désormais de tous les pôles de l'établissement.



Figure 20 : activités sportives

6.3.5 Le pavillon 16

Depuis 2011, date de création d'un collège des art-thérapeutes et de la mise en place d'un travail en commun avec les ergothérapeutes des différentes unités, des activités transversales sont organisées dans une grande salle mise à disposition au rez-de-chaussée du pavillon 16, sous l'impulsion d'une art-thérapeute nommée « référent culture » et ouvertes aux patients de toutes les unités. Des artistes viennent régulièrement apporter leur concours et former le personnel.



Figure 21 : le pavillon 16 vue intérieure

Deux ateliers sont réguliers : l'atelier « Batucada » (orchestre de percussions brésilienne, ouvert aux patients et aux soignants qui se tient en moyenne deux fois par mois de 14h15 à 16h (vingt-quatre ateliers organisés ou prévus en 2016) ; l'atelier « clown » en présence d'une dramathérapeute (seize séances dans l'année) ouvert pour douze à quinze personnes, patients plus soignants.

Parmi les projets de transversalité réalisés, portés par la direction et la CME a-t-il été indiqué, il convient de citer :

- le « Lion », première œuvre collective, installé à la cafétéria et qui est sorti lors de la fête de la musique ;
- les « Arbres », sur lesquels seul un service de l'établissement n'a pas travaillé, qui sont implantés en différents endroits de l'hôpital, notamment à la cafétéria ;
- les « Fleurs » réalisées à partir de sacs en plastique, projet ayant mobilisé le personnel des unités ;
- les « Assiettes au plafond », activité en cours au moment du contrôle, menée au sein des unités et à la cafétéria, qui ont vocation à décorer les couloirs.

6.4 UNE PRISE EN CHARGE DES SOINS SOMATIQUES DE QUALITE GRACE A UNE EQUIPE ET UN EQUIPEMENT ETOFFES

Le groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG) bénéficie d'un pôle des spécialités médicales assurant la prise en charge somatique coordonnée des patients au sein de l'établissement.



Figure 22 : le pavillon des spécialités médicales

6.4.1 L'équipement des soins somatiques

Au sein du site de Villejuif, le vaste pavillon des spécialités médicales est confortablement équipé pour assurer des consultations de spécialités somatiques. En effet, ce pavillon comprenait, notamment, lors de la visite, un bureau de consultation polyvalent, un équipement d'ophtalmologie, un cabinet dentaire, deux salles de radiographie numérisée, un équipement de fibroscopie digestive, un appareil d'échographie, une salle équipée pour l'électroencéphalographie, un bureau de consultation ORL muni de sa cabine d'audiométrie ainsi qu'une salle de kinésithérapie.

Certains équipements tels que le matériel de kinésithérapie ou d'endoscopie digestive, n'étaient pas utilisés, faute de personnel qualifié.

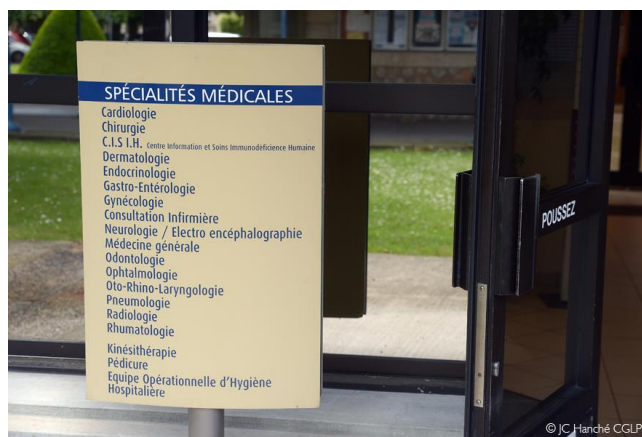


Figure 23 : La signalétique des spécialités médicales

6.4.2 L'équipe médicale

Le pôle des spécialités médicales est pourvu, pour l'ensemble du groupe hospitalier Paul Guiraud, de deux praticiens hospitaliers en médecine générale (titulaires), de sept médecins généralistes assistants (contractuels) et de trois internes en médecine générale, assurant la prise en charge

somatique des patients hospitalisés. Les médecins séniors assurent une garde au sein du site de Villejuif, la nuit comme les week-ends et jours fériés.

Chaque unité d'hospitalisation bénéficie d'un médecin généraliste référent, présent au sein des unités. Les patients sont pris en charge soit sur place au sein des unités, soit en consultation au sein du pavillon des spécialités médicales, selon la nature des soins et l'état clinique du patient. Il a été indiqué que la règle était, dans la mesure du possible, de faire venir les patients au sein du pavillon des spécialités médicales, afin de permettre une consultation en « terrain neutre » avec un équipement adapté.

Tous les patients entrants sont examinés au moins une fois par un médecin généraliste ou un interne de médecine générale. La surveillance des patients contenus ou isolés fait l'objet d'exams cliniques de la part des médecins du pôle, vigilants et formés à la surveillance spécifique de ces situations.

Les médecins généralistes effectuent entre eux un *staff* clinique mensuel, auxquels participent régulièrement un médecin addictologue ou un pharmacien et se joignent, selon les cas des patients, aux réunions cliniques avec les médecins psychiatres dans les unités.

6.4.3 Les consultations spécialisées

Des médecins d'autres spécialités médicales complètent la prise en charge somatique des patients :

- un neurologue, praticien hospitalier à 60 % dans l'établissement ;
- un endocrinologue, praticien hospitalier à 60 % dans l'établissement ;
- un ophtalmologue assurant deux vacations par semaine ;
- des dentistes assurant quatre jours de consultation par semaine¹⁴ ;
- un cardiologue assurant deux vacations par semaine ;
- un médecin du CISIH15 de l'hôpital de Bicêtre, assurant une vacation par semaine ;
- un pneumologue assurant une vacation par semaine ;
- un dermatologue assurant une vacation par semaine ;
- un rhumatologue assurant une vacation par semaine ;
- un gynécologue assurant deux vacations par semaine.

Il a été indiqué aux contrôleurs que certaines consultations de spécialités telles que l'ORL, la gastro-entérologie et la chirurgie n'avaient plus lieu au sein de l'hôpital, faute de praticien disponible. Il a néanmoins été mentionné qu'il n'y avait aucune difficulté pour obtenir des rendez-vous et organiser la prise en charge des patients en consultation de spécialité ou pour des examens médicaux tels que les imageries, en dehors de l'hôpital, le site de Villejuif étant à proximité d'hôpitaux et de cliniques ce qui permet l'accès aux soins de toutes les spécialités.

La prise en charge des urgences médicales est principalement assurée par le service des urgences de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre .

Il est à noter que l'obtention de lunettes de vue après une consultation d'ophtalmologie est facilitée par une convention entre l'hôpital et un opticien. Grâce à celle-ci, les patients peuvent

¹⁴ Ces consultations sont réservées aux patients admis sur de longues durées (plusieurs mois) ou pour les urgences dentaires

¹⁵ CISIH : Centre d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine

obtenir gratuitement des lunettes de vue après avoir choisi l'une des cinq montures -« tarif sécurité sociale »- proposées.

Le pôle des spécialités médicales a par ailleurs développé une compétence en soins palliatifs et instauré une équipe mobile de « soins palliatifs et d'accompagnement », composée de médecins et d'infirmières et un comité de réflexion « soins palliatifs » au sein du GHPG.

Bonne pratique

L'organisation du pôle des spécialités médicales permet une prise en charge somatique de qualité des patients hospitalisés.

Bonne pratique

La possibilité de délivrance de lunettes, intégralement prise en charge par l'assurance maladie, est une démarche à souligner.

6.4.4 L'équipe de soins

Lors de la visite, la difficulté de recrutement d'un kinésithérapeute posait un problème pour la rééducation des patients hospitalisés. Pour pallier l'absence de kinésithérapeute au sein de l'hôpital, il a été indiqué que les patients étaient adressés dans des cabinets de kinésithérapie de ville ou, plus rarement, dans des services de soin de suite et de réadaptation.

Cette absence est dommageable et il devrait y être remédié.

Une équipe de cinq infirmières du pôle des spécialités médicales présente sur le site de Villejuif effectue des soins infirmiers somatiques au sein des unités. Les infirmières participent par ailleurs à l'animation « formations techniques » des soignants des unités de psychiatrie, à la promotion et prévention de la santé auprès des patients et à certaines instances de qualité mises en place dans l'établissement.

Un pédicure intervient deux fois par semaine.

Deux manipulateurs en radiologie sont en poste dans le pôle pour effectuer les radiographies (interprétées par les médecins du service en l'absence de médecin radiologue) et les électroencéphalogrammes.

6.4.5 La prise en charge de la douleur

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) et son bureau sont actifs au sein de l'établissement.

Il préconise, notamment, au sein de l'hôpital, qu'une évaluation de la douleur soit effectuée pour tout patient entrant et qu'elle soit tracée dans le logiciel d'observation médicale (CIMAISE®). Par ailleurs, le CLUD recommande d'effectuer et de tracer une nouvelle évaluation de la douleur à la suite de chaque délivrance de traitement ou soin destiné à réduire celle-ci.

Il a été mentionné que selon les indicateurs du CLUD, l'appropriation de ces recommandations et des outils de lutte contre la douleur progresse au sein de l'établissement.

- cinq protocoles concernant la prise en charge de la douleur¹⁶ sont disponibles dans le réseau intranet de l'hôpital, différents outils d'évaluation de la douleur sont intégrés au logiciel d'observation médicale et une plaquette à l'intention des soignants concernant la spécificité de la prise en charge de la douleur dans l'établissement est diffusée au sein des unités d'hospitalisation.

Le personnel de l'hôpital est formé à la prise en charge de la douleur et mène une réflexion illustrée par leur recherche sur cette question :

- à leur arrivée en poste, les internes de psychiatrie bénéficient tous d'un module de formation sur la prise en charge de la douleur ;
- une journée clinique du CLUD concernant la prise en charge de la douleur est organisée chaque année pour le personnel soignant du GHPG ;
- un médecin du pôle des spécialités médicales a effectué une formation spécifique (diplôme universitaire) et a développée une recherche sur la gestion de la douleur en psychiatrie à cette occasion.

Une équipe dédiée d'infirmières du pôle de spécialité médicales, intervient spécifiquement dans la prise en charge de la douleur pour effectuer des évaluations en cas de situation complexes.

Le CLUD a comme projet de mettre en place dans chaque unité, du personnel référent pour la prise en charge de la douleur.

Bonne pratique

La prise en charge de la douleur est une dynamique en progression sur l'établissement, grâce, notamment, à l'activité du CLUD, à la formation du personnel médical et paramédicale au sein du pôle des spécialité médicales et à la prise en charge par une équipe d'infirmières dédiées de la question de la douleur.

6.4.6 La prévention et la promotion de la santé et l'éducation thérapeutique

a) La prévention des effets secondaires des traitements en psychiatrie

La communauté médicale et paramédicale de l'hôpital est mobilisée par la lutte contre les effets secondaires des traitements de psychiatrie, notamment par les actions suivantes :

- la prévention des risques liés à la contention et l'isolement fait l'objet de protocoles¹⁷. L'examen somatique des personnes affectées en chambre d'isolement ou contenues est effectué par les médecins ou internes de médecine générale ;
- la prévention des risques d'occlusion intestinale consécutive à la prise de traitements neuroleptiques, pouvant aboutir à des décès, est notamment mise en œuvre par le CLAN¹⁸. Il a été indiqué aux contrôleurs que le nombre de complications de ce type a diminué dans l'hôpital ces dernières années ;

¹⁶ Conduite à tenir devant une douleur aiguë, Prise en charge de la douleur : recommandations de traçabilité et d'évaluation ; protocole d'admission du paracétamol ; protocole des actes médicaux et paramédicaux susceptibles d'engendrer une douleur – mesures préventives et curatives ; livret d'aide à la prescription des antalgiques et analgésiques locaux – prise en charge des douleurs chroniques.

¹⁷ Protocole de prévention des risques thromboemboliques et protocoles sur la contention et l'isolement.

¹⁸ Préconisation des mesures hygiéno-diététiques pour lutter contre la constipation et prescription systématique de traitements laxatifs en association avec les traitements neuroleptiques, intégrée dans le logiciel de prescription.

- la prévention des troubles métaboliques, induits par la prise de poids consécutive à la prise de traitements neuroleptiques, fait l’objet de recommandations de surveillance¹⁹ et d’accompagnement des patients dans des programmes d’éducation thérapeutique (Cf. *infra* c) ;
- la prévention des fausses routes alimentaires, par la sensibilisation des professionnels et la possibilité de prescriptions de textures alimentaires adaptées dans le logiciel de prescription ;
- la création récente de l’observatoire des morbi-mortalités et de la iatrogénie médicamenteuse au sein du GHPG.

La cellule qualité et gestion des risques a mis en place, en 2014, une formation « cellule de retour d’expérience » (CREX) à destination de ses correspondants médicaux et paramédicaux pour l’analyse des événements indésirables relatifs à la prise en charge des patients. En 2015, quatre des cinq signalements d’effets indésirables graves liés aux soins, au sein du GHPG, ont bénéficiés de cette analyse.

b) La prévention et la promotion de la santé auprès des patients

Le pôle des spécialités médicales dispose d’un emploi infirmier dédié au développement de l’éducation à la santé. Des actions de prévention et de promotion de la santé sont développées telles que des ateliers collectifs sur l’hygiène bucco-dentaire, le tabagisme, le sida, les vaccinations, les accidents domestiques et l’hygiène de vie et la santé. En 2015, 250 patients hospitalisés au sein du GHPG ont participé à ces ateliers.

Bonne pratique

La mise à disposition d’un temps infirmier dédié au développement des activités d’éducation et de promotion de la santé permet le développement d’un nombre significatif d’actions auprès des patients hospitalisés.

c) L’éducation thérapeutique²⁰

Une équipe du pôle des spécialités médicales, composée d’un temps médical, de deux infirmières, d’une aide-soignante et d’une diététicienne, tous formés à l’éducation thérapeutique, est dédiée aux activités d’éducation thérapeutique auprès des patients admis en hospitalisation ou suivis en ambulatoire. Trois programmes d’éducation thérapeutique²¹, validés par l’agence régionale de santé (ARS) ont été mis en place par cette équipe qui propose par ailleurs des consultations infirmières individuelles d’éducation ainsi que des séances de préparation à la consultation de gynécologie et de stomatologie.

Par ailleurs, le pôle de pharmacie a mis en place des activités d’éducation thérapeutique et propose, aux accompagnants des patients hospitalisés au sein du pôle 94G17, des ateliers d’éducation thérapeutique de groupe afin d’améliorer leurs connaissances sur les traitements des patients qu’ils accompagnent. De plus amples activités d’éducation thérapeutique sont déployées, par les pharmaciens, auprès de patients, au sein du site de Clamart.

¹⁹ Mesure de l’indice de masse corporelle (IMC) et du tour de taille, à l’entrée des patients, renouvelée annuellement et tracée dans le logiciel d’observation médicale.

²⁰ Selon l’organisation mondiale de la santé (OMS), l’éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

²¹ Concernant l’asthme et la bronchopathie chronique obstructive (BPCO), le syndrome métabolique et le diabète.

Bonne pratique

Le développement de l'éducation thérapeutique, tant en pharmacie qu'en médecine, par l'instauration d'une équipe soignante dédiée est à souligner.

6.5 LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS PAR UN POLE DEDIE COMPLETE ET AMELIORE L'OFFRE DE SOINS MAIS LA QUESTION DU TABAC DEMEURE SENSIBLE

Un pôle est spécifiquement dédié à la prise en charge des addictions au sein du GHPL. Ce pôle met notamment à disposition une unité de liaison (ELSA), composée d'un médecin, d'une infirmière, d'un éducateur et d'un chargé de prévention, permettant de donner des avis spécialisés auprès des patients hospitalisés. Leur intervention ne peut pas être tracée dans le cal informatisé en raison des contraintes du logiciel CIMAISE.

Lors de la visite, les contrôleurs ont pu constater que les sevrages tabagiques imposés à certains patients lors des placements en isolement, pouvaient poser problème. Plusieurs patients se sont plaints, auprès des contrôleurs, de l'interdiction qu'il leur était fait de fumer, sans qu'une solution de substitution leur ait été proposée. Dans d'autres unités cependant, l'usage de substituts nicotiques est bien proposé.

6.6 LA PRISE EN CHARGE DES INCIDENTS EST EXHAUSTIVE ET ADAPTEE**6.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations**

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

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

6.6.2 Les événements indésirables

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

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

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

L'année 2015 a connu une augmentation des signalements concernant la logistique (repas et linge, 31 % au lieu de 17 % en 2014) et une baisse concernant la prise en charge du patient (16 % au lieu de 21 % en 2014). 97 % des auteurs de signalement ont obtenu une réponse par l'intermédiaire du logiciel de saisie et plus de la moitié des signalements (432) ont donné lieu à des actions immédiates de correction.

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

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

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

b) Les événements les plus signalés concernent :

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

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

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

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

- les dysfonctionnements des alarmes (PTI) : 14 ;
- les odeurs et la dégradation des locaux : 15 ;
- la température des locaux : 16 ;
- les pertes, vols ou disparition de biens : 30 ;

- les comportements inadaptés (dont les agressions contre les soignants) : 48.

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

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

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

e) Les signalements classés par services

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

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

6.7 L'ETABLISSEMENT N'ACCUEILLE PLUS DE PERSONNES DETENUES

Depuis la mise en service de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), l'établissement ne reçoit de personnes détenues.

7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

7.1 LE POLE 94G10 ACCUEILLE DES POPULATIONS PRECARISEES ET A VU SES CHOIX THERAPEUTIQUES PROFONDEMENT MODIFIES PAR LES OPTIONS SECURITAIRES DE L'ANCIENNE DIRECTION

Le pôle/secteur 94G10 recouvre les communes d'Ablon-sur-Seine, Choisy-le-Roi, Orly et Villeneuve-le-Roi soit un total de 86 498 habitants. Il comporte en extrahospitalier un CMP, un CATTP, un centre thérapeutique de nuit et un hôpital de jour à Choisy-le-Roi.

En dehors de l'enceinte de Paul Guiraud, il existe une structure hospitalière réservée aux patients admis en soins libres, le centre d'accueil et de crise de Choisy-le-Roi.

Au sein du GHPG, le pôle possède deux pavillons installés dans un bâtiment ancien sur deux étages, attenant au pôle 94G17.

Il s'agit de deux unités **fermées**, le pavillon 19A au rez-de-chaussée et le pavillon 19B à l'étage, fonctionnant quasiment à l'identique, et recevant indistinctement les mêmes patients sans donc de choix sur la pathologie ou la durée prévisible de l'hospitalisation.

Les locaux d'ergothérapie et les bureaux administratifs du pôle sont situés dans une bâtisse de plain-pied attenante, mais nécessitant de sortir des unités fermées pour y accéder.

7.1.1 Présentation générale

Le pavillon 19A donne sur un jardin clos, accessible pour les patients uniquement de l'intérieur du pavillon (un portail donnant sur le parc de l'hôpital est verrouillé). Il dispose de quatorze lits, répartis en six chambres doubles et deux individuelles dotées de sanitaires (douche, lavabo, wc), et d'une chambre d'isolement.

Le pavillon 19B, situé à l'étage, est accessible soit par un escalier situé à l'arrière du bâtiment, soit par un escalier en colimaçon partant du hall de l'unité A. Il comporte dix lits, répartis dans quatre chambres individuelles et trois doubles, outre une chambre d'isolement. Toutes les chambres disposent de sanitaires ; lorsque ceux-ci comprennent une douche en sus du lavabo et des WC, ils sont communs à deux chambres situées de part et d'autre ; deux chambres sont dépourvues de douche. L'unité dispose toutefois d'une salle de bains.

Dans chaque chambre un placard pouvant fermer avec un cadenas est à disposition des patients. D'un côté du hall d'entrée se trouve un petit salon pour les visiteurs, de l'autre, la salle de vie commune utilisée pour les repas et les activités et donnant sur un salon télévision ouvert après le petit déjeuner et jusque vers 22h30 mais fermé à l'heure des repas.

L'office et la salle de repos des soignants ouvrent sur la pièce de vie. La salle de soins, le local infirmier et un bureau médical se trouvent à proximité immédiate.

Les locaux sont propres mais vétustes, peu lumineux et exigus.

7.1.2 Le personnel

L'ensemble du personnel est encadré par le chef de pôle et un cadre supérieur assistés de deux secrétaires médicales. Pour chaque unité, l'équipe médicale est composée d'un médecin, d'un assistant et d'un interne, auxquels s'ajoute un médecin généraliste intervenant également dans le pôle 94G17.

L'effectif cible (ou effectif minimum) de soignants présents comprend deux infirmiers et un aide-soignant par tranche horaire de journée (soit 6h45 – 14h21 le matin, 13h39 – 21h15 l'après-midi) et pour l'équipe dédiée de nuit (21h – 7h) un infirmier et un aide-soignant.

A cette équipe s'ajoute un psychologue pour chaque unité, et communs aux deux unités, 2,5 ETP d'ergothérapeutes, deux assistantes sociales et une secrétaire sociale.

Il a été précisé aux contrôleurs que la dotation actuelle permettait de pourvoir des vacances supplémentaires à celles considérées comme le service minimum.

7.1.3 Les patients

Au 31 mai 2016, le pôle accueillait vingt-trois patients soit :

- dix-neuf hommes et quatre femmes ;
- quatre hommes en soins sur décision du représentant de l'État (dont deux à la suite d'une décision judiciaire) ;
- sept patients en soins à la demande d'un tiers, soit six hommes et une femme ;
- douze patients en soins libres, neuf hommes et trois femmes ;
- le patient le plus jeune a 25 ans et il se trouve au 19A, le plus âgé, 74 ans se trouve au 19B ;
- la plus longue durée d'hospitalisation est celle d'un homme se trouvant au 19B, 8 ans et 154 jours, hospitalisation prise en application de l'article 122-1 du code pénal.

L'accueil de mineurs est rarissime, toutefois une jeune fille de 16 ans a été hébergée au pavillon 19A durant deux jours en avril 2016.

7.1.4 Le projet thérapeutique

Il a été indiqué que le projet thérapeutique du pôle avait été sensiblement modifié par les options de l'ancienne direction de l'établissement qui a imposé la fermeture de l'unité de l'étage et l'aménagement d'une chambre d'isolement qui n'existait pas auparavant dans cette même unité.

Il n'en demeure que ce projet thérapeutique s'inscrit dans une démarche globale dont le centre d'accueil et de crise de Choisy-le-Roi constitue une donnée importante pour l'accueil des patients en soins libres dans les dix lits qu'il propose.

Pour proposer des solutions de sorties d'hospitalisation, le pôle bénéficie de la disponibilité de vingt-sept studios à Choisy-le-Roi grâce à une démarche partenariale avec les élus.

Enfin, il a été insisté dans la présentation du secteur sur les données économiques et sociologiques des communes de Choisy et Orly qui accueillent des populations en grande précarité sociale et souvent médicale.

a) La vie quotidienne

La vie quotidienne est rythmée par les repas : petit déjeuner à 8h30, déjeuner à 12h, collation vers 16h et dîner à 19h.

Sauf avis médical contraire, les patients peuvent se rendre à la cafétéria située dans l'enceinte de l'hôpital de 9h30 à 11h30 et de 13h à 19h. Sous les mêmes éventuelles restrictions, les patients peuvent sortir dans le parc de l'hôpital, seuls ou accompagnés de leur famille ou d'un soignant, de 9h30 à 11h30 et de 13h à 18h30.

Les règles de vie de l'unité sont affichées en deux emplacements dans les parties communes et également dans les chambres (sur la porte donnant sur le couloir ou sur celle de la salle de bains selon les unités). Ces règles de vie sont régulièrement revues avec les patients lors des réunions hebdomadaires soignants-soignés.

Le retrait systématique des téléphones portables interpelle une partie du personnel soignant, mais la direction du pôle reste ferme sur le principe.

b) Les activités

Le planning des activités sportives est affiché dans les unités et un planning individuel est tenu dans le local infirmier.

L'organisation des activités d'ergothérapie est en revanche faite par les professionnels, proposée par eux aux patients et soumise aux soignants ; ceux-ci établissent un planning pour chaque patient qui est affiché dans le local infirmier.

Il est cependant regrettable que le service ne soit pas en mesure d'évaluer quantitativement les activités proposées et réalisées.

Il est proposé une activité d'équithérapie par semaine.

c) Les réunions d'équipe

Un *staff* d'unité réunit tous les matins psychiatres, cadre, infirmiers, aides-soignants et ASH pour évoquer la situation des patients et les modalités de leur prise en charge. Plusieurs réunions se tiennent par ailleurs : un après-midi par semaine (lundi pour l'unité 19A et mardi pour l'unité 19B) une réunion pluridisciplinaire regroupant le personnel soignant et non soignant de l'unité, les ergothérapeutes, les assistantes sociales et éventuellement certaines personnes de l'extrahospitalier au cours de laquelle sont examinées les situations des patients ainsi que les projets les concernant ; deux réunions de pôle par mois ; réunion soignants-soignés une fois par semaine.

7.2 LE POLE 94G11 ACCUEILLE MAJORITAIREMENT DES PATIENTS SOCIALEMENT PRECARISES DANS DES ESPACES SECURISES ET PEU OUVERTS SUR L'EXTERIEUR

7.2.1 Présentation générale

Le pôle 94G11 accueille les patients domiciliés sur la commune de Vitry-sur-Seine, commune la plus importante du Val-de-Marne par sa superficie et son nombre d'habitants (environ 90 000).

La population de ce secteur est majoritairement en situation de précarité sociale, parfois sans domicile fixe, beaucoup d'entre eux souffrant également de polytoxicomanie.

Le pôle comporte deux unités d'hospitalisation. L'unité « 8A » avec dix-neuf lits plus une chambre d'isolement et une chambre d'apaisement. L'unité « 8B » avec vingt-trois lits plus une chambre d'isolement et une chambre d'apaisement. Soit un total de quarante-quatre lits (sans compter les chambres d'isolement). Le pôle dispose, par ailleurs, pour la prise en charge extrahospitalière, d'un hôpital de jour, d'un CATTP et d'un CMP disposant d'appartements thérapeutiques et proposant un accueil familial thérapeutique. La question du logement des patients en dehors des périodes d'hospitalisation est particulièrement problématique dans ce pôle.

Le service a enregistré, en 2015, 16 494 journées d'hospitalisation, soit un taux d'occupation de 102,7 %. Le médecin chef de pôle et le cadre supérieur de santé sont en fonction depuis de nombreuses années.

7.2.2 Les locaux

Les deux unités du pôle occupent le pavillon 8, l'unité d'hospitalisation 8A se situant au rez-de-chaussée et l'unité d'hospitalisation 8B à l'étage.

Les deux unités présentent globalement la même configuration, cependant l'unité 8A comporte moins de lits que l'unité 8B et ses espaces communs sont plus vastes. De plus, seule l'unité 8A dispose d'un espace extérieur et d'une salle de sport qui ne sont pas partagés avec l'unité 8B.

Ainsi, l'unité 8A comporte dix-neuf lits répartis entre 13 chambres individuelles et 3 chambres doubles et l'unité 8B comporte vingt-trois lits répartis entre 15 chambres individuelles et 5 chambres doubles. Chaque unité dispose également d'une chambre d'isolement.



Figure 24 : chambre individuelle unité 8B

Les chambres sont pourvues d'un verrou intérieur que les patients peuvent utiliser. Les soignants peuvent ouvrir la porte avec leurs clés même lorsque celle-ci a été verrouillée par le patient.

Les chambres sont dotées de placards fermant à clé. Les patients jugés en capacité peuvent conserver la clé de leur placard. Pour les autres, le placard est ouvert ou fermé par les soignants sur demande.

Les salles de bains sont, pour la plupart d'entre elles, communes à deux chambres. L'accès à la salle de bains se fait depuis les chambres par deux portes qui peuvent être verrouillées de l'intérieur.

Les portes des chambres sont pourvues d'une fenêtre vitrée que certains patients occultent, par besoin d'intimité, en y collant une feuille de papier de format A4. Cette pratique est tolérée par le personnel. La plupart des chambres disposent en plus d'une partie vitrée sur le mur contigu au couloir, pourvue de stores, permettant d'en assurer la surveillance.



Figure 25 : réfectoire unité 8B

Les parties communes des unités se composent d'une salle de télévision (deux pour l'unité 8A) et d'une grande salle commune faisant également office de salle à manger.

L'unité 8A dispose, en plus, d'un espace extérieur composé d'une terrasse en partie couverte et d'un jardin. Ce jardin est clos et isolé du reste de l'hôpital par un mur d'enceinte en béton de 2 m de hauteur, surmonté d'un grillage d'une hauteur d'1 m, incliné sur sa partie haute vers l'intérieur du jardin.

Ces murs ont été peints par les patients sur le thème des quatre saisons. Malgré ces peintures, les murs entourant le jardin donnent un aspect carcéral à l'espace ainsi délimité et apparaissent

de nature à générer un sentiment sinon d'enfermement, tout au moins de repliement et de protection vis-à-vis du reste de l'hôpital.



Figure 26 : murs entourant le jardin de l'unité 8A

Il a été précisé aux contrôleurs que ces murs ont été construits sur la demande des responsables du pôle, afin de protéger les patients de l'extérieur (soit du reste de l'hôpital) et de garantir leur intimité.

Au fond du jardin se trouve un petit bâtiment dans lequel est installée une salle de sport, accessible en présence d'une éducatrice spécialisée chargée d'y animer une activité physique.



Figure 27 : la salle de sport 94G11

L'unité 8B ne dispose pas d'accès à un jardin et les patients qui y sont accueillis ne sont pas autorisés à se rendre dans le jardin de l'unité 8A, sauf événements particuliers tels que l'organisation d'un barbecue. Il a été précisé aux contrôleurs que la mise en place d'un tel accès serait compliqué car mobiliserait le personnel soignant pour accompagner le mouvement au motif que les patients de l'unité 8B seraient contraints de sortir du pavillon et de le contourner pour accéder au jardin de l'unité 8A.

De ce fait, au jour de la visite, seuls les patients autorisés à sortir de l'unité 8B pouvaient se rendre à l'air libre.



Figure 28 : espace famille de l'unité 8B tenant lieu d'espace fumeurs

Il a été précisé aux contrôleurs que les fumeurs étaient auparavant autorisés à se rendre sur le balcon situé au bout du couloir de l'unité 8B. Cependant, un incident survenu quelques années auparavant (saut d'un patient depuis le balcon) a rendu inaccessible cet espace. Les fumeurs s'installent donc dans l'espace famille après avoir ouvert préalablement la fenêtre.

Les patients autorisés à sortir de l'unité 8B peuvent également fumer devant le pavillon, où deux bancs ont été installés.

7.2.3 Le personnel

L'ensemble du personnel est encadré par le chef de pôle et un cadre supérieur. Le pôle bénéficie de 3,7 ETP de praticiens hospitaliers, 25,6 ETP d'infirmiers, 20,6 ETP d'aides-soignants, 2,5 ETP d'assistants de service social, un ergothérapeute, un psychomotricien et 0,32 psychologue pour les deux unités.

L'équipe du pavillon 8A (dix-neuf lits) est composée d'un cadre de santé, dix infirmiers, douze aides-soignants, un éducateur spécialisé, quatre agents des services hospitaliers et deux assistants médico-administratifs.

L'équipe du pavillon 8B (vingt-trois lits) est composée d'un cadre de santé, douze infirmiers, dix aides-soignants, cinq agents des services hospitaliers et deux assistants médico-administratifs.

Il est à relever que l'ensemble des postes de praticiens hospitaliers temps pleins sont pourvus.

L'effectif de 2,5 ETP d'assistants de service social, permet un travail de recherche de place dans les structures médico-sociales en aval de l'hospitalisation.

Lors de la visite de contrôle, il a été relevé la présence d'une infirmière intérimaire. Le recours à l'intérim permet de pallier des absences fréquentes des personnels titulaires. L'arrivée de cette intérimaire dans le service semblait prévue mais les tâches confiées à cette dernière et l'organisation qui en découlait semblaient, quelque peu, improvisées.

Par ailleurs, il apparaît que l'effectif soignant réellement en poste est différent de l'effectif théorique. Les données fournies faisaient apparaître la présence de 22 aides-soignants pour 20 ETP théoriques et 22 infirmiers pour 25 ETP théoriques.

7.2.4 Les patients

Au 31 mai 2016, le pôle accueillait quarante-deux patients soit :

- dix-neuf patients au 8 A et vingt-trois au 8B ;
- neuf patients en soins sur décision du représentant de l'État

- dix-sept patients en soins à la demande d'un tiers, dont sept selon la procédure dite du péril imminent ;
- seize patients en soins libres, soit deux au 8A et quatorze au 8B ;
- le patient le plus jeune est une femme de 19 ans qui se trouve au 8B, le plus âgé, 85 ans également une femme hébergée au 8 B.

Comme dans les autres services, de nombreux patients sont originaires d'autres secteurs (44 %). Selon les disponibilités en lits et la durée prévisible d'hospitalisation, les patients sont transférés ou non, au mieux de leur prise en charge ultérieure en ambulatoire.

L'entrée en hospitalisation se fait à plus de 50 % par un nouveau passage aux urgences alors que ces patients sont connus des secteurs.

Quatorze patients présents sont des patients au long cours. Ces patients demeurent hospitalisés en raison de pathologies chroniques non stabilisées, de leur âge, de leurs antécédents judiciaires, voire de leur difficulté d'accès au logement. Ils occupent une partie des lits et laissent, peu de places disponibles dans les unités d'accueil occupée à plus de 102 %. Un travail d'orientation en aval des hospitalisations semble être conduit sans grand succès au regard des profils des patients concernés et de leur besoin d'un suivi psychiatrique.

Les différences d'âge, de statut et de pathologies des patients ne paraissent pas poser de difficultés aux soignants.

7.2.5 Le projet thérapeutique

Il n'a pas été communiqué aux contrôleurs de projet thérapeutique d'ensemble pour le pôle. La culture commune semble être la prise en charge de patients aux pathologies hétérogènes sous la forme d'une psychiatrie de type institutionnelle. Il n'a pas été fait référence à une école thérapeutique particulière mais plus à une complémentarité des approches des membres de l'équipe.

Le cadre supérieur et le chef de pôle sont très présents dans leurs services et assurent une continuité institutionnelle et de référence professionnelle qui semble appréciée par l'équipe en place.

Une dizaine de patients sont des patients au long cours. Bien connus des équipes, leurs hospitalisations régulières permettent de retrouver un lien thérapeutique qui n'a pu être maintenu en ambulatoire souvent du fait de conditions sociales problématiques.

L'ensemble des activités à caractère thérapeutique (ergothérapie, psychomotricité, entretien psychologique) se fait sur prescription médicale. Le suivi des séances est tracé sur le dossier informatisé. Les observations utiles sont échangées lors des réunions de synthèse.

7.2.6 La vie quotidienne

Des règles de vie ont été élaborées pour les deux unités mais ne correspondaient plus, au jour de la visite, aux règles réellement appliquées au sein du pôle.

Les unités du pôle sont toutes deux **fermées**.

Les patients peuvent être autorisés à sortir de l'unité sur prescription médicale, certains patients admis en soins libres n'étant pas autorisés à se rendre à l'extérieur sans accompagnement.

Il a été précisé aux contrôleurs que les sorties de l'unité étaient progressives : après un essai d'une heure le matin et d'une heure l'après-midi, le patient pouvait être autorisé à sortir toute la matinée et tout l'après-midi, à condition qu'il soit présent aux heures des repas.

Les chambres sont ouvertes toute la journée, sauf une partie de la matinée lorsque le ménage y est fait, et laissées à la libre disposition des patients.

Les restrictions aux libertés des patients (port de vêtements personnels, sortie de l'unité, détention de la clé du placard, accès au téléphone, visites) ainsi que l'accès aux activités thérapeutiques sont toutes prescrites médicalement. Au jour de la visite, neuf patients sur les quarante-deux accueillis dans les deux unités recevaient régulièrement des visites et vingt-trois étaient inscrits aux activités.

Les contrôleurs ont pu constater que le port du pyjama n'était pas réservé aux seuls patients placés dans les chambres d'isolement. Au jour de la visite au moins trois patients déambulaient dans le service en pyjama. Il a été indiqué aux contrôleurs que le port du pyjama hors de la chambre d'isolement serait destiné à prévenir les fugues, néanmoins, les soignants rencontrés par les contrôleurs ont tous admis que le port du pyjama n'empêchait pas les fugues, un patient s'étant déjà enfui de l'unité en pyjama, en montant sur le toit.

Recommandation

Au sein du pôle 94G11, une réflexion devrait être menée sur la prescription du port du pyjama en dehors de la chambre d'isolement, cette pratique, par nature très attentatoire à la dignité des patients devant répondre à des objectifs de prise en charge clairement définis et à l'efficacité démontrée

Les activités thérapeutiques sont communes aux deux unités. Le pôle dispose, au sous-sol du pavillon 8 d'une grande salle d'activité lumineuse regroupant les travaux des ateliers réparation, décoration, peinture, jardinage, cuir, mosaïque, poterie et musique.



Figure 29 : pole 94G11 salle d'ergothérapie

Se trouve également au sous-sol une petite bibliothèque à disposition des patients pour l'emprunt de livres.



Figure 30 : pôle 94G11 la bibliothèque

Le pôle dispose également d'un jardin thérapeutique, situé à une trentaine de mètres du pavillon 8, non fermé. Ce jardin est entretenu par les patients des deux unités qui s'y rendent, par groupe de dix et accompagnés d'un ergothérapeute, tous les vendredis ainsi que le lundi lorsque la météo le permet. Les patients y prennent notamment le thé.



Figure 31 : pôle 94G11 jardin thérapeutique

Les patients de l'unité 8A peuvent également accéder à la salle de sport aménagée dans le jardin, accompagnés d'une éducatrice spécialisée.

A côté des activités organisées sur place, les patients peuvent également bénéficier de sorties, notamment culturelles. Ainsi, toutes les six semaines environ sont organisées des sorties au cinéma. Cinq patients du pôle ont également pu bénéficier d'un séjour thérapeutique en Isère d'une durée de sept jours au mois de mai 2016.

Il a cependant été précisé aux contrôleurs que depuis la mise en place du plan « Vigipirate Alerte Attentats » renforcé, les patients n'étaient plus autorisés à se rendre dans les grands musées et les grandes salles de cinéma, ce qui tend à limiter les sorties à l'extérieur.

7.3 LE POLE 94G13, UN POLE VILLE A PROXIMITE DES PATIENTS QUI PROPOSE UNE PRISE EN CHARGE TRES REFERMEE VIS-A-VIS DE L'EXTERIEUR

7.3.1 Présentation générale

Le pôle/secteur 94G13 qui recouvre la commune de Villejuif (55.923 habitants) est un secteur de psychiatrie générale et polyvalent qualifié de taille modeste. Il comporte un centre médico-psychologique, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et deux unités d'hospitalisation à temps complet de quinze lits chacune. Il est animé par une équipe médicale expérimentée appartenant à la même génération. Vis-à-vis de malades souvent chroniques la pérennité des équipes est considérée comme un atout car celle-ci est porteuse d'une histoire.

Les deux unités sont **fermées** en permanence : les patients n'ont pas la possibilité d'aller et venir à l'extérieur quel que soit leur mode d'hospitalisation libre ou contraint.

7.3.2 Les locaux

Le secteur qui comprend trente lits doit être prochainement complété par une unité de quinze lits qui devrait accueillir les patients de l'Haÿ-les-Roses. Il est actuellement installé dans deux pavillons le 26 EST et le 23.



Figure 32 : pôle 94G13 l'entrée du pavillon

Les deux pavillons bien que voisins ne communiquent pas. Chacun d'eux s'ouvre sur un parc privatif spacieux et agréable mais fermé par un solide grillage qui ne permet pas d'accéder au reste de l'hôpital.



Figure 33 : pôle 94G13 le jardin du pavillon

Au rez-de-chaussée des pavillons, une salle de réfectoire s'ouvre sur un office, un salon de télévision (austère et exigü pour le nombre de patients) et une salle « informatique » ouverte le

matin et l'après-midi. Au milieu de ces locaux collectifs, un emplacement permet le réchauffement des repas. Ce système se révèle bruyant au moment des repas.

Les chambres du pavillon 26 sont réparties sur deux étages : les onze chambres sont individuelles au rez-de-chaussée mais à l'étage il existe deux ensembles de deux chambres à deux lits ouvrant chacun sur une salle de bains commune. La moitié des chambres est équipée de douche. Ces chambres sont propres mais sans décoration et globalement austères.

Le pavillon 23 est de présentation plus agréable avec des chambres plus modernes : trois chambres de 15 m² sont individuelles et six sont doubles. La moitié d'entre elles sont équipées de douche. Une salle de bains avec baignoire est accessible aux patients. Deux chambres ne disposent pas de WC à l'intérieur. Les chambres sont équipées d'une table avec une chaise ; chaque patient dispose d'une table de nuit et d'un placard individuel à fermeture dont la clé est conservée dans le local infirmier car chaque clé permet d'ouvrir plusieurs placards.

Les patients ne peuvent fermer leur chambre de l'intérieur en l'absence de loquet.

L'éclairage est assuré par un globe lumineux au plafond et un tube de néon au-dessus du lit. Une veilleuse assure un éclairage partiel de la chambre la nuit.

Les fenêtres équipées de voilage peuvent être ouvertes entièrement car un deuxième verre de sécurité laisse passer l'air et la lumière sans permettre de sortir.

7.3.3 Le personnel

L'équipe médicale comprend un chef de service et, au pavillon 26, un praticien, un interne et un assistant (le poste est actuellement vacant mais un professionnel devrait arriver en novembre) et au pavillon 23 deux praticiens hospitaliers exerçant à mi-temps sur le site ainsi qu'un interne.

Le service est prévu avec les effectifs suivants :

- deux infirmiers (IDE) et deux aides-soignants pour chacune des équipes du matin et de l'après-midi ;
- un infirmier et un aide-soignant pour la nuit.

Il a été constaté que la présence effective était parfois réduite de moitié en journée. Des patients qui sont régulièrement hospitalisés ont indiqué aux contrôleurs qu'ils constataient, avec le temps, une dégradation de la qualité du service : la durée des entretiens médicaux serait désormais plus réduite (dix minutes seulement). La réduction du nombre d'infirmières aurait entraîné une sur-médication.

Ces propos n'ont pas été contredits par les professionnels de santé entendus qui ont indiqué avoir des difficultés à déposer leurs congés dans ce contexte de sous-effectif.

7.3.4 Les patients

Au 31 mai 2016, le pôle accueillait vingt-huit patients soit :

- quinze hommes et treize femmes ;
- quatre patients soit trois hommes et une femme en soins sur décision du représentant de l'État ;
- douze patients en soins à la demande d'un tiers, soit huit hommes et quatre femmes ;
- douze patients en soins libres, quatre hommes et huit femmes ;
- le patient le plus jeune a 22 ans et il se trouve au pavillon 23, les plus âgés, 67 ans, un dans chaque pavillon

- la plus longue durée d’hospitalisation est celle d’un homme se trouvant au pavillon 23, admis en soins libres depuis 323 jours.

La file active intra-hospitalière du secteur est de 388 patients : le taux d’occupation a été de 100,2 % en 2014 et de 98,9 % en 2015. Ce taux d’occupation des chambres très élevé suppose que soit régulièrement utilisé le lit « administratif » c’est-à-dire le lit laissé vacant par un patient placé en chambre d’isolement.

Plus de 40 % des patients admis ne dépendent pas géographiquement du secteur de Villejuif, ce qui oblige à procéder à des transferts fréquents. De nombreux patients sont des consommateurs de toxiques avec une co-morbidité, somatique et psychiatrique.

Pour autant, la réduction sensible du nombre de lits dans l’hôpital se traduit par une forte pression pour renvoyer les malades au plus tôt à leur domicile même si la situation clinique du malade peut être considérée comme instable au moment du départ.

La durée moyenne d’hospitalisation est de vingt-sept jours.

7.3.5 Le projet thérapeutique

Bien que l’équipe médicale expérimentée et attentive s’interroge sur la pertinence d’un projet thérapeutique global alors que la situation des malades appelle des réponses adaptées et évolutives, des pratiques communes se dégagent des comportements des équipes soignantes.

Les deux pavillons sont « fermés » vis-à-vis de l’extérieur. Le respect de la liberté individuelle comme élément constitutif des protocoles de soins se traduit par une grande liberté d’aller et de venir mais au sein de chaque unité. Dans chaque pavillon la circulation des patients est libre. Ils peuvent, en présence d’un soignant et pendant les heures de journée, accéder au parc privatif grillagé.

7.3.6 La vie quotidienne

Au sein des deux pavillons le principe de vie est celui de la liberté d’aller et de venir. Cependant, les portes des chambres sont fermées à partir de 9h après le petit déjeuner : elles sont de nouveau accessibles entre 12h30 et 16h puis à nouveau fermées entre 16h et 18h. Lorsqu’un soignant est présent, l’accès à chaque jardin privatif est libre. Les malades ne restent pas dans leurs lits. Ils sont normalement incités à se doucher, s’habiller et à participer à la vie collective. Les repas livrés en conteneurs à partir d’une cuisine centrale sont pris en commun sauf pour les malades en chambre d’isolement qui ne retrouve que progressivement la convivialité.

La forte utilisation de la ligne téléphonique du service ne permet pas aux patients de recevoir des appels de l’extérieur.

Les patients peuvent conserver les téléphones portables classiques qui ne permettent pas de prendre des photos. En revanche les « smartphones » sont retirés – pour éviter les enregistrements vidéo et remis ponctuellement à la demande aux patients.

L’unité 23 ne dispose pas de salon d’accueil des familles : ces dernières sont reçues dans une salle d’attente non fermée qui n’assure ni intimité, ni confidentialité. La majorité des patients reçoivent des visites.

7.3.7 Les activités

Le service dispose d’un atelier d’ergothérapie commun aux deux pavillons. Il est accueillant, animé par deux agents et offre une grande diversité de thèmes d’activités mais l’espace est insuffisant et tous les projets, pour des raisons budgétaires ou matérielles, ne peuvent être conduits.

Il n'a pas été communiqué de suivi des activités pour les patients. La participation à des jeux de société constitue l'activité essentielle des patients. Les sorties extérieures sont très réduites, une fois par mois au maximum ou au bowling

7.4 LE POLE 94G14 : UN POLE EN VOIE DE SUPPRESSION AVEC DES UNITES D'HOSPITALISATION GLOBALEMENT BIENVEILLANTES ET BIEN TRAITANTES MAIS RESTRICTIVES SUR LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR

Le pôle/secteur 94G14 recouvre les trois communes du Kremlin-Bicêtre, de Chevilly-Larue et de l'Haÿ-Les-Roses soit une population de 75 237habitants. Il comporte en extrahospitalier deux CMP et un CATTp et, en intrahospitalier, deux unités d'hospitalisation (7A et 7B dans le pavillon 7) ainsi que des locaux d'ergothérapie et de psychomotricité.

Un redécoupage de l'organisation sectorielle, décidée en octobre 2014, conduira à la suppression du pôle à la fin de l'année : les pôles 13, 15 et 17 du Val-de-Marne intégreront respectivement les communes de l'Haÿ-Les-Roses, Kremlin-Bicêtre, de Chevilly-Larue.

Les personnels des unités d'hospitalisation du pôle sont en voie de réaffectation de même que les malades chroniques qui y sont accueillis. Quant au bâtiment d'hospitalisation, il devrait être investi « provisoirement » par le secteur 94G10.

En dépit d'une procédure mise en place par la direction des soins de l'établissement pour accompagner les personnels, un certain flou subsistait encore au moment de la mission sur l'organisation effective des transferts, notamment afin d'assurer notamment la continuité des prises en charge des patients : selon certains agents, certains malades, au courant de l'opération, commencent à poser des questions.

7.4.1 Les locaux

a) Les unités d'hospitalisation 7A et 7B

Les deux unités d'hospitalisation du pôle, présentant strictement la même configuration architecturale, les mêmes surfaces et les mêmes capacités (dix-sept chambres, une chambre d'isolement et une chambre « médicalisée »), seront décrites globalement, les seules différences d'installation étant signalées.

Le pavillon 7 qui les abrite comporte un étage, l'unité A étant installée au rez-de-chaussée, l'unité B au premier étage. L'accès à cette dernière s'opère par un escalier extérieur. Une sonnette à la porte d'entrée, **fermée** en permanence, avertit à l'étage l'équipe de la présence de visiteurs : l'ouverture exige qu'un soignant descende ouvrir avec son jeu de clés sans d'ailleurs qu'il puisse être informé de la nature de la visite, aucune caméra ni aucun interphone ne reliant l'entrée à l'unité.

Par ailleurs, un ascenseur intérieur dessert l'unité B depuis l'unité A, permettant une accessibilité de l'étage aux personnes à mobilité réduite. Les deux unités disposent chacune d'un grand jardin isolé du reste du parc par un haut grillage de fer, « arboré » dans certaines de ses parties : celui de l'unité 7A est très fleuri. Un petit auvent protège une partie des jardins de la pluie.

Les locaux hospitaliers, rénovés il y a six ans, sont propres, bien entretenus, et clairs. Ils présentent les caractéristiques suivantes.



Figure 34 : pôle 94G14 chambre individuelle

Les espaces collectifs (salle de détente- plus de 16 m²- et salle à manger-plus de 37 m²-) sont distribués de part et d'autre du hall d'entrée (un peu plus de 29 m²) où sont installés un baby-foot et dans l'unité 7B, un vélo d'appartement : fort apprécié des patients, le jour de la visite, il fonctionnait mais n'avait plus de piles et donc plus d'affichage des paramètres de course. Ces espaces communs qui jouent le rôle de « place du village » apparaissent relativement exigus aux moments de la journée où y est présent l'ensemble des patients, notamment lorsque les chambres sont fermées pour le ménage du matin.

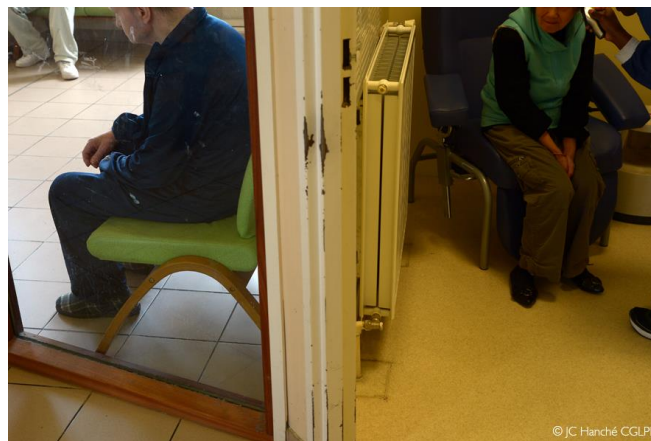


Figure 35 : pôle 94G14, dans les espaces communs

La pièce de détente et la salle à manger, décorée et meublée de petites tables où se placent librement les patients, disposent chacune d'un poste de télévision dont la télécommande est à disposition : des jeux y sont également accessibles. Un office qui débouche sur la salle à manger permet de réchauffer les plats qui arrivent de la cuisine centrale.

Les chambres sont distribuées de part et d'autre de deux couloirs qui partent du hall d'entrée. Celles pouvant héberger deux patients sont majoritaires (sept sur dix dans chacune des unités) : spacieuses (entre 13,55 m² pour les plus petites, 15,98 m² pour les plus grandes), elles disposent toutes d'une douche, d'un WC et de deux lavabos : la répartition des patients dans les chambres doubles fait l'objet d'une grande attention de la part des soignants. Les malades interrogés par les contrôleurs n'y voyaient pas seulement une contrainte mais aussi certains avantages de compagnie. Les chambres individuelles (de 11,64 m² à 13 m²) sont également dotées d'un local sanitaire avec douche, à l'exception d'une chambre par étage pourvue d'une baignoire. Les portes en bois comportent un fenestron, opacifié par un film pour préserver l'intimité des patients.

Peintes en bleu, claires, les pièces sont équipées de meubles identiques et en bon état : lit, table de chevet, table avec chaise dans les chambres à deux. Des placards de rangement, dont les patients ont la clé sur prescription du médecin (cf. *infra*) sont intégrés aux murs.

Les chambres, dites médicalisées (une par unité), sont meublées en tout et pour tout d'un lit, et permettent l'accueil de personnes à mobilité réduite, les accès plus larges autorisant la circulation d'un fauteuil roulant et l'entrée dans la salle de bains. Ces chambres ne tiennent pas lieu de chambre d'isolement mais sont réservées à des personnes plus fragiles. Pour cette raison, elles sont, comme la chambre d'isolement et les chambres individuelles, situées dans une aile « courte », à proximité des locaux infirmiers. Les chambres d'isolement (une par unité) sont décrites au point 5.

b) Les locaux destinés au personnel

Les locaux destinés au personnel apparaissent, pour certains, peu fonctionnels. Si les bureaux des médecins (trois par unité) et la salle de réunion de chaque unité sont bien adaptés, il n'est pas de même des locaux utilisés par les soignants. Les pièces où sont conservés, préparés et théoriquement distribués les médicaments, situées dans un angle du hall d'entrée, est exigüe (un peu plus de 10 m²) et ne permettent pas la confidentialité de la distribution : celle-ci s'effectue avant chaque repas, chariot en travers de la porte ouverte et patients dans le couloir. Dépourvu de fenêtre, le local a dû être climatisé car il était étouffant en été. La salle de soins a la même petite surface et le bureau des infirmiers, situé dans l'aile « courte » des unités, fermé par une porte pleine avec fenestron, ne permet pas de surveiller les malades qui se tiennent dans les espaces communs.

c) Les locaux d'ergothérapie et de psychomotricité

Les locaux d'ergothérapie du pôle sont situés dans le pavillon Nord, à cinq minutes du pavillon 7 d'hospitalisation : si cette distance, parcourue par les patients accompagnés le plus souvent des ergothérapeutes ou de la psychomotricienne, est une contrainte pour les personnels et certains patients, elle permet à ces derniers de sortir des unités fermées : le trajet « thérapeutique » permet en outre des échanges soignants-soignés.

Installés dans une vieille maison bourgeoise sur un étage, primitivement utilisée comme appartement de fonction, les locaux se composent au rez-de-chaussée d'une grande pièce servant de salle de gymnastique et de psychomotricité. Au premier étage desservi par un étroit escalier de bois (sans accessibilité aux personnes à mobilité réduite), se trouvent deux grandes pièces d'activités manuelles (peinture, céramique, terre, etc.), une cuisine qui permet une activité pâtisserie, une salle dite de musique qui accueille l'atelier hebdomadaire dit « d'actualité » (discussion sur un thème d'actualité), ainsi que le bureau des professionnels et un WC.

L'ensemble, hétéroclite, plutôt encombré, assez vétuste, dégage une atmosphère « familiale », conviviale et chaleureuse.

7.4.2 Le personnel

Le pôle bénéficie de 2,55 ETP de praticiens hospitaliers, 1 ETP d'assistant, 0,5 ETP de médecin généraliste, 0,75 ETP de psychiatrie âge avancé, 2 ETP de cadres de santé, 22 ETP d'infirmiers, 20 ETP d'aides-soignants, 8 ETP d'ASH, 2 ETP d'assistants de service social, 3 ETP d'ergothérapeutes, 3 assistants médico-administratifs, un psychomotricien.

Les données fournies font apparaître que tous les postes sont pourvus.

L'organisation du pôle présente plusieurs aspects spécifiques.

Les six médecins psychiatres du pôle (sept avec le chef de pôle) sont mutualisés sur les deux unités et assurent la prise en charge intra et extrahospitalière des patients du secteur dont ils sont référents. Cette organisation permet aux heures ouvrées de la semaine d'assurer une permanence des soins dans les unités.

La mutualisation entre les unités concerne également les ergothérapeutes, la psychomotricienne et la psychologue qui, comme les médecins, ont un rôle extra et intra- hospitalier.

Les soignants, exclusivement dédiés à l'hospitalisation, sont organisés en trois équipes (7h36 : 6h45-14h21, 13h39-21h25, 21h-7h), les tuilages entre les équipes étant relativement courts : les transmissions s'effectuent sur la base d'une fiche dans l'unité B et oralement dans l'unité A. Les effectifs prévus le jour sont de quatre infirmiers et de quatre aides-soignants ; les effectifs dits de sécurité sont de deux infirmiers et deux aides-soignants, effectif prévu également pour l'équipe de nuit. Il n'y a pas de volant de remplacement : en cas d'absence, il est fait appel à des vacataires (ce qui était le cas au moment de la visite), à la solidarité entre les unités ou au renfort des cadres de santé.

La particularité du pôle est de disposer d'infirmiers en nombre presque égal aux aides-soignants : cette spécificité a été voulue et négociée il y a longtemps par le cadre supérieur de santé du pôle. La présence d'aides-soignants, en majorité des hommes, permet une meilleure sécurité des équipes infirmières, en majorité des femmes, face à des patients difficiles.

7.4.3 Les patients

Au 31 mai 2016, le pôle accueillait trente patients soit :

- seize hommes et quatorze femmes ;
- seize patients au 7A et quatorze au 7B ;
- quatre hommes en soins sur décision du représentant de l'État (dont deux à la suite d'une décision judiciaire) ;
- onze patients en soins à la demande d'un tiers, soit six hommes et cinq femmes ;
- quinze patients en soins libres, six hommes et neuf femmes ;
- le patient le plus jeune a 19 ans et il se trouve au 7A, le plus âgé, 76 ans se trouve au 7B ;
- la plus longue durée d'hospitalisation est celle d'un homme hébergé au 7A, 5 ans et 303 jours, hospitalisation en SDRE ;;

Les unités d'admission du pôle 94G14 sont mixtes (patients hommes et femmes) et accueillent indifféremment des patients sous différents statuts d'hospitalisation. Le jour choisi pour l'observation par les contrôleurs, l'unité A accueillait une majorité de patients en soins libres et l'unité B, une minorité.

Au-delà de l'hospitalisation stricte, quatre patients en SDRE de l'unité A et autant de l'unité B étaient en programme de soins et non hospitalisés : sept patients de l'unité A en SDT faisaient également l'objet de tels programmes et six patients de l'unité B.

Deux profils de patients se dégagent : les patients en période de crise dont la durée de séjour est relativement brève et les patients au long cours.

Les patients « actifs » accueillis dans les unités 7 A et B n'appartiennent pas tous au secteur G14, ce problème étant commun à toutes les unités. Ainsi, sur les admissions effectuées par les deux unités du 23 mai au 14 juin, sept patients étaient du secteur 14, dix provenaient d'autres secteurs : trois personnes du secteur G14 étaient par ailleurs accueillies dans les unités des autres

secteurs. Si les patients hors secteur sont « rendus » à leurs unités dans les deux ou trois jours qui suivent, certains peuvent rester assez longtemps dans l'unité ne correspondant pas à leur secteur en raison de l'encombrement des services de rattachement.

Les patients au long cours représentaient près d'un tiers des présents dans les unités lors de la visite des contrôleurs. Paradoxalement, lors de la visite, les différences d'âge, de statut et de pathologies des patients ne sont pas apparues comme problématiques ni pour les soignants qui trouvent un équilibre de charge entre les deux formes d'hospitalisation ni pour les patients qui se sont exprimés.

Le taux d'occupation est supérieur à 100 % (en raison de l'hébergement dans la chambre d'isolement) :: les jours de visite des contrôleurs, l'ensemble des lits des unités étaient occupés, y compris la chambre d'isolement dans l'unité A.

7.4.4 Le projet thérapeutique

Si le projet de service du pôle n'a pas été formalisé, formulé par le chef de pôle, il peut s'exprimer en trois qualificatifs : pluridisciplinaire, individualisé dans les projets de soins, centré sur l'extrahospitalier.

a) La prise en charge médicale

Les projets de soins sont à l'initiative des médecins mais dans une dimension relativement pluridisciplinaire. Au-delà de l'admission qui peut être faite par tout médecin présent, les patients ont un médecin référent qui les suivra en extrahospitalier s'ils sont du secteur G14. Les patients voient leur médecin une fois par semaine pour les patients au long cours et au minimum deux fois pour les autres. Les patients peuvent demander à changer de médecin, ce qui est rare mais pratiqué chaque fois que cela est possible.

Les prises en charge font appel au médecin généraliste au moment de l'admission et chaque fois que cela est nécessaire, ainsi qu'aux autres spécialités médicales disponibles dans l'établissement. Selon les informations recueillies, l'équipe de liaison en charge des addictions peut intervenir pour les patients concernés mais cette intervention n'est pas tracée dans le dossier médical informatisé en raison des contraintes du logiciel CIMAISE. Selon les informations recueillies, des substituts nicotiques sont proposés en chambre d'isolement quand une addiction au tabac est signalée et que l'état du patient permet ce signalement.

Les restrictions (port de vêtements personnels, accès au parc seul, avec les soignants ou la famille, clé du placard, téléphone, visites) sont prescrites médicalement. Le jour de la visite des contrôleurs, une observation anonymisée dans l'unité A, montrait que tous les patients hors ceux placés en chambre d'isolement et en chambre médicalisée, avaient accès au téléphone, droit à leurs vêtements personnels (les mises en pyjama peuvent intervenir à l'arrivée du patient mais elles sont courtes), à la clé du placard de leur chambre : en revanche les autorisations de sortie d'un patient seul dans le parc ne concernaient que cinq patients sur dix-sept (neuf patients étaient admis en soins libres). Dans l'unité B, quatre patients sur treize avaient une autorisation de sortie dont un seul patient en soins libres sur les quatre présents.

b) La prise en charge soignante

Les entretiens d'admission des personnes admises sur décision du représentant de l'Etat s'effectuent avec un soignant qui remettra le livret d'accueil et installera le patient dans sa chambre. Il n'existe pas d'infirmier référent compte tenu des contraintes d'organisation du service.

Si peu d'activités semblent prises en charge par les soignants durant la semaine, le jour de la visite, un barbecue avec participation des patients était organisé dans le pavillon d'hospitalisation. Un petit budget spécifique par patient qui concerne également les activités d'ergothérapie (cf. *infra*) est prévu pour de telles occasions. La réunion soignants-soignés organisée par les ergothérapeutes le mercredi à 13h30 se tient au moment des transmissions des équipes infirmières, ce qui ne leur permet pas d'y assister fréquemment.

c) Les activités d'ergothérapie et de psychomotricité et les spectacles

Les activités d'ergothérapie et de psychomotricité sont nombreuses (de deux à quatre activités par jour) diversifiées (entretiens individuels, ateliers danse, peinture, activités manuelles, esthétiques) et accessibles sur prescription médicale. Elles s'enrichissent une fois par mois de sorties au théâtre, au cinéma ou dans les parcs mais aussi ponctuellement d'activités, organisées à la cafétéria (karaoke, cinéma) par une association : les patients y sont conduits par les ergothérapeutes et les soignants. Selon les informations recueillies, elles concerneraient environ un tiers des patients hospitalisés.

d) Les réunions d'équipes

Des *staffs* journaliers organisés tous les matins dans chaque unité permettent les échanges entre les médecins, soignants, ergothérapeutes et secrétaires sur les besoins des patients. Un *staff* clinique réunit tous les quinze jours dans chaque unité et pendant une heure les équipes autour des situations des patients.

7.4.5 Vie quotidienne

Le règlement intérieur de l'unité est calqué sur celui de l'établissement pour ce qui est des horaires des repas et de visite notamment.

Il convient de noter quelques spécificités :

- les chambres sont ouvertes et accessibles dans la journée sauf le matin pour faciliter le ménage ;
- les accès au jardin clos des unités y compris pour les malades en soins libres, ne sont pas facilités par la contrainte des étages et la nécessité de disposer d'un soignant pour ouvrir les portes : au-delà le règlement de l'unité prévoit que les sorties dans la cour s'effectuent sous la surveillance des soignants. Certains malades rencontrés se sont plaints de cet « enfermement » pesant. Au total, tant en raison des contraintes architecturales que du règlement intérieur et des pratiques, les deux unités sont **fermées**.

Au total, les restrictions importantes à la liberté d'aller et venir dans les unités dont le poids est ressenti par les patients et qui sont tout à la fois la conséquence de contraintes architecturales mais aussi de pratiques sécuritaires, n'obèrent pas un climat de confiance et de bienveillance dont les patients se sont fait également l'expression lors de la visite et ceci en dépit des incertitudes liées à la suppression du pôle.

7.5 LE POLE 94G15 A FAIT LE CHOIX D'UNE UNITE FERMEE ET D'UNE UNITE OUVERTE. SES LOCAUX VONT FAIRE L'OBJET D'UNE REFONTE GLOBALE.

7.5.1 Présentation générale

Le secteur 94G15 couvre les communes d'Arcueil, de Cachan et de Gentilly soit une population de 65 000 habitants, chiffre qui doit être fortement augmenté dans le cadre des réorganisations futures du centre hospitalier, ; une refonte des locaux d'hospitalisation est aussi prévue.

Un tiers des patients n'appartiennent pas à la zone géographique. Une majorité d'entre eux sont des personnes socialement très précarisées, ce qui pose de lourdes difficultés d'hébergement à la sortie de l'hôpital.

Le règlement intérieur a été refait en 2011. Il est remis systématiquement aux patients et est affiché dans le service et dans les chambres.

Le taux d'occupation est très élevé supérieur à 100 % (105 % en 2015). Il y a même eu des lits supplémentaires dits « à roulettes » au cours de l'année 2015.

7.5.2 Locaux

Le service est composé de deux unités 5151 et 5152 l'une **ouverte**, l'autre **fermée**, correspondant aux pavillons 10 et 12 de l'hôpital. Rénové en 2011, c'est un ensemble de trente-trois lits auquel s'ajoutent une chambre d'isolement et une « chambre d'apaisement » .

Les chambres sont pour partie à deux lits : six sur dix pour l'unité 5151, cinq sur douze pour l'unité 5152. La plupart de ces chambres comportent des douches. Les chambres sont claires et vastes, et les patients disposent de placards personnels fermant à clé. Les chambres peuvent être fermées de l'intérieur grâce à une molette.



Figure 36 : pôle 94G15, la chambre d'apaisement

Chacune des unités dispose d'un salon avec télévision et d'une salle collective pour prendre les repas qui donne sur le jardin.

L'unité ouverte, comme l'unité fermée, s'ouvrent sur des parcs privatifs et grillagés. Pour sa part, l'unité fermée dispose d'un petit enclos très protégé qui permet aux patients de sortir fumer sans risque alors que dans l'autre unité la liberté d'aller et de venir dans le parc est plus large.

Pour autant, les deux unités restent **fermées sur l'extérieur de l'hôpital** et les accès sont sous une stricte surveillance de 9h à 19h.

Le couloir central du pavillon 10 s'ouvre sur une grande salle d'activités, particulièrement bien aménagée.

7.5.3 Le personnel

Sont affectés à ce service deux praticiens hospitaliers, un assistant spécialiste et un praticien contractuel. Trois internes et un généraliste à temps partiel complètent l'équipe médicale.

Trois cadres de santé, dont un cadre supérieur, vingt infirmiers et sept ASH constituent l'équipe de soignants, dont le travail est facilité par trois assistants médicaux, une assistante sociale et, à temps partiel un agent socio-éducatif.

En service normal le personnel soignant de chaque unité est constitué par un infirmier diplômé d'Etat et deux aides-soignants.

7.5.4 Les patients

Au 31 mai 2016, le pôle accueillait trente-six patients soit :

- dix-huit hommes et dix-huit femmes ;
- un homme en soins sur décision du représentant de l'État dans l'unité 5152 ;
- seize patients en soins à la demande d'un tiers, soit six hommes et dix femmes ;
- dix-neuf patients en soins libres, dix hommes et neuf femmes ;
- le patient le plus jeune a 22 ans et il se trouve en soins libres au 5151, le plus âgé, 80 ans se trouve en SDT au 5152 ;
- la plus longue durée d'hospitalisation est celle d'un homme se trouvant au 5151, en soins libres, 14 ans et 204 jours.

Les patients sont majoritairement en soins libres dans l'unité 5151 (quinze sur dix-huit) mais à l'inverse le plus souvent sous contrainte dans l'unité 5152 (quatorze sur dix-huit). Dans l'ensemble peu d'autorisations de sortie non accompagnées étaient accordées (quatre). Ces différences se retrouvaient dans le régime des visites et celui des activités : peu de visites et peu d'activités en 5151, près de la moitié des patients reçoivent des visites et ont des activités en 5152.

Ainsi, les patients de la seconde unité dont les durées de séjour sont très sensiblement plus longues et dont l'âge est nettement plus élevé trouvent dans l'établissement un « régime de vie » globalement amélioré.

Dans les deux unités l'information des patients sur leurs droits leur est donnée à l'arrivée par le personnel sans que cette tâche ne soit affectée à un responsable en particulier ; si nécessaire, les médecins contribuent à expliquer la situation. Un dossier est remis à chaque patient ; il comporte notamment le guide d'accueil où l'on peut retrouver les informations nécessaires à d'éventuels recours. Le sujet ne pose apparemment pas de question.

7.5.5 Vie quotidienne

Les malades doivent être habillés avec leurs vêtements personnels sauf lorsqu'ils sont à l'isolement où ils doivent utiliser un pyjama. Ils peuvent conserver leurs portables mais le règlement intérieur rappelle l'interdiction de filmer à l'intérieur de l'établissement les malades ou les soignants.

L'accès à l'informatique est interdit sauf en atelier ou au travers des smartphones.

7.5.6 Activités

Le service dispose d'une superbe salle d'activités où est développée une remarquable activité de peinture qui permet à des patients de préparer des expositions. Cette « art-thérapie » joue un rôle important dans la démarche de soins comme dans l'atmosphère sereine du service.



Figure 37 : pôle 94G15, la salle d'art-thérapie

7.6 LE POLE 94G17 POSE COMME PRINCIPE L'OUVERTURE DES UNITES, LA LIBRE DISPONIBILITE DES TELEPHONES OU ORDINATEURS ET L'INTERDICTION DES MESURES DE CONTENTION PHYSIQUE

Le pôle/secteur 94G17 recouvre les communes de Thiais, Fresnes, Rungis et bientôt Chevilly-Larue soit un total de 61 281 habitants. Il comporte en extra hospitalier deux CMP (L'Haÿ-les-Roses et Kremlin-Bicêtre), un CATTP à Chevilly-Larue.

Au sein du GHPG, le pôle possède deux services le pavillon 17A au rez-de-chaussée et 17B à l'étage installés dans un bâtiment ancien, attenant au pôle 94G10.

Note du directeur dans son courrier du 31 janvier 2017 : *Ces deux unités sont ciblées en priorité dans le cadre des opérations de réhabilitation/reconstruction prévues au schéma directeur immobilier de l'établissement²².*

Ces deux unités ont vocation à changer de locaux au mois d'octobre 2016.

Les activités sont proposées aux patients des deux services par un centre thérapeutique de jour, installé au rez-de-chaussée d'un bâtiment proche où se trouvent également les locaux administratifs du pôle.

Les pavillons 17A et 17B sont des unités **ouvertes** qui reçoivent indistinctement les mêmes patients et fonctionnent selon les mêmes règles.

7.6.1 Les locaux

Le pavillon 17A donne sur un jardin librement accessible par un portillon. La porte sur jardin est ouverte en journée (fermeture de 23h à 7h) ; elle peut être cependant être fermée provisoirement le temps d'évaluation d'un entrant ; de même, en cas de présence d'un patient présentant un risque de fugue, le portillon peut être momentanément fermé.

Le pavillon 17B, situé à l'étage, est accessible par un escalier situé à l'arrière du bâtiment, utilisé par les patients pour se rendre dans le parc de l'hôpital ou dans le jardin de l'unité A en contournant le bâtiment. Cette unité peut être fermée mais uniquement dans le cas où plus de quatre patients à risque y sont hébergés, ce qui est rare ; sinon ces patients sont hébergés dans une des chambres du « petit côté ».

²² Rajout effectué à la demande du chef d'établissement à la suite de la lecture du rapport de constat (cf. § 1)



Figure 38 : pôle 94G17 le pavillon des unités 17A et 17B

Chaque unité comprend seize lits plus une chambre d'isolement. Les chambres sont réparties de part et d'autre de la salle de vie commune utilisée pour les repas et les activités et disposant d'un coin télévision.

D'un côté se trouve la majeure partie des chambres individuelles ou doubles, réparties par bloc de deux chambres avec sanitaires communs, la blanchisserie, des bureaux, une salle de bains commune.

De l'autre, le « petit côté », héberge la chambre d'isolement, des chambres dites médicalisées (une au pavillon A – trois au pavillon B), salle de soins, bureau médical, deux toilettes (pour le personnel et les patients). Ce « petit côté » peut être fermé et les chambres sont réservées aux patients nécessitant d'être un temps sinon isolés du moins séparés des autres.

Si la chambre d'isolement dispose d'une douche et d'un WC, ce n'est pas le cas des chambres dites médicalisées dans lesquelles n'existe qu'un lavabo enfermé dans un placard ; seule la chambre d'isolement est équipée d'un bouton d'appel.

Les chambres sont ouvertes, sans possibilités de fermeture par les patients. Elles disposent toutes d'un placard fermant à clé laissée à disposition du patient sauf restriction au cas par cas.

Le bâtiment est globalement propre et normalement entretenu bien que vieillot, dépourvu de climatisation et d'isolement ; les huisseries sont anciennes. Les locaux – salle de soins, local infirmier, bureaux médicaux, salle de vie – sont exigus. Il n'existe pas de salle permettant d'accueillir les visiteurs.



Figure 39 : pôle 94G17, chambre médicalisée unité 17A

7.6.2 Le personnel

Le chef de pôle, un cadre supérieur et un cadre « mission transversale » animent la direction du pôle. Pour chaque unité, l'équipe médicale est composée d'un médecin, d'un assistant et d'un interne ; l'effectif cible (ou effectif minimum) de soignants comprend deux infirmiers et un aide-soignant par tranche horaire de journée (soit 6h45 – 14h21 le matin, 13h39 – 21h15 l'après-midi) et pour l'équipe dédiée de nuit (21h – 7h) un infirmier et un aide-soignant.

Il a été précisé aux contrôleurs que depuis deux à trois mois, l'équipe non médicale était au complet, que les effectifs étaient souvent tendus lors des congés de Noël et pendant les mois de juillet et août, qu'une plus grande souplesse existait dans les équipes du matin que dans celles de l'après-midi.

Un ergothérapeute et une art-thérapeute, tous deux à 80 %, une psychomotricienne, deux psychologues (un pour l'intra, un pour l'extrahospitalier) exercent au centre thérapeutique de jour.

7.6.3 Les patients

Au 31 mai 2016, le pôle accueillait trente et un patients soit :

- vingt et un hommes et dix femmes ;
- quatre hommes en soins sur décision du représentant de l'État ;
- seize patients en soins à la demande d'un tiers, soit douze hommes et quatre femmes ;
- onze patients en soins libres, cinq hommes et six femmes ;
- le patient le plus jeune a 19 ans et il se trouve au 17A, les plus âgés, 68 ans chacun l'un au A et l'autre au B ;
- la plus longue durée d'hospitalisation est celle d'un homme se trouvant au B, 8 ans et 245 jours, hospitalisation prise en application de l'article 122-1 du code pénal.

Il a été précisé que l'accueil de mineurs était très rare (deux à trois mineurs, venant des Apprentis d'Auteuil, en deux ans à l'unité A ; un mineur hébergé durant quatre jours début juin 2016 à l'unité B).

7.6.4 Le projet thérapeutique

La cheffe de pôle, les médecins, et les cadres s'inscrivent tous dans une même conception de la prise en charge des patients.

L'ouverture des unités, la libre disponibilité des téléphones, ordinateurs ou tablettes personnels, l'absence délibérée de matériel de contention sont des choix forts et affirmés.

Aussi lors des recrutements, un soin tout particulier est apporté à la nécessité pour les postulants d'adhérer aux choix du pôle qui sont affirmés et revendiqués par tout le personnel.

a) La vie quotidienne

L'unité ne dispose plus de règlement intérieur ou « règles de vie », celui-ci étant à l'étude selon les indications données aux contrôleurs.

La vie quotidienne est rythmée par les repas : petit déjeuner à 8h30, déjeuner à 12h, collation vers 16h et dîner à 19h.



Figure 40 : pôle 94G17, à l'heure du repas

Les patients ont librement accès à leur chambre durant la journée, sauf pendant le temps de leur entretien (de 10h à 12h) et à l'heure des repas.

Ils peuvent également librement se promener dans le jardin du pôle ou dans le parc de l'hôpital, se rendre à la cafétéria, à la bibliothèque ou aux diverses activités collectives.

b) Les activités

Le planning des activités sportives et d'ergothérapie est affiché dans l'unité. Il a été indiqué au centre thérapeutique de jour qu'il était important pour offrir aux patients des repères de maintenir sur une longue durée le planning diversifié avec des ateliers : créatif, libre, psychomotricité, des groupes de parole, des groupes d'objets sonores et une sortie thérapeutique le vendredi matin.

Le pôle dispose d'un budget autonome pour des activités telles que sorties culturelles, promenades dans des parcs, sortie au restaurant (une fois par an) et repas thérapeutiques (une à deux fois l'an).

c) Les soins

La distribution des médicaments s'effectue dans la grande salle aux heures des repas.

Un somaticien, commun aux pôles 94G17 et 94G10, intervient régulièrement dans les unités.

d) Les réunions d'équipe

Tous les matins, psychiatres, équipe de soignants et cadre de l'unité se retrouvent pour évoquer la situation des patients et les modalités de leur prise en charge.

Plusieurs réunions se tiennent par ailleurs : réunion clinique le lundi après-midi, réunion de secteur le mardi après-midi, rencontre des médecins et cadres de l'intra et de l'extrahospitalier tous les vendredis et une fois par mois réunion soignants-soignés. A noter qu'une « boîte à idée » est mise à disposition des patients dans la salle commune.

7.7 LE POLE 92G13 : DES UNITES D'HOSPITALISATION QUI ACCUEILLENT DES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR PATHOLOGIE ET DE LEUR MODALITE D'HOSPITALISATION

7.7.1 Présentation générale

Le pôle 92G13 accueille les patients domiciliés dans les communes de Garches, Marnes-la-Coquette, Saint-Cloud, Sèvres, Ville-d'Avray et Vaucresson. La population du secteur 92G13 est d'environ 92 500 habitants. L'accueil différencié selon les pathologies et modalités d'hospitalisation (soins libres ou sous contrainte) se fait dans trois pavillons du site de Villejuif du

GHPG. Trente-deux lits plus une chambre d'isolement sont répartis dans les pavillons 24, 24 a et 25 b.

La population de ce secteur est majoritairement issue d'un secteur géographique plutôt aisé. Cependant, compte tenu des admissions hors secteur, il est constaté une diversité des situations sociales des patients.

Les structures extrahospitalières comprennent un CMP, un CATTP à Garches, qui propose aux patients un soutien et des activités de groupe destinés à maintenir ou favoriser une existence autonome.

En outre, le secteur est doté d'un hôpital de jour « les catalpas » à Saint-Cloud. La particularité de ce secteur est de proposer une prise en charge du stress professionnel et post-traumatique notamment dans le cadre du Centre Montaigne-clinique du stress situé à Garches et lors de séjours hospitaliers.

Le service a enregistré, en 2015, 9 713 journées d'hospitalisation, soit un taux d'occupation de 89,7 %. Cependant, ces chiffres ne sont pas significatifs de l'activité compte tenu de la fermeture pour restructuration d'un pavillon du 31 août 2015 au 29 février 2016.

Le médecin chef de pôle et le cadre supérieur de santé sont en poste depuis de nombreuses années.

7.7.2 Les locaux

Les locaux des trois unités du pôle diffèrent singulièrement de ceux des autres secteurs. Entièrement rénovés, ils sont particulièrement lumineux et bénéficient de nombreuses œuvres artistiques accrochées aux murs dont certaines ont été réalisées par les patients. Le mobilier est moderne et les locaux parfaitement entretenus.

Chaque unité dispose d'un salon d'accueil, d'un bureau infirmier, d'un local de soins, d'une salle de télévision et de détente et d'une salle de restauration.



Figure 41 : pôle 92G13, le couloir de l'unité

Les bureaux des professionnels ont été installés dans les combles, libérant ainsi de l'espace pour les patients.

Les trois unités partagent l'utilisation d'une salle d'ergothérapie située au rez-de-chaussée du bâtiment.



Figure 42 : pôle 92G13, la salle d'ergothérapie

Les deux unités dont les **portes sont ouvertes** en journée (24 et 25A) sont situées au rez-de-chaussée et comprennent :

- pour la première, sept chambres individuelles toutes équipées d'une douche et d'un WC ;
- pour la deuxième, sept chambres individuelles et trois chambres doubles équipées également chacune d'une douche et d'un WC.

L'unité fermée (25 B) située au premier étage est accessible à la fois par un escalier et un ascenseur. Elle comporte six chambres individuelles et trois chambres doubles, elles aussi parfaitement équipées avec douche et WC.

Le service a demandé et obtenu pour six d'entre elles (deux par unité) que les portes des chambres soient équipées de verrou intérieur.

Le pôle dispose d'un jardin entièrement ouvert sans clôture le séparant du reste de l'hôpital.



Figure 43 : pôle 92G13, le jardin

7.7.3 Le personnel

L'ensemble du personnel est encadré par le chef de pôle et un cadre supérieur de santé.

Le pôle bénéficie de 2,52 ETP de praticiens hospitaliers, 3 ETP d'assistants, 1 poste d'interne, 0,5 ETP de médecin généraliste, 2 cadres de santé, 22 ETP d'infirmiers, 18,90 ETP d'aides-soignants, 1 ETP d'assistant de service social, 0,8 ETP d'ergothérapeute, 0,9 ETP de psychologue, 9 agents des services hospitaliers, 2 assistants médico-administratifs.

Il est à relever que l'ensemble des postes de praticiens hospitaliers temps plein sont pourvus.

La présence d'un interne (médecine du travail) sur un lieu de formation fort apprécié est un élément positif.

Le poste d'assistant de service social, n'est pas pourvu à ce jour.

Par ailleurs, il apparaît que l'effectif soignant réellement en poste est différent de l'effectif théorique. Les données fournies faisaient apparaître la présence de 18,8 infirmiers pour 22 postes budgétés.

7.7.4 Les patients

Au 31 mai 2016, le pôle accueillait vingt-neuf patients.

Selon les disponibilités en lits et la durée prévisible d'hospitalisation, les patients sont transférés ou non, au mieux de leur prise en charge ultérieure en ambulatoire.

Quatorze patients présents sont des patients au long cours. Ces patients demeurent hospitalisés en raison de pathologies chroniques non stabilisées, de leur âge, de leurs antécédents judiciaires, voire de leur difficulté d'accès au logement. Ils occupent une partie des lits et laissent peu de places disponibles dans les unités d'accueil occupées à plus de 102 %. Un travail d'orientation en aval des hospitalisations semble être conduit sans grand succès au regard des profils des patients concernés et de leur besoin d'un suivi psychiatrique.

Les différences d'âge, de statut et de pathologies des patients ne paraissent pas poser de difficultés aux soignants.

7.7.5 Le projet thérapeutique

Il a été communiqué aux contrôleurs un projet de pôle qui affirme des axes de travail pour les années à venir et rappelle les spécificités de ce secteur en matière de prise en charge.

Ainsi, une place toute particulière est donnée à la prise en charge du stress professionnel et post-traumatique, aux thérapies cognitivo-comportementales. Sont mobilisés des techniques d'hypnothérapie, de « mindfulness » et proposés des groupes d'affirmation de soi. Par ailleurs des thérapies familiales sont proposées par l'équipe.

Le cadre supérieur et le chef de pôle sont très présents dans leurs services et assurent une continuité institutionnelle et de référence professionnelle qui semble appréciée par l'équipe en place.

Le suivi somatique est assuré de manière régulière lors des temps d'hospitalisation.

L'ensemble des activités à caractère thérapeutique (ergothérapie, psychomotricité, entretien psychologique) se fait sur prescription médicale. Le suivi des séances est tracé sur le dossier informatisé. Les observations utiles sont échangées lors des réunions de synthèse.

Les projets du pôle concernent :

- le renforcement du potentiel ambulatoire dans la ville de Sèvres est envisagé. Il serait dédié aux patients souffrant de troubles anxio-dépressifs ;
- la prise en charge des personnes âgées du fait de l'augmentation de leur nombre et leurs attentes nouvelles ;
- le traitement des situations de crise en lien avec le SAU du centre hospitalier Ambroise Paré de Boulogne (Hauts-de-Seine).

7.7.6 La vie quotidienne

Le secteur ne dispose pas de règlement spécifique : c'est le règlement général de l'hôpital qui s'impose notamment pour les horaires des repas et des visites. Les chambres sont ouvertes et accessibles dans la journée sauf le matin à partir de 10h pour permettre le nettoyage.

L'accès au jardin est libre sauf pour les patients de l'unité fermée.

La notification de l'arrêté d'admission est réalisée par le médecin ou le cadre de santé ; le patient conserve un exemplaire du document. La désignation d'une personne de confiance est proposée. Pendant la période de contrôle, vingt patients sur trente et un présents recevaient des visiteurs.

7.7.7 Les activités

Les activités d'ergothérapie et de psychomotricité sont nombreuses (réalisation d'objets artistiques, danse, chorale) et accessibles sur prescription médicale. Elles sont complétées, une fois par mois environ, de sorties au théâtre, au cinéma ou dans les parcs mais aussi ponctuellement d'activités, organisées à la cafeteria (karaoké,) par une association : les patients y sont conduits par les ergothérapeutes et les soignants.

7.7.8 Les soins

Les médecins ne sont pas affectés à une unité précise. Le médecin suit son patient de l'extra-hospitalier jusqu'à son admission dans une unité et inversement pour préparer sa sortie.

Les restrictions (port du pyjama, interdiction de sortir, de téléphoner ou de recevoir des visites) sont prescrites médicalement. Au cours de la mission tous les patients avaient accès au téléphone et portaient leurs vêtements personnels (les mises en pyjama peuvent intervenir à l'arrivée du patient mais elles sont courtes).

Les patients hospitalisés sous contrainte sont systématiquement hébergés, pendant la phase aiguë de la prise en charge, dans l'unité fermée. Ils rejoignent progressivement une des deux unités ouvertes : en cas de risque suicidaire ou d'agressivité envers les autres patients ou le personnel, ils peuvent y retourner provisoirement.

7.8 LE POLE 92G29 : UN POLE ENCORE EN CONSTRUCTION APRES LA FUSION DE DEUX SECTEURS

7.8.1 Présentation générale

Le secteur 92G29 correspond à la ville de Boulogne-Billancourt (Hauts-de-Seine, environ 120 000 habitants avec une augmentation prévisible résultant de programmes immobiliers en cours) dont la population présente une grande disparité de niveau de revenus entre le Nord et le Sud. La commune de Sèvres (25 000 habitants) a été rattachée au secteur 92G13 à la faveur d'un redécoupage de l'organisation sectorielle décidé en octobre 2014 mais, en pratique, les patients de Sèvres continuent de consulter à Boulogne pour l'extrahospitalier et ceux déjà suivis continuent d'être hospitalisés dans le pôle 92G29.



Figure 44 : pôle 92G29

Ce pôle est constitué de trois pavillons, 20, 22 et 28, comportant tous une unité entrant et dispose de soixante-sept lits et de trois chambres d'isolement. La ville de Boulogne constituait auparavant deux secteurs et le pavillon 28 n'a été intégré au pôle qu'en novembre 2014 ; durant la mission de contrôle ouvrait un centre de soins unique rassemblant les deux CMP et CATTP existants ainsi que le pôle de thérapie familiale de Boulogne. Le personnel médical et soignant intervient au sein de multiples structures de la ville de Boulogne : le SAU de l'hôpital Ambroise Paré, le centre de gériatrie des Abondances, les cinq maisons de retraite et au domicile des patients en fonction des nécessités ou des signalements, de la mairie principalement.

Le médecin chef de pôle et la cadre supérieure de santé sont en fonction depuis de nombreuses années.

7.8.2 Les locaux

Les pavillons 20 et 22 (service 8) disposent chacun de vingt et un lits et d'une chambre d'isolement, ils sont communicants et présentent globalement la même organisation. Ils partagent l'office et les locaux d'art-thérapie en rez-de-chaussée, les salles d'ergothérapie et de psychomotricité à l'étage. Le pavillon 21, adjacent, accueille les services administratifs du pôle. Les pavillons disposent chacun d'un vaste jardin arboré, clos pour le pavillon 20, ouvert pour le pavillon 22.

Les rez-de-chaussée disposent de six chambres individuelles de 8 à 12 m², réservées aux patients entrants ou nécessitant une surveillance particulière (personnes âgées, pathologies lourdes etc.) plus une chambre d'isolement. Les premiers étages comportent quinze chambres de 8 à 13 m² dont trois chambres doubles pour le pavillon 20 et deux pour le pavillon 22. La plupart des chambres disposent d'une salle d'eau comportant lavabo (double pour les chambres doubles), douche et WC, hormis deux dans chaque pavillon. Les espaces de vie et de circulation (salle de télévision à chaque étage, réfectoire au rez-de-chaussée, salons, couloirs) sont vastes, propres, très lumineux mais relativement impersonnels.



Figure 45 : pôle 92G29, la salle commune

Il convient de relever que les espaces destinés au personnel médical et soignant (salle de soins, pharmacie, bureaux, salle de repos) sont situés au rez-de-chaussée et que la présence soignante aux étages n'est donc assurée que dans le cadre de rondes.

Toutes les chambres disposent d'une liseuse, d'un placard avec clé et d'un verrou intérieur mais les fenêtres (toutes protégées par un plexiglas fixe extérieur) ne peuvent être ouvertes que par le personnel. Aucune chambre ne dispose de bouton d'appel et la plupart sont équipées d'un hublot dans la porte, facilitant la surveillance mais privant de toute intimité les patients qui peuvent être vus les uns par les autres.

Le pavillon 22 ne dispose pas de local dédié aux entretiens médicaux, qui se déroulent dans le bureau des infirmiers, ni de lieu dédié aux visites. Des travaux, sollicités depuis plusieurs années, ne sont toujours pas réalisés²³. Les contrôleurs ont par ailleurs constaté que le poste de télévision du rez-de-chaussée ne fonctionnait pas.

Le pavillon 28 (service 12) est tout aussi lumineux que les deux premiers et encore plus vaste. Il offre des espaces de circulation comportant des parties équipées de sièges, dans lesquelles les patients peuvent s'isoler des espaces communs. Un espace en retrait, situé près du bureau de la cadre de santé, permet de recevoir des visites de proches accompagnés d'adolescents. Le rez-de-chaussée comporte les services administratifs, des bureaux, une salle de réunion, une salle de soins, les salles d'activités, le réfectoire, l'office, le local destiné aux familles et le fumoir, ouvert par une grille sur l'extérieur. Le bâtiment s'ouvre sur un jardin, pour partie ouvert et pour partie clos (partagé avec le pavillon adjacent).

Toutes les chambres, de 13 à 25 m², sont situées à l'étage, d'un côté du couloir les chambres simples et de l'autre les chambres doubles. Les chambres individuelles ne disposent que d'un lavabo, les doubles partagent une salle d'eau (avec douche et WC) commune à deux chambres. Les fenêtres, comme dans les autres pavillons du pôle, ne disposent pas de poignée intérieure et sont protégées par un « plexiglas » fixe, les placards disposent de clés, les portes des chambres sont équipées de verrous intérieurs mais sont en partie vitrées, permettant une vue depuis le couloir. Il a toutefois été précisé aux contrôleurs qu'il n'était pas interdit d'occulter la partie vitrée, même si cela rendait plus complexe la surveillance de nuit. Une chambre a été spécialement aménagée pour un patient admis en SDRE ayant un comportement parfois violent. Elle n'est équipée que d'un lit et le patient y est enfermé la nuit et à certains moments de la

²³ Le document « demande de travaux pour 2016 intra » fait apparaître, pour le pavillon 22 : stores dans les chambres, demande faite depuis 5 ans ; fuite verrière ; réfection de la peinture de deux chambres déjà mentionnée en 2015.

journée, sur prescription médicale. Cette situation est signalée, pour des impératifs de sécurité, au service d'incendie et de secours. Sa chambre, comme les autres, ne dispose pas de bouton d'appel, il ne dispose que d'un seau hygiénique et d'un lavabo. Le personnel soignant et médical dispose de bureaux à l'étage et les patients de plusieurs espaces de vie.

7.8.3 Le personnel

L'ensemble du personnel est encadré par le chef de pôle et un cadre supérieur de santé.

Le pôle bénéficie de 4,7 ETP de praticiens hospitaliers, 3 postes d'interne, 1 ETP de médecin généraliste, 3 cadres de santé, 38 ETP d'infirmiers, 32,9 ETP d'aides-soignants, 2,4 ETP d'assistants de service social, 0,8 ETP d'ergothérapeute, 2,8 ETP de psychologues, 3 ergothérapeutes, 0,65 ETP d'art-thérapeute, 15 agents des services hospitaliers, 5 assistants médico-administratifs.

On compte 3,5 postes vacants d'infirmier, 1,5 d'ASH, 0,2 d'ergothérapeute, 1,8 de psychologue, 0,5 de psychomotricien et 0,4 d'assistant social.

L'organisation du pôle présente plusieurs spécificités :

Les médecins psychiatres, compte tenu de leurs activités extérieures, assurent une présence dans les unités au moins une demi-journée du lundi au samedi. Le reste du temps, un interne est présent ou bien il est fait appel au médecin de garde. Les médecins ne suivent, en principe, que les patients de leur pavillon, placé sous l'autorité et l'animation d'un médecin responsable d'unité fonctionnelle.

Le personnel soignant est également attaché à un pavillon et la mutualisation des équipes, en application depuis environ un an, n'est pas intégrée par le personnel qui emploie le terme de « prêt » ; seule l'équipe de nuit, constituée de huit infirmiers et de sept aides-soignants, intervient indifféremment sur les trois pavillons. Les effectifs du pôle doivent permettre la présence minimum, en journée de 6h45 à 21h15, de deux infirmiers et deux aides-soignants dans les pavillons 20 et 22 et de cinq au total dans le pavillon 28, qui comporte plus de lits ; la nuit, un infirmier et un aide-soignant sont présents dans chaque pavillon.

- Les contrôleurs ont constaté qu'en raison d'arrêt de maladie, de maternité, de congés, d'absences prévues ou non, les cadres peinent quotidiennement, et tout particulièrement les fins de semaine et les nuits, à assurer la présence de cet effectif dans les unités. L'administration fait appel, en tant que de besoin, prioritairement à du personnel vacataire, puis à des intérimaires et enfin à du personnel de l'hôpital intervenant en heures supplémentaires. Les contrôleurs ont rencontré quasi quotidiennement des vacataires dans les unités et le cahier de bord de la salle de soins du pavillon 22 faisait apparaître : samedi 4 juin après-midi trois agents dont un venu du pavillon 28 en laissant ses deux collègues seuls, dimanche 5 juin trois soignants le matin dont un en heures supplémentaires, deux l'après-midi, lundi 6 juin quatre dont un vacataire, mercredi 8 juin après-midi trois, jeudi 9 juin matin pas d'ASH etc. Cette situation régulière d'appel à des soignants extérieurs est source de tension pour les cadres et les soignants et d'inquiétude pour les patients, qui ont besoin de repères et de continuité dans leur prise en charge.

Les pavillons 20 et 22 disposent de locaux et de professionnels communs en ergothérapie, art-thérapie et psychomotricité alors que le pavillon 28 dispose de ses propres locaux et personnels. Par ailleurs, ce pavillon ne dispose ni de psychologue, ni de psychomotricien, ni d'art-thérapeute et le poste d'éducateur n'a pas été reconduit.

7.8.4 Les patients

Au 31 mai 2016, le pôle accueillait soixante-trois patients.

Comme dans les autres services, de nombreux patients sont originaires d'autres secteurs. Selon les disponibilités en lits et la durée prévisible d'hospitalisation, les patients sont transférés ou non, au mieux de leur prise en charge ultérieure en ambulatoire.

Quelques patients au long cours, en raison de pathologies chroniques non stabilisables, de leur âge, de leurs antécédents judiciaires, voire de leur difficulté d'accès au logement, embolisent une partie des lits et laissent, peu de places disponibles dans les unités d'accueil.

Les différences d'âge, de statut et de pathologies des patients ne paraissent pas poser de difficultés aux soignants.

7.8.5 Le projet thérapeutique

Un projet de service a été évoqué par certains interlocuteurs mais est ignoré du plus grand nombre et aucun document n'a été communiqué aux contrôleurs.

Les pavillons 20-22 et 28 continuent d'avoir un règlement intérieur propre, les soignants restent très attachés à leur pavillon, la réflexion commune a jusqu'à présent été absorbée par la gestion des lits, le remplacement des soignants et la fusion des structures extrahospitalières. Plusieurs points figurent toutefois à l'ordre du jour des prochaines réunions de pôle, tenues épisodiquement, tels que l'harmonisation de la charge de travail entre les équipes soignantes, le choix de conserver trois unités d'admission et l'éventualité d'ouvrir un pavillon.

Il se dégage toutefois de l'ensemble du pôle une culture commune, fondée sur le respect du patient et son orientation la plus précoce possible vers un retour au domicile avec suivi ambulatoire ou la recherche d'un lieu de vie. Les médecins veillent à associer au projet individuel de prise en charge le personnel soignant, qui assiste aux entretiens médicaux, et les assistantes sociales, qui participent aux réunions d'unité hebdomadaires et sont très actives dans la recherche de solutions de placements adaptées. Chaque patient rencontre son médecin référent au moins une fois par semaine et des programmes de soins sont mis en place pour encadrer ceux qui ne peuvent gérer seuls leur suivi ambulatoire. Le dossier informatisé du patient constitue un atout majeur pour la communication des informations dans le service puis dans les structures extrahospitalières.

Les restrictions (port de vêtements personnels, téléphone, visites, accès au parc seul ou accompagné, isolement etc.) sont prescrites en fonction de l'état du patient, notamment lors de son admission. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'elles étaient rarement levées par le médecin de garde qui intervient le week-end et que, de ce fait, les restrictions prescrites en fin de semaine se trouvaient parfois prolongées au-delà du temps strictement nécessaire.

Au quotidien, les patients doivent quitter leur chambre le matin, sauf circonstance spécifique. Les traitements sont distribués collectivement à l'entrée du réfectoire à chaque repas. Les visites, autorisées l'après-midi, peuvent être tolérées dans les chambres, contrairement aux mentions portées au règlement intérieur, pour des patients âgés ou de jeunes majeurs.

Les activités thérapeutiques font l'objet d'une prescription médicale dans les unités 20 et 22 tandis qu'elles sont ouvertes à tous dans le pavillon 28 (hormis le sport et l'équithérapie nécessitant un examen somatique). Ainsi, paradoxalement, ce pavillon qui ne dispose que d'un ergothérapeute est en mesure de proposer à tous les patients et tous les jours des activités bien identifiées par tous :

- lundi matin : sortie en ville et soins du visage, manucure ;

- mardi matin : sortie au bois (minibus pour six patients) ;
- mercredi matin : peinture ;
- jeudi matin : équitérapie (pour six patients de septembre à juin), groupe de parole soignants/soignés associant les secrétaires et assistantes sociales, accompagnement personnalisé (sortie en ville pour courses ou démarche) ;
- vendredi matin : groupe de lecture.

Toutes les activités sont organisées par l'ergothérapeute et animées en binôme. Durant la mission de contrôle, l'ergothérapeute, en congés, avait préparé avec l'équipe soignante un programme spécifique pour que les activités ne soient pas interrompues.

Par ailleurs le pavillon organise un repas thérapeutique tous les mois et, épisodiquement, des cours de danse africaine et des séances d'éducation thérapeutique (nourriture, sexualité, tabac etc.) animées par une infirmière et des membres d'équipes transversales. Les patients rencontrés ont par ailleurs montré avec plaisir des bracelets de perles, des découpages, des puzzles réalisés avec les soignants et évoqué des jeux de société.

Dans les pavillons 20 et 22, il n'existe pas de programme d'activités collectif, toutes les activités font l'objet d'une prescription individuelle. Au 31 mai, vingt patients étaient inscrits à des activités au pavillon 20 et six au pavillon 22. Les ergothérapeutes, la psychomotricienne et l'art-thérapeute reçoivent les patients individuellement ou par petits groupes, elles regrettent de ne plus pouvoir exercer en binôme, faute de disponibilité des équipes de soins. Le pavillon 22 dispose d'un petit atelier d'esthétique, utilisé principalement le week-end. Deux aides-soignants du pavillon 20 animent un atelier jardinage et musique/relaxation. Le personnel, en fonction de ses disponibilités, joue à des jeux de société avec les patients et les accompagne pour des courses à l'extérieur ou des sorties culturelles. Il n'existe plus de réunion soignants/soignés et les repas thérapeutiques sont irréguliers.

Enfin, dans l'ensemble des pavillons, les patients autorisés à sortir peuvent participer aux activités organisées à la cafétéria ou au gymnase.



Figure 46 : pôle 92G29, l'atelier d'ergothérapie

8. CONCLUSION GENERALE : APRES DES ANNEES DE CONFLIT, L'AMBIANCE GENERALE EST APPARUE APAISEE

La visite s'est effectuée dans d'excellentes conditions d'accueil et d'écoute de la part de la direction et des personnels.

L'établissement apparaît globalement respectueux du droit des malades et attentif à leur bien-être par une prise en charge somatique de qualité, une attention particulière au soulagement de la douleur, l'organisation d'activités thérapeutiques ou l'absence de recours à la contention. De nombreuses bonnes pratiques sont développées : ouverture aux associations de malades et d'usagers, développement de l'éducation thérapeutique, réflexions éthiques traduisant une volonté de recherche et de progrès.

Pour autant, à côté de ces points positifs, il convient de noter des conditions d'hébergement très hétérogènes entre les pôles, parfois très sommaires notamment en ce qui concerne les chambres d'isolement, des restrictions quasi générales à la liberté d'aller et venir que les contraintes architecturales expliquent en partie et enfin une organisation en pôle/secteur qui devrait être réfléchie au regard des nombreux transferts de patients hospitalisés en urgence dans des unités ne relevant pas de leur secteur.

Dans un contexte budgétaire qui se tend, la préservation de la qualité de la prise en charge constatée dans l'établissement et son amélioration ne peuvent se faire que sur la base d'une stratégie d'ensemble cohérente, permettant des choix clairs et incluant une bonne dynamique extrahospitalière.

L'ambiance générale est apparue sereine. Toutefois, le cloisonnement et l'autonomie des secteurs, voire parfois des pavillons d'un même secteur rendent difficile l'émergence de réflexions communes au sein de l'établissement.