



Rapport de visite :

7 au 11 juin 2021 – deuxième visite

Unité pour malades difficiles de
Villejuif

(Val-de-Marne)

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Villejuif implantée au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud (département du Val-de-Marne) du 7 au 11 juin 2021. Il s'agissait d'une deuxième visite. A l'issue, un rapport provisoire a été adressé au directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG), à l'agence régionale de santé (ARS) du Val-de-Marne ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives du département. Seul le directeur de l'établissement a fait valoir en retour des observations intégrées dans le présent rapport définitif.

L'UMD est rattachée au pôle régional de soins intensifs et dispose d'une capacité de soixante-neuf lits qui sont répartis dans quatre pavillons. Cela doit lui permettre, en principe, de prendre en charge les patients en provenance des secteurs d'Ile-de-France, soit un bassin de population de 12 213 447 millions d'habitants. Elle accueille également les femmes issues de la moitié Nord de la France, les autres UMD ne disposant pas de places réservées aux femmes. Cependant, la capacité d'accueil de la structure ne permet pas de couvrir les besoins du territoire de son ressort. En moyenne, dix dossiers de demandes d'admission sont examinés par semaine et trois sont acceptés par mois. Par ailleurs, 33 % des demandes adressées à l'UMD sont des situations qui relèvent d'une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) ou de non-indication à une UMD. A cet égard, l'établissement a élaboré un projet portant sur la création d'une USIP et dont l'objectif est de répondre aux nombreuses demandes émanant des unités de secteur. Cette nouvelle structure, complémentaire à l'UMD, aura vocation à prendre en charge ces patients nécessitant un environnement fermé et structuré. Son ouverture est planifiée pour 2023.

Lors de cette deuxième visite, il a été constaté qu'une partie des recommandations formulées par le CGLPL ont été suivies d'effets.

Concernant les conditions matérielles d'hébergement, des travaux importants de rénovation ont été réalisés depuis la première visite mais les chambres demeurent austères et leur mobilier est spartiate notamment dans le pavillon d'admission et celui réservé aux femmes. De même l'équipement des cours intérieures est défectueux.

Des efforts ont été entrepris pour augmenter le temps de présence des médecins au sein de l'UMD et renouveler une partie du personnel paramédical. Les patients sont désormais vus régulièrement par le psychiatre et ils sont associés aux décisions les concernant. Les équipes soignantes ont à cœur d'instaurer et de maintenir une relation thérapeutique de qualité. Il n'en demeure pas moins que l'effectif paramédical est insuffisant et limite les possibilités d'organiser des activités et des sorties thérapeutiques pour les patients. En outre, une majorité des tâches dévolues aux infirmiers relève essentiellement de la surveillance des patients et des accompagnements à l'extérieur. Elles mobilisent considérablement les professionnels de santé et prennent le pas sur le soin et la préparation à la sortie.

Concernant l'information sur les droits et les voies de recours des patients, elle est maintenant effective. Des efforts notables ont été engagés concernant le contrôle de leurs droits. Ainsi donc, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a repris son activité et procède à des visites de manière régulière. Le service du juge des libertés et de la détention (JLD) assure un contrôle effectif et à la différence de 2012, les audiences se déroulent au sein de l'établissement.

Le renouvellement de la direction du pôle et d'une partie des professionnels de santé a insufflé une nouvelle dynamique qui se traduit notamment par une réflexion autour des pratiques qui n'avait pas lieu auparavant. Les règles de vie ont été assouplies et certaines pratiques particulièrement dégradantes, observées lors du premier contrôle, ne sont plus d'actualité. Elles portent notamment sur le respect de la dignité de la personne ; les patients ne sont plus dans l'obligation de s'habiller, en slip, dans le couloir au vu et au su de tous.

Il reste néanmoins des axes d'améliorations qui sont notamment en rapport avec certaines pratiques ancrées depuis fort longtemps et qui perdurent. Elles doivent être réinterrogées en raison de leur caractère indigne. Il s'agit notamment de l'obligation de revêtir un uniforme et des chaussons pour les patients qui sont en phase d'admission. De même, si la mise à nu intégrale des patientes à haut risque suicidaire est semble-t-il peu pratiquée, elle constitue une atteinte à la dignité. Les conditions d'utilisation de la combinaison renforcée, dans le cadre de la contention physique, ne respectent pas non plus l'intimité du patient. D'autre part l'utilisation des couches, des protections, des étuis péniens revêtent un caractère dégradant alors qu'il devrait être proposé aux patients d'aller aux toilettes ou éventuellement d'utiliser le bassin.

Par ailleurs, dans le souci d'établir un juste équilibre entre la sécurité d'une part et les droits fondamentaux d'autre part, l'organisation de la vie quotidienne, telle qu'elle est conçue, renvoie parfois sur certains aspects à un fonctionnement carcéral. Ainsi donc, dès lors que les patients sont dans leurs chambres, ils y sont systématiquement enfermés à clef. Cette mesure, tout comme les temps de sieste quotidiens imposés de façon systématique, échappe au registre prévu par la loi. En outre, la sécurité des patients n'est pas garantie puisque toutes les chambres ne disposent pas d'un dispositif d'appel. Dans sa réponse, la direction indique que tous les isolements, quel que soit le lieu, font l'objet d'une décision médicale et sont donc comptabilisés dans le registre de la loi. Le CGLPL maintient que les retraits ponctuels en chambre et les temps de sieste ne sont pas répertoriés. A cet égard, il rappelle que toute mesure d'enfermement, même en chambre d'hébergement, doit être considérée comme de l'isolement et, à ce titre, être décidée et tracée dans les conditions prévues par la loi.

A l'instar de la première visite, tous les déplacements des patients sont groupés. Une fois levés et habillés, ils attendent en file indienne pour se rendre dans l'espace de vie commune. Ils ne sont pas non plus toujours autorisés à circuler librement entre la cour intérieure et le salon de télévision. Ce procédé, justifié par des aspects sécuritaires – en vue de limiter les tensions et les incidents de violence – et des contraintes liées à l'architecture des pavillons, avait déjà été dénoncé à l'issue de la première visite en ce qu'il restreint considérablement la liberté de mouvements des patients. A cet égard, le placement systématique en isolement des patients au moment de leur admission, sans tenir compte de leur état psychique, n'est pas justifié et doit être réinterrogé. Si la réflexion engagée par le pôle sur les pratiques d'isolement et de contention s'est traduite par la mise en œuvre d'alternatives à ces mesures, des espaces d'apaisement doivent être créés afin de limiter leur recours.

Enfin, l'organisation du parcours de soins des patients est restée inchangée depuis la précédente visite. Cela n'est pas sans conséquences pour les femmes qui ne bénéficient toujours pas véritablement d'une prise en charge séquentielle adaptée à leur clinique compte tenu du fait qu'elles sont hébergées dans un seul et unique bâtiment. Une réflexion portant sur cette question est engagée depuis de nombreuses années au sein de l'UMD mais elle n'a pas donné lieu à des mesures concrètes. De même, le projet de mixité au pavillon des sortants, évoqué dans le projet de

pôle ne semble plus être à l'ordre du jour alors qu'il aurait l'avantage de faire bénéficier les femmes, étant proches de la sortie, d'un parcours de soins individualisé.

La direction a indiqué prendre bonne note des observations formulées dans le rapport, certaines d'entre elles faisant déjà l'objet de travaux au moment de la visite.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 1 42

Le fonctionnement participatif de la commission de suivi médical permet de nourrir la réflexion clinique et d'assigner au patient des objectifs réalistes à même de le mobiliser dans sa prise en charge.

BONNE PRATIQUE 2 63

La création d'une banque des patients par l'association locale promeut leur autonomie et leur permet de disposer aisément de leur argent.

BONNE PRATIQUE 3 69

L'appel aux compétences du psychologue et de l'ergothérapeute pour appréhender et participer à la prise en charge des bouffées d'angoisse constitue une pratique susceptible d'apaiser les patients, de prévenir un état de crise et ainsi de limiter ainsi le recours à l'isolement et à la contention.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1..... 16

La réflexion engagée depuis de nombreuses années sur la réorganisation du pavillon réservé aux femmes et sur la mixité au pavillon des pré-sortants doit donner lieu à des mesures concrètes.

RECOMMANDATION 2..... 20

Le nombre de soignants au sein des pavillons doit être augmenté pour que l'organisation du quotidien des patients ne soit pas perturbée.

RECOMMANDATION 3..... 20

Les postes de psychomotriciens doivent être pourvus.

RECOMMANDATION 4..... 25

L'UMD est encouragée à saisir le comité d'éthique pour nourrir ses réflexions et bénéficier d'un regard extérieur.

RECOMMANDATION 5..... 27

A son arrivée, le patient doit pouvoir accéder aux documents relatifs à ses droits même lorsqu'il est placé en chambre de haute sécurité.

RECOMMANDATION 6..... 28

Une copie du certificat médical, versée à la procédure devant le JLD, doit être proposée au patient.

RECOMMANDATION 7..... 29

La personne de confiance doit être informée de sa désignation par le patient et son accord doit être recueilli.

- RECOMMANDATION 8..... 34**
Lors de ses visites, la commission départementale des soins psychiatriques devrait procéder à l'étude de dossiers de patients afin de compléter l'exercice de ses missions.
- RECOMMANDATION 9..... 41**
Le ministère de la justice doit allouer des moyens aux services du juge des libertés et de la détention afin de leur permettre d'assurer un contrôle efficient des mesures d'isolement et de contention.
- RECOMMANDATION 10..... 45**
Pour les patients considérés comme sortants, le travail sur l'autonomisation est insuffisant au sein des pavillons. L'UMD est invitée à engager une réflexion sur l'adaptation progressive des règles de vie à l'évolution du patient et au projet de sortie de l'UMD.
- RECOMMANDATION 11..... 47**
La préparation à la sortie de l'UMD doit être plus étayée. Le patient doit avoir l'opportunité de visiter systématiquement l'unité qu'il intègrera à l'issue de son hospitalisation à l'UMD.
- RECOMMANDATION 12..... 48**
Les temps de repos en chambre, porte fermée à clef, imposés de manière systématique à tous les patients interrogent quant au bénéfice thérapeutique. Il convient d'envisager d'autres formules.
- RECOMMANDATION 13..... 49**
Les restrictions vestimentaires imposées aux femmes pour la sieste doivent être individualisées.
- RECOMMANDATION 14..... 50**
Le bénéfice thérapeutique du port d'un uniforme, souvent inadapté à la morphologie des patients et vécu comme stigmatisant, doit être interrogé.
- RECOMMANDATION 15..... 51**
Il convient de laisser aux patients autonomes la libre gestion de leur consommation de tabac.
- RECOMMANDATION 16..... 52**
L'aspect sécuritaire doit être moins prédominant concernant la liberté d'aller et venir des patients dans les pavillons. Les restrictions doivent être avant tout justifiées par la clinique.
- RECOMMANDATION 17..... 52**
Les patients, dont l'état clinique le permet, doivent pouvoir faire usage de leur téléphone portable.
- RECOMMANDATION 18..... 53**
Une organisation doit être définie afin de permettre aux patients autorisés à téléphoner de pouvoir le faire tous les jours dans des conditions garantissant la confidentialité des échanges.
- RECOMMANDATION 19..... 53**
L'accès à Internet doit être élargi aux patients dont l'état clinique est stabilisé.
- RECOMMANDATION 20..... 54**
L'interdiction des visites durant les quinze jours qui suivent l'admission doit être conditionnée par l'état clinique du patient et non systématique. Par ailleurs, la fréquence et la durée des visites doivent être élargies, il convient de mettre en place d'autres dispositifs tels que la visioconférence afin de maintenir les liens familiaux.
- RECOMMANDATION 21..... 55**
Les conditions de visite doivent garantir l'intimité des échanges.

RECOMMANDATION 22..... 56

L'UMD doit mettre en place un cadre et des moyens permettant aux patients de gérer leur vie sexuelle et affective en tenant compte de leur profil, de leur sensibilité et de leur vulnérabilité.

RECOMMANDATION 23..... 58

Les cours intérieures doivent disposer d'abris ou à tout le moins de parasols. Les équipements défectueux ou manquants doivent être renouvelés.

RECOMMANDATION 24..... 60

Les chambres d'hébergement doivent être confortablement aménagées. L'équipement doit tenir compte de l'évolution clinique des patients et comprendre un placard, une table de chevet, une table, un siège et un dispositif d'appel. Les sanitaires des pavillons 36 et 38 doivent être dotés d'une porte. Enfin, les tubes au néon doivent être remplacés par un éclairage plus apaisant.

RECOMMANDATION 25..... 61

L'attention portée à l'hygiène corporelle des patients ne doit pas justifier le recours à un dispositif intrusif et attentatoire à la dignité de la personne.

RECOMMANDATION 26..... 62

Il appartient à l'établissement de doter les pavillons de placards suffisamment grands pour que les patients puissent y entreposer la totalité de leurs effets personnels.

RECOMMANDATION 27..... 62

Il convient d'installer des machines à laver le linge dans les pavillons et de remédier aux pénuries et aux délais tardifs de livraison du linge hôtelier.

RECOMMANDATION 28..... 64

La qualité et la quantité des menus proposés doivent être améliorées, une commission des menus doit être instaurée. Enfin, les plats doivent être servis dans des assiettes.

RECOMMANDATION 29..... 66

Le parcours de soins des patientes doit être repensé afin d'être adapté aux différentes phases de leur état clinique et, en tout état de cause, les conditions de vie et de soins des femmes pré-sortantes doivent se rapprocher le plus possible de celles qu'elles retrouveront dans leur unité de secteur.

RECOMMANDATION 30..... 67

Certaines tâches dévolues au personnel infirmier, qui relèvent de la surveillance et de l'accompagnement des patients, pourraient être déléguées à d'autres agents afin que la dimension du soin demeure au cœur de leur pratique.

RECOMMANDATION 31..... 74

L'administration ou non des médicaments doit être systématiquement enregistrée en temps réel sur le dossier médical informatisé du patient.

RECOMMANDATION 32..... 79

La chambre de « haute sécurité » et les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel et d'un équipement adéquat pour la prise des repas ainsi que d'un accès à l'air libre. En outre, la chambre de « haute sécurité » doit être équipée point d'eau et le WC doit être séparé du reste de la pièce.

RECOMMANDATION 33..... 81

Le renouvellement des mesures d'isolement et de contention doit intervenir avant le terme de la durée prescrite.

- RECOMMANDATION 34..... 81**
Les décisions de renouvellement doivent être prises dans le respect de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.
- RECOMMANDATION 35..... 82**
Le placement systématique en isolement des patients au moment de leur admission, sans tenir compte de leur état psychique, n'est pas justifié.
- RECOMMANDATION 36..... 82**
Il doit être mis un terme à la mise à nu des patientes présentant un risque suicidaire.
- RECOMMANDATION 37..... 83**
Les isolements pratiqués en chambre ordinaire doivent être proscrits et il convient de réfléchir à la création d'espaces d'apaisement.
- RECOMMANDATION 38..... 83**
Il importe de développer des pratiques alternatives à l'isolement et à la contention telles que l'enveloppement qui s'avèrent souvent efficaces pour calmer les états de tension psychique et sont moins traumatisantes pour les patients.
- RECOMMANDATION 39..... 84**
Le recours à la contention ne peut s'effectuer qu'avec des dispositifs qui respectent la dignité des patients, en l'occurrence leur intimité. Il doit être mis fin à l'utilisation de la combinaison.
- RECOMMANDATION 40..... 85**
Le patient, soumis à la contention, doit avoir le choix d'utiliser les toilettes ou éventuellement le bassin. Le recours aux couches ou à l'étui pénien revêt un caractère dégradant.
- RECOMMANDATION 41..... 85**
Rien ne justifie le recours systématique à la contention ventrale dans le cadre de sorties des patients à l'extérieur de l'UMD. Cette pratique est attentatoire à la dignité des patients et doit cesser sans délai.
- RECOMMANDATION 42..... 87**
Toute mesure d'enfermement, même en chambre non spécifique, doit être considérée comme de l'isolement et, à ce titre, être décidée et tracée dans les conditions prévues par la loi.

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT.....	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PRECEDENTE VISITE	12
3. PRESENTATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UMD	15
3.1 L'organisation de l'UMD est inchangée en dépit d'une réflexion institutionnelle engagée depuis de nombreuses années.....	15
3.2 Le projet de pôle met en lumière les sujets relatifs aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne mais leur application concrète est insuffisante	17
3.3 L'effectif limité en personnel infirmier perturbe l'organisation du quotidien des patients.....	18
3.4 La capacité d'accueil de l'UMD ne permet pas de couvrir les besoins du territoire de son ressort	21
3.5 Le comité d'éthique n'est jamais saisi par les équipes soignantes de l'UMD.....	24
4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS.....	26
4.1 L'information orale et écrite des patients est garantie tout au long de l'hospitalisation à l'UMD.....	26
4.2 Le nombre de faits de violence reste faible mais seuls les événements graves sont déclarés par les équipes soignantes.....	28
4.3 Le processus de désignation de la personne de confiance est en place mais il est peu effectif	29
4.4 Les patients peuvent exercer leur droit de vote	29
4.5 L'accès aux cultes est effectif.....	30
4.6 Le pôle social assure un suivi rigoureux de la situation personnelle, sociale et administrative des patients	30
4.7 Une procédure relative à la confidentialité sur la présence est en place.....	32
5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	33
5.1 Les usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement.....	33
5.2 Le fonctionnement de la CDSP n'est pas optimal malgré des améliorations observées.....	33
5.3 La registre de la loi, en voie de dématérialisation, est scrupuleusement tenu et lisible	34
5.4 Le service du JLD, particulièrement dynamique, assure un contrôle efficient des mesures d'hospitalisation	36
5.5 Le JLD se heurte à des moyens insuffisants pour la mise en œuvre de la réforme sur le contrôle des mesures d'isolement et de contention.....	39

5.6	Le fonctionnement de la commission de suivi médical garantit un examen approfondi de la situation du patient	41
5.7	Le collège des professionnels de santé rend des avis circonstanciés.....	42
5.8	Les modalités de la préparation à la sortie sont insuffisantes	44
6.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	48
6.1	Les restrictions imposées à la majorité des patients dans la vie quotidienne sont uniformes, sans adaptation à leur état clinique.....	48
6.2	La liberté de mouvement des patients au sein des les unités est conditionnée par des aspects sécuritaires	51
6.3	Les communications avec l’extérieur sont marquées par des restrictions injustifiées	52
6.4	La question relative à la vie sexuelle des patients en est toujours au stade de la simple réflexion	55
7.	LES CONDITONS DE VIE	57
7.1	Les conditions matérielles d’hébergement ne sont pas suffisamment respectueuses de la dignité des patients et ne tiennent pas compte de leur évolution.....	57
7.2	L’entretien du linge pâtit de délais incompatibles avec une hygiène satisfaisante.....	61
7.3	Les patients peuvent disposer aisément de leur argent	63
7.4	Le mécontentement concernant la quantité et qualité des repas est unanime	63
8.	LES SOINS	65
8.1	La notion de soins oriente la prise en charge psychiatrique malgré d’inévitables impératifs sécuritaires	65
8.2	Une large palette d’activités thérapeutiques est proposée aux patients.....	69
8.3	L’accès aux soins somatiques est bien organisé.....	72
8.4	L’information donnée aux patients et aux familles sur les thérapeutiques dispensées est effective	74
8.5	L’UMD ne différencie pas la prise en charge des patients écroués.....	76
9.	L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION	78
9.1	Les conditions matérielles d’isolement ne sont pas respectueuses des droits des patients.....	78
9.2	Les mesures d’isolement et de contention ne respectent pas le délai légal de mise en œuvre	79
9.3	Certaines pratiques relatives à l’isolement et à la contention sont attentatoires à la dignité du patient	81
9.4	Le registre de recensement des mesures d’isolement et de contention ne reflète pas l’ensemble des situations	86
10.	CONCLUSION	88

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;
- Candice Daghestani ;
- Marie Pinot ;
- Michel Thiriet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Villejuif implantée au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud (département du Val-de-Marne) du 7 au 11 juin 2021.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 7 juin à 14h. Ils l'ont quitté le 11 juin à midi. Le directeur de cabinet du préfet du Val-de-Marne, le directeur de la délégation départementale l'agence régionale de santé (ARS) du Val-de-Marne, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Créteil (Val-de-Marne) ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME). Une réunion de présentation s'est tenue en présence du chef de pôle, des psychiatres et internes, des cadres de santé, de la direction des soins infirmiers, de la responsable du service des droits des patients et des relations avec les usagers, de la directrice du parcours de soins, de la responsable des admissions ainsi que de la secrétaire du service social.

Une salle de travail et un équipement en informatique ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités. La majeure partie des documents demandés ont été transmis. A cet égard, il convient de souligner les efforts fournis pour transmettre aux contrôleurs les documents dans les meilleurs délais compte tenu du caractère inopiné de cette visite. Par ailleurs, la qualité de l'accueil réservé aux contrôleurs et des échanges mérite également d'être soulignée. Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à la commission des usagers (CDU), à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et ils ont pu également être présents aux réunions institutionnelles, à savoir le *staff* d'admission et la commission de suivi médical (CSM).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu le 11 juin. Elle s'est tenue en présence des personnes, à l'exception du président de la CME, qui avaient participé à la réunion de présentation.

2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PRECEDENTE VISITE

A l'issue de la précédente visite qui s'était déroulée au mois de septembre 2012, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait relevé les éléments suivants :

S'agissant des locaux, certaines modifications architecturales (couloirs courbes, pavillon 36 implanté sur deux étages) sont apparues préjudiciables à l'intérêt des patients qui doivent rester groupés et en permanence sous le regard des soignants.

Les locaux de certains pavillons, comme ceux du pavillon 38, ne sont pas très accueillants. L'ameublement des chambres est rudimentaire, aucune décoration n'agrément ni les chambres, ni les salles de détente ou la salle à manger. Les horloges ne fonctionnent pas faute de pile. Les boutons d'appel ne renvoient pas dans le local des soignants. Par ailleurs, il convient de s'interroger sur la vocation de la chambre dite de « haute sécurité » du pavillon 38 dont il a été dit qu'elle pouvait être utilisée comme chambre « ordinaire » ou être prioritairement destinée à l'accueil des personnes provenant de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police.

S'agissant du personnel, même si le nombre d'agents affectés à l'UMD a augmenté depuis 2009, il n'en reste pas moins qu'au jour du contrôle, les vacances de poste et l'absentéisme étaient importants. L'établissement a recours à des intérimaires ou bien les remplacements sont effectués par les infirmiers en principe affectés à l'atelier d'ergothérapie dont les activités peuvent se trouver, de fait, limitées. De même, le temps de présence des médecins est jugé insuffisant. Aucun projet de soins ne fédère les équipes qui, d'une demi-journée à l'autre, posent des règles de vie différentes.

Un effort devrait également être consenti pour améliorer les formations proposées et accordées à l'ensemble des membres du personnel.

En revanche, la supervision des professionnels travaillant à l'UMD est une démarche qui mérite d'être encouragée et soutenue, comme la création d'un observatoire des violences et d'une cellule de soutien et d'analyse.

Les entrées et sorties de l'UMD ne sont pas réalisées avant tout en fonction de l'état de santé des patients mais liées à des questions d'organisation et notamment de places disponibles. En outre, pour environ 20 % des patients admis à l'UMD de Villejuif, il existe de véritables difficultés de sortie. Certains patients y seraient maintenus alors que leurs soins seraient terminés.

Concernant l'admission des femmes, l'ensemble de l'équipe n'est pas associé à la préparation de ces arrivées et des réunions inter-équipes avec l'équipe de l'établissement d'origine ne sont pas organisées.

Des efforts notables ont été entrepris par le groupe hospitalier Paul Guiraud pour mettre en œuvre dans les meilleures conditions possibles les dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement et aux modalités de leur prise en charge. Ces efforts dépassent largement ce qui a été observé dans d'autres établissements. **Pour autant, un certain nombre de difficultés doivent être relevées** même si des évolutions sont intervenues depuis la visite des contrôleurs : retards dans la transmission des arrêtés préfectoraux, absence de notification de l'arrêté préfectoral portant admission à l'UMD et manque d'information du patient quant à ses droits et voies de recours ; refus de la part du corps médical et de la direction de l'établissement d'appliquer les ordonnances de mainlevée au prétexte de la dangerosité du patient ; audiences se tenant essentiellement devant le juge des libertés et de la détention par visioconférence ou sur dossier ; contrôle de l'autorité judiciaire rendu difficile par un registre de la loi commun à l'ensemble des services du groupe

hospitalier Paul Guiraud et des certificats médicaux qui sont parfois exactement identiques ne reflétant pas l'évolution de l'état du patient.

Il est extrêmement regrettable que la commission départementale des soins psychiatriques du Val-de-Marne n'assure pas son contrôle.

Les patients ne sont pas suffisamment informés de leurs conditions d'accueil et de vie, il n'existe aucune règle écrite, même propre à chaque unité remise au patient ou affichée. Ces règles de vie se construisent avec la pratique et sont également liées à la survenue d'incidents.

La logique du parcours de soins et de la progression visant davantage d'autonomie n'est pas toujours évidente dans les pavillons destinés à l'accueil des hommes. Chez les femmes, malgré les déclarations de certains soignants, les règles de vie paraissent être les mêmes que les patientes viennent d'arriver ou soient pré-sortantes.

Au sein des pavillons, certaines pratiques portent atteinte à la dignité des patients :

- le principe général – et une fois de plus systématique – qui consiste dès l'arrivée à revêtir obligatoirement des vêtements et sous-vêtements tous identiques, marqués et fournis par le groupe hospitalier Paul Guiraud, ne semble pas trouver de justification thérapeutique ;
- au sein des pavillons 38 et 37, les conditions dans lesquelles les patients s'habillent (en slip, dans le couloir, avec des tailles souvent mal ajustées), vont prendre leurs médicaments et récupérer leurs affaires personnelles, voire se rendent dans la salle à manger pour le petit déjeuner (en file indienne), sont également indignes.

La confidentialité des conversations téléphoniques n'est pas assurée.

S'agissant des repas, il est incompréhensible qu'au pavillon 38, le choix de la boisson chaude soit effectué en début de semaine et ne puisse plus varier. Par ailleurs, les patients disposent uniquement d'une cuillère (ni couteau, ni fourchette), les obligeant à manger dans des conditions indignes. Les menus ne sont pas affichés.

La place des familles est reconnue. Il existe un groupe de soutien aux familles, réunissant des soignants, qui reçoit un écho positif auprès de tous.

Les modalités de visite sont dûment organisées et les patients en reçoivent régulièrement, même si certaines règles, parce qu'elles sont systématiques, peuvent paraître rigides et injustifiées (pas de visite ni d'appel téléphonique avant un délai de trois semaines après l'arrivée ; jours, horaires et nombre de personnes limités) et semblent se rapprocher, ne serait-ce que par le vocabulaire utilisé, de celles en vigueur dans les établissements pénitentiaires. Il est également dommage que tous les pavillons ne comprennent pas d'espace aménagé et réservé à l'accueil des familles.

S'agissant des activités, il peut être regretté que seul fonctionne, et de manière exemplaire, l'atelier d'ergothérapie au détriment peut-être des autres activités. En revanche, en dehors de cet atelier, les activités sont apparues insuffisantes.

S'agissant de l'isolement, des solutions devraient pouvoir être trouvées pour éviter que certains patients prennent leurs repas sans aucun couvert, utilisant simplement du pain pour porter la nourriture (déjà coupée) à leur bouche. Il convient, d'autre part, de s'interroger sur le recours important à l'isolement pour les femmes, sur la nécessité d'y maintenir des patientes entièrement nues sous leur couverture de force, mesure qui apparaît dégradante.

Si le recours à la contention semble rare, il convient de s'interroger sur la présence de maillots sur les lits ou les portes de placards, prêts à l'emploi ou encore sur le fait que les patients auraient les mains attachées à une ceinture ventrale en cuir, lors des déplacements hors de l'UMD.

Le recours à l'isolement comme à la contention devrait être mentionné sur un registre.

Un effort particulier est effectué s'agissant des soins somatiques dispensés aux patients,

Il importe de veiller strictement à la confidentialité de l'hospitalisation mais aussi au respect du secret médical, dans le cadre des conversations qui peuvent intervenir entre soignants.

Il est remarquable que les patients détenus soient soumis au même régime que les autres patients. En revanche, doit être réglée la question des escortes et des gardes à l'hôpital.

3. PRESENTATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UMD

3.1 L'ORGANISATION DE L'UMD EST INCHANGEE EN DEPIT D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE ENGAGEE DEPUIS DE NOMBREUSES ANNEES

3.1.1 Présentation du groupe hospitalier Paul Guiraud

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

Il dispose de 557 lits dont 420 sont installés sur le site de Villejuif et 120 sont redéployés depuis mai 2012 sur un nouvel établissement à Clamart (Hauts-de-Seine). Par ailleurs, cinquante-cinq structures extra hospitalières sont réparties dans vingt-trois communes.

Les douze secteurs de psychiatrie générale de l'établissement sont regroupés en neuf pôles de soins répartis sur trois territoires de santé. Le dispositif de soins est complété par une offre de dimension régionale assurée par le pôle régional de soins intensifs (pôle 94D00) – auquel est rattachée l'UMD Henri Colin– et le pôle régional de psychiatrie et d'addictologie pour personnes sous main de justice (Pôle 94P15).

L'établissement est situé en zone urbaine en périphérie de Paris. Il est desservi par les transports en commun (une ligne métro et des lignes de bus).

3.1.2 Présentation de l'UMD Henri Colin

Pour rappel, l'UMD Henri Colin fait partie des dix UMD réparties sur l'ensemble du territoire national¹. L'implantation et la configuration architecturale des lieux, décrites dans le premier rapport de visite², sont inchangées. Des travaux de rénovation ont été engagés depuis le précédent contrôle, ils feront l'objet d'un développement spécifique dans le chapitre relatif aux locaux (cf. § 6.1).

L'UMD dispose d'une capacité de soixante-neuf lits qui doit lui permettre, en principe, de prendre en charge les patients en provenance des secteurs d'Ile-de-France, soit un bassin de population de 12 213 447 millions d'habitants³. En outre, elle accueille les femmes issues de la moitié Nord de la France (en raison de l'absence de places réservées aux femmes dans les autres UMD) ainsi que les patients provenant des DOM-TOM (ils représentaient 7 % des admissions en 2020). Ces admissions peuvent se faire à partir d'un secteur psychiatrique, du milieu pénitentiaire, d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ou par l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP) de Paris dans le cadre « *d'une urgence d'utilité publique* ». En pratique, la structure n'a pas la capacité de répondre favorablement à toutes les demandes d'admissions émanant des unités de secteur (cf. § 3.4.2). Par ailleurs, ces demandes ne correspondent pas toujours aux critères d'admission de l'UMD. L'organisation du parcours de soins des patients admis à l'UMD est restée inchangée depuis la précédente visite (cf. § 7.1.2) :

¹ Albi (Tarn), Bron (Rhône), Cadillac (Gironde), Châlons-en-Champagne (Marne), Eygurande (Corrèze), Montfavet (Vaucluse), Plouguernevel (Côtes d'Armor), Sarreguemines (Moselle), Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime).

² <https://www.cgjpl.fr/2018/rapport-de-visite-du-groupe-hospitalier-paul-guiraud-a-villejuif-val-de-marne/>

³ Données INSEE 2018.

- le pavillon 38 est l'unité d'admission réservée aux hommes. Cette unité dispose de dix-sept chambres individuelles, d'une chambre médicalisée et d'une chambre « de haute sécurité » (cf. § 8.1) ;
- le pavillon 37 est une unité intermédiaire accueillant les patients provenant du pavillon 38, une fois leur état clinique stabilisé. Cette unité dispose de dix-sept chambres individuelles, d'une chambre médicalisée et de deux chambres d'isolement ;
- le pavillon 35 est une unité de préparation à la sortie en vue d'une réintégration dans l'unité de secteur. Tous les patients ne passent pas systématiquement par ce pavillon. Certains d'entre eux sortent définitivement de l'UMD à l'issue de leur prise en charge au sein du pavillon 37. L'unité dispose de dix-neuf chambres individuelles, d'une chambre médicalisée et de deux chambres d'apaisement ;
- le pavillon 36 prend en charge les femmes durant l'intégralité de leur séjour. L'unité dispose de dix-sept chambres individuelles, d'une chambre médicalisée⁴ et de deux chambres d'isolement. Seuls quatorze lits et la chambre médicalisée sont réellement disponibles compte tenu des travaux en cours. A la différence des hommes, elles ne bénéficient pas véritablement d'une prise en charge séquentielle adaptée à leur clinique compte tenu du fait qu'elles sont hébergées dans un seul et unique bâtiment implanté sur deux étages (cf. § 7.1.2). L'absence de parcours de soins individualisé avait déjà fait l'objet d'une recommandation lors du contrôle précédent. Une réflexion portant sur cette question est engagée depuis de nombreuses années au sein de l'UMD mais elle n'a pas donné lieu à des mesures concrètes. De même, le projet de mixité au pavillon 35, évoqué dans le projet de pôle (2016-2021), ne semble plus être à l'ordre du jour. Cela est fort regrettable car il aurait l'avantage de faire bénéficier les femmes, étant proches de la sortie, d'un parcours de soins individualisé. Dans le projet, il est fait état d'un obstacle matériel à sa mise en œuvre ; il s'agit de l'absence de séparation des toilettes pour les hommes et les femmes. Cependant des solutions ont été identifiées, il n'y a donc plus d'obstacles matériels à sa réalisation.

RECOMMANDATION 1

La réflexion engagée depuis de nombreuses années sur la réorganisation du pavillon réservé aux femmes et sur la mixité au pavillon des pré-sortants doit donner lieu à des mesures concrètes.

L'UMD dispose également d'un pôle social dont le fonctionnement est décrit dans le chapitre 3.6. Ses membres sont associés aux réunions des équipes des pavillons.

3.1.3 L'antenne mobile

L'UMD dispose maintenant d'une antenne mobile constituée de professionnels interchangeables rattachés à la structure (psychiatres, infirmiers, cadres de santé et psychologues). Ces professionnels de santé expérimentés sont rompus à la prise en charge des pathologies et des profils dont ils ont la charge. Cette expertise est mise au service des unités de secteurs qui se retrouvent confrontés à une impasse thérapeutique avec un patient. L'équipe peut intervenir en amont d'une admission ou en aval de l'hospitalisation à l'UMD. Elle s'inscrit dans un travail de continuité et de

⁴ Si les chambres médicalisées sont dotées de lits amovibles et inclinables elles ne sont pas équipées des fluides médicaux (air, oxygène) et du vide.

partenariat avec les secteurs d'Ile-de-France. L'intervention de l'antenne mobile peut-être initiée soit à la demande d'une équipe du secteur d'origine d'un patient admis à l'UMD, soit proposée par l'équipe de professionnels du pavillon d'UMD prenant en charge un patient sortant. L'objectif est de faciliter sa réintégration après de longs mois d'hospitalisation, selon un programme préalablement défini et contractualisé avant la sortie de l'UMD, en concertation avec les secteurs concernés. Cette antenne est alors mobilisée au cours d'une réunion inter-équipes et d'un entretien clinique avec le patient concerné. Ces missions ponctuelles au sein des unités de secteur permettent aux équipes de l'antenne mobile de conserver un lien avec l'environnement de provenance des patients qui leur sont adressés. En outre, c'est l'occasion de faire connaître l'UMD. Si la création de ce dispositif fait l'unanimité, il mériterait d'être plus largement développé. Les interventions de l'équipe mobile demeurent exceptionnelles, elles ont été au nombre de cinq en 2020 et de trois depuis le début de l'année 2021. Ces missions requièrent de la disponibilité – les professionnels y consacrent aisément une matinée – et du personnel en nombre suffisant pour maintenir l'effectif nécessaire dans les pavillons de l'UMD.

3.2 LE PROJET DE POLE MET EN LUMIERE LES SUJETS RELATIFS AUX DROITS FONDAMENTAUX ET A LA DIGNITE DE LA PERSONNE MAIS LEUR APPLICATION CONCRETE EST INSUFFISANTE

Les contrôleurs ont pris connaissance du projet de pôle (2016-2021) spécifique à l'UMD et du document provisoire intitulé « *Perspectives du projet de pôle 2018-2023* » qui fait l'objet d'une réflexion collective. Ce document n'était pas encore finalisé, les réunions de travail ont été interrompues en raison de la pandémie de la Covid-19.

Ce document met en lumière la volonté d'inscrire les thèmes portant sur la dignité, le respect de l'individu, les restrictions de liberté et plus largement les droits fondamentaux, au cœur des débats. Cependant, à la lecture des règles de vie régissant le quotidien des patients, il apparaît que ces questions ne sont pas suffisamment prises en compte. Le projet met en évidence la nécessité d'associer à ces espaces d'échanges, l'ensemble des professionnels de santé et des acteurs extérieurs à l'UMD.

Il convient de préciser que des changements ont d'ores et déjà été opérés depuis le précédent contrôle, dont certains font l'objet d'un développement dans le présent rapport. Ainsi donc, l'assouplissement de certaines règles de vie et la création d'espaces de parole pour débattre autour de la sexualité ou bien de l'isolement et de la contention, auxquels sont associées toutes les catégories professionnelles, méritent d'être soulignés. Par ailleurs, la nouvelle dynamique insufflée par la chefferie de pôle se traduit par un décloisonnement de l'UMD qui auparavant adoptait un fonctionnement en vase clos. Nonobstant ces constats positifs, il reste néanmoins des axes d'améliorations relatifs à certaines pratiques qui sont ancrées depuis fort longtemps et qui perdurent. Elles méritent d'être réinterrogées en ce sens qu'elles portent atteinte aux droits fondamentaux.

Un autre projet a retenu l'attention des contrôleurs. Il porte sur la création d'une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) dont l'objectif est de répondre aux nombreuses demandes émanant des unités de secteur mais qui ne correspondent pas aux critères d'admission de l'UMD. Selon les témoignages recueillis et les données communiquées, parmi les demandes adressées à l'UMD, 33 % de ces demandes sont des situations qui relèvent d'une USIP (23 %) ou de non-indication à une UMD (10 %) (cf. § 2.4). Cette nouvelle structure, complémentaire à l'UMD, aurait vocation à prendre en charge ces patients nécessitant un environnement fermé et structuré. Il est prévu de l'établir à

proximité de l'UMD à la place d'une structure existante, conçue en préfabriqué, mais qui devrait être reconstruite. L'ouverture de cette USIP est planifiée pour 2023.

Il avait été envisagé pendant un temps de créer une unité d'électro convulsivothérapie (ECT) mais le projet a finalement été confié à un autre service. Par ailleurs, le traitement par ECT ne concerne que très peu de patients provenant de l'UMD (environ trois par an).

3.3 L'EFFECTIF LIMITE EN PERSONNEL INFIRMIER PERTURBE L'ORGANISATION DU QUOTIDIEN DES PATIENTS

Selon les propos recueillis, le GHPG a engagé des efforts considérables sur le recrutement de professionnels de santé au sein de l'UMD depuis la précédente visite du CGLPL. En outre, le nouveau binôme, formé par le chef de pôle et la cadre supérieure de pôle, a impulsé une nouvelle dynamique portée par l'ensemble des équipes.

L'hôpital est néanmoins confronté à une pénurie d'importance majeure concernant le personnel infirmier. Ainsi donc, il était prévu de fermer cinquante lits d'hospitalisation complète dans les unités de secteur durant la période d'été, afin de permettre aux agents de prendre leurs congés annuels.

3.3.1 L'effectif médical de l'UMD

L'effectif médical de l'UMD compte cinq équivalent temps plein (ETP) de praticien hospitalier (PH) et un ETP de médecin psychiatre assistant. Cet effectif est complété par trois internes. Depuis l'arrivée du chef de pôle, le corps médical a été en majeure partie renouvelé. Les clivages entre praticiens, constatés durant la première visite du CGLPL, ne sont plus d'actualité. Des échanges réguliers ont lieu entre les PH et à la différence de 2012, les praticiens sont également beaucoup plus présents dans les pavillons et notamment en fin d'après-midi, moment de la journée durant lequel des incidents sont susceptibles de se produire. La présence des médecins rassure les soignants qui se sentent écoutés et soutenus, ce qui permet de créer un cadre contenant et sécurisant pour le patient.

Les gardes médicales psychiatriques de nuit sont assurées par le psychiatre sénior de garde GHPG. Des psychiatres de l'UMD sont présents sur site le samedi, le dimanche et les jours fériés matin. Ils sont d'astreinte téléphonique à tour de rôle du vendredi soir au lundi matin. En conséquence, ils ne participent pas aux gardes de l'hôpital. Ils font le tour de tous les pavillons pendant leur temps de présence sur le site. Un interne en psychiatrie assure également une garde à l'UMD les week-ends et jours fériés.

3.3.2 L'effectif paramédical de l'UMD

L'effectif paramédical a également été en partie renouvelé depuis la précédente visite, les fiches de poste des agents ont été remaniées et les critères de recrutement ont évolué. Les agents qui postulent doivent désormais bénéficier d'une expérience confirmée en psychiatrie ou bien alors il s'agit de professionnels, sortant d'école, qui ont effectué un stage au sein de l'établissement qui s'est particulièrement bien déroulé. La capacité d'initiative et de prise de décisions sont des critères recherchés auprès des postulants en raison de la spécificité des profils à prendre en charge. Les soignants perçoivent une prime d'un montant de 240 euros brut liée aux risques encourus.

Si les équipes paramédicales ont évolué depuis 2012, il n'en demeure pas moins que certains agents sont en poste depuis plus de dix ans. Le cadre « rigide et structurant » de l'UMD conviendrait

parfaitement à certains d'entre eux d'où leur refus d'être affectés dans un autre service. La direction des ressources humaines n'a pas mis en place de politique de mobilité et toute proposition d'affectation serait perçue par certains agents comme une sanction. *A contrario*, le *turn-over* est élevé concernant la nouvelle génération d'infirmiers qui opte avant tout pour la diversité des expériences et pour un planning qui puisse être en adéquation avec sa vie personnelle. Selon les propos tenus par un cadre de santé, il s'agit d'une génération à l'esprit inventif mais dont l'engouement est éphémère.

Lors de la visite, l'effectif théorique comptait soixante-dix-neuf postes d'infirmiers pour 73,5 ETP, 5 ETP étaient vacants. A titre d'exemple, deux postes d'infirmiers étaient vacants au pavillon 37 depuis le mois de mars 2021 en raison de deux mutations. Le poste du cadre de santé était également vacant depuis le mois d'avril 2021 car l'agent qui était en poste avait été affecté au pavillon 36 afin de pourvoir le poste vacant. Le cadre de santé du pavillon 35 assurait l'intérim au pavillon 37. Il était prévu que le poste soit pourvu en septembre.

Les postes d'aides-soignants (AS), au nombre de vingt-et-un, étaient tous pourvus. L'effectif théorique des infirmiers est identique à 2012 alors que celui des AS a diminué (vingt-deux en 2012). L'effectif des ASH, au nombre de seize, était également au complet.

Dans les pavillons 36 et 38, l'effectif compte cinq agents le matin et l'après-midi alors que dans les pavillons 35 et 37, il en comprend quatre le matin et l'après-midi (effectif minimum). Les équipes sont obligatoirement composées de deux agents de sexe masculin au minimum et de deux infirmiers, les deux autres agents étant des aides-soignants. Les équipes de jour alternent entre le matin et l'après-midi.

Les équipes de nuit sont constituées de deux infirmiers ou d'un infirmier et d'un AS par pavillon. Il s'agit d'équipes fixes alors qu'auparavant il existait un système de rotation entre les équipes de jour et de nuit. Ce système de rotation aurait généré un mécontentement et les syndicats se seraient opposés au maintien de cette organisation.

De l'avis des agents rencontrés, c'est l'effectif qui détermine l'organisation du quotidien des patients notamment pour la liberté d'aller et venir, la mise en place d'activités et de sorties thérapeutiques. Or, les équipes sont en nombre insuffisant pour « *pouvoir faire autre chose que le minimum* ». A cet égard, il convient de préciser que dans certaines UMD visitées par le CGLPL les équipes sont plus étoffées. Elles sont constituées de six soignants, dont l'un intervenait en horaire décalé, pour un même nombre de patients.

Le 9 juin 2021, lors de la semaine de visite des contrôleurs, deux infirmiers du pavillon 37 ont dû accompagner un patient pour une consultation somatique externe. Deux agents (dont la cadre de santé) du pavillon 36 se sont déplacés au pavillon 37 pour être aux côtés des deux autres soignants qui devaient assurer la surveillance de deux patients qui recevaient respectivement la visite d'un proche dans le patio. A cet égard, on peut légitimement interroger la nécessité de mobiliser systématiquement quatre soignants durant les visites familiales. Ces deux visites se déroulant entre 15h et 16h, les autres patients enfermés dans leur chambre depuis 13h pour la sieste, n'ont pu en sortir qu'à partir de 16h au lieu de 15h. En effet, il a fallu attendre le retour des deux soignants, partis accompagner le patient en consultation externe, pour pouvoir ouvrir les portes des chambres. Il a été indiqué que cela se produisait fréquemment, de même les activités ou les sorties sont régulièrement annulées faute de soignants en nombre insuffisant (cf. §.7.2).

Enfin, il a été constaté qu'une majorité des tâches dévolues aux infirmiers relevait essentiellement de la surveillance des patients et des accompagnements à l'extérieur (audiences JLD, consultations

médicales extérieures). Elles mobilisent considérablement les professionnels de santé et prennent le pas sur le soin (cf. § 7.1.3).

RECOMMANDATION 2

Le nombre de soignants au sein des pavillons doit être augmenté pour que l'organisation du quotidien des patients ne soit pas perturbée.

L'UMD compte également 1,5 ETP budgété de psychomotricien mais au moment du contrôle seul 0,6 ETP était pourvu. L'une des deux psychomotriciennes du service avait quitté l'établissement en février 2021 et elle n'avait pas encore été remplacée. Un ETP d'ergothérapeute supplémentaire a été embauché en juin 2021.

RECOMMANDATION 3

Les postes de psychomotriciens doivent être pourvus.

3.3.3 La gestion des absences

A la différence de 2012, il n'est plus fait appel à des agents intérimaires, ne connaissant pas la structure, pour pallier les absences. De même, il n'est plus mis en place de procédure dégradée qui consisterait à disposer d'un effectif qui soit en dessous du seuil minimum. Lorsque l'absence d'un agent survient dans les pavillons 36 ou 38, il est fait appel aux agents sur leur temps de repos qui sont rémunérés en heures supplémentaires à hauteur de vingt-quatre heures par mois maximum. Les ressources sont également mutualisées mais il s'agit bien souvent d'agents du pôle transversal qui sont sollicités, en conséquence les activités sont interrompues.

Lorsqu'il faut pallier une absence dans les pavillons 35 et 37, il est également fait appel à un pool de vacataires qui connaissent bien l'établissement mais qui n'ont pas nécessairement une expérience confirmée en UMD.

3.3.4 La formation

L'établissement propose un éventail diversifié de formations. Lors de la visite, de nouveaux modules de formation étaient en cours d'élaboration mais ils ont été momentanément interrompus en raison de la pandémie.

Les sessions de formation regroupent les soignants des différents secteurs permettant ainsi aux agents de l'UMD de s'ouvrir vers l'extérieur. Hormis les formations incontournables (prise en charge du risque suicidaire, la formation à la gestion et à la prévention des situations de violence [OMEGA] et l'AFGSU⁵), il est proposé des modules innovants tels que l'approche des autres cultures ou encore le « *soclecare* ». Ce module a pour objectif d'inciter les infirmiers à identifier les tâches qui relèvent de leur rôle propre afin de leur permettre de replacer la dimension du soin au cœur de leur pratique. Concernant les formations spécifiques à l'UMD, il est proposé aux ASH une formation d'une durée de cinq jours leur permettant d'acquérir des notions sur la maladie mentale.

L'établissement propose également des sessions de formation sur l'isolement et la contention mais qui doivent faire l'objet d'une harmonisation au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT)

⁵ Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

dont fait partie l'établissement. Un projet de « *serious game* » pour 2022 est en cours d'élaboration. A travers une mise en situation, les participants seront invités à repérer les mauvaises pratiques relatives aux mesures d'isolement et de contention.

Enfin, un projet de formation portant sur les droits des personnes soignées et leur entourage est à l'ordre du jour.

Hormis les formations proposées par l'établissement, les agents se voient offrir la possibilité de suivre un cursus universitaire. Lors de la visite, deux infirmiers étaient inscrits au diplôme universitaire (DU) de santé mentale.

3.4 LA CAPACITE D'ACCUEIL DE L'UMD NE PERMET PAS DE COUVRIR LES BESOINS DU TERRITOIRE DE SON RESSORT

3.4.1 Activité de l'UMD

Lors de la visite, le pourcentage de patients (de sexe masculin essentiellement) admis sous le statut d'irresponsable pénaux était de 26 %. La proportion de détenus était de 10,7 %.

Répartition des patients au moment de la visite

Statut des patients	Pavillon 35	Pavillon 36	Pavillon 37	Pavillon 38	TOTAL
SPDRE ⁶	7	10	11	12	40
Irresponsabilité pénale (Article 122-1 du code pénal)	9	1	4	3	17
Détenus (D.398)	3	2	2	1	7
Total	19	13	17	16	65
le plus âgé	47	51	63	73	/
le plus jeune	25	21	22	19	/
Admission la plus ancienne	2007	2013	2017	2008	/
Région parisienne	NC	NC	NC	13	
Province	NC	NC	NC	1	

Evolution de l'activité

⁶ Soins sur décision du représentant de l'Etat.

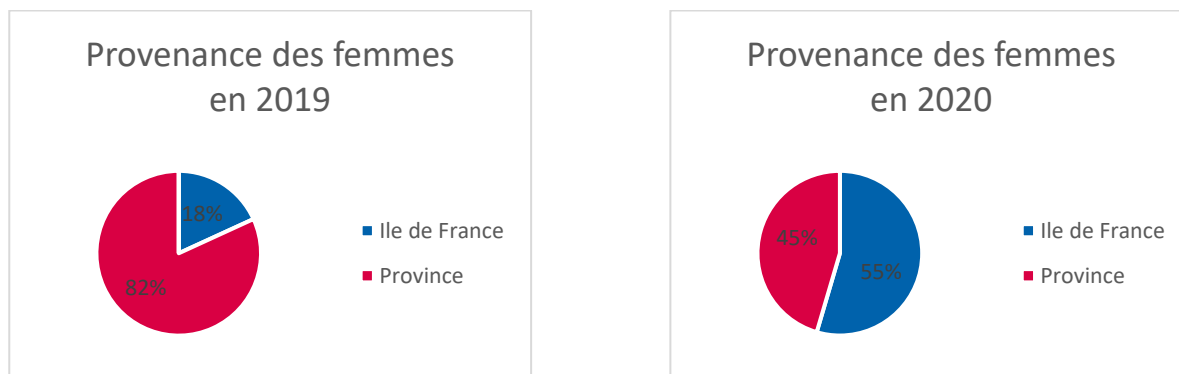
Information sur le statut des patients	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Totalité des admissions	9	31	8	23	6	21	9	22	12	22	11	17
Nombre de patients en SDRE	9	26	8	18	6	18	9	21	12	19	10	16
Nombre de patients relevant du statut d'irresponsable pénal (Article 122-1 du code pénal)	/	2	/	2	/	1	/	/	/	/	/	1
Nombre de patients détenus hospitalisés sous le régime de l'article D.398	/	3	/	3	/	2	/	1	/	3	1	/

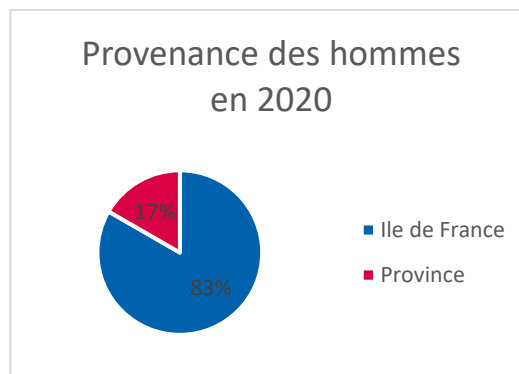
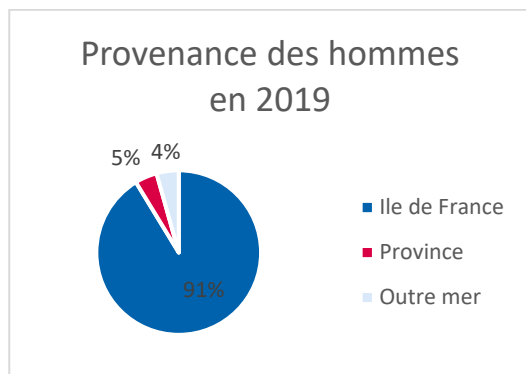
Le tableau ci-dessus met en lumière la diminution du nombre d'admissions parmi les hommes alors que ce chiffre est en légère augmentation chez les femmes. Si le nombre de patients, relevant d'un statut d'irresponsable pénal au moment de leur admission est faible, plusieurs d'entre eux, admis en SDRE, ont vu leur statut d'hospitalisation être transformé au cours de leur séjour à l'UMD comme en témoigne le tableau ci-dessous.

Années	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Patients dont le statut a été transformé en irresponsabilité pénale	10	16	24	33	38	28

Ce nombre a considérablement augmenté au cours de ces quatre dernières années bien qu'il ait diminué en 2020 mais cette année fut particulière en raison de la pandémie de Covid-19. Lors de la visite, le nombre de patients hospitalisés sous ce régime s'élevait à dix-neuf.

Provenance des patients





Si la majorité des hommes hospitalisés à l'UMD sont domiciliés en Ile-de-France, il n'en va pas de même pour les femmes dont une proportion importante vient de départements éloignés ce qui rend plus difficile le maintien des liens avec les proches.

3.4.2 La gestion des demandes d'admission

L'admission à l'UMD relève exceptionnellement d'une procédure d'urgence et ne s'effectue qu'après une décision prise par le chef de pôle lors d'un *staff* collégial hebdomadaire auquel assistent pour avis les médecins des pavillons, les assistants, les cadres du pôle et des unités, un membre du service social et les internes. Les contrôleurs ont pu assister à cette réunion.

En moyenne, dix dossiers sont examinés par semaine et trois acceptés par mois.

Les critères retenus pour l'admission sont évidemment fonction du nombre de lits disponibles mais aussi des indications. Sont privilégiés les chimiorésistances constatées par les équipes de secteur ou l'épuisement de ces équipes du fait d'un passage à l'acte violent. L'UMD est également soumise aux injonctions d'admission en urgence concernant les patients adressés par l'IPPP.

Un protocole écrit remis aux contrôleurs et validé en mars 2020 précise les différentes étapes à suivre par le service hospitalier demandeur et l'UMD. Le service demandeur doit s'engager à reprendre le patient une fois que la commission de suivi médical (CSM) aura décidé de son départ de l'UMD.

Tableau des demandes d'admission 2019 et 2020

Années	Demandes examinées en staff		Admissions		Délai demande-admission en jours	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Total	407	323	34	28	27	32

Le tableau ci-dessus met en évidence le faible pourcentage d'admissions acceptées par rapport à la totalité des demandes : 8,35 % en 2019 et 8,66 % en 2020.

Les refus d'admission sont toujours motivés et il n'est pas dressé de liste d'attente. Pour un patient refusé, l'établissement demandeur doit refaire une demande.

Les motifs les plus fréquents avancés pour les refus d'admission sont l'éloignement du patient de son habitat, un état clinique non prioritaire et le manque de lits.

Motifs de refus

Années	2019		2020	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Eloignement	160	43	107	36
Non prioritaires	95	25,3	111	37,7
Manque de lits	67	18	59	20
Transfert vers autre UMD ou USIP	29	8	11	4
Temporisation	7	2	1	0,3
Non-indication	4	1		
Sans suite donnée	8	2	3	1
Certificats médicaux problématiques	2	0,5	0	0
Intervention équipe mobile	1	0,2	3	1
TOTAL	373	100	295	100

La temporisation signifie que l'état du patient s'est amélioré entre la demande et l'examen du dossier et que l'accueil en UMD n'est plus d'actualité.

Dans le cas d'un refus d'admission en UMD, le service des admissions et relations avec la justice adresse un mail ou un courrier au secteur de soins demandeur, l'informant du(es) motif(s) de refus. Ce dernier dispose alors d'un droit de recours : le médecin demandeur débouté peut s'adresser par courrier à la délégation territoriale de l'ARS du Val-de-Marne. Le préfet saisit alors dans les plus brefs délais la CSM de l'UMD en l'enjoignant à réexaminer le dossier du patient et à rendre un nouvel avis confirmatif ou infirmatif. Cet avis est ensuite adressé par le président de cette commission au préfet du Val-de-Marne.

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE N'EST JAMAIS SAISI PAR LES EQUIPES SOIGNANTES DE L'UMD

Le comité d'éthique de l'établissement se réunit tous les deux mois. Les sujets abordés par les membres du comité proviennent des saisines émanant des différents services. A titre d'exemple, le comité avait été saisi sur l'interdiction des visites des familles dans les unités d'hospitalisation au début de la pandémie de Covid-19. Il a rendu un avis qui a permis d'assouplir les règles assez rapidement.

Jusqu'à ce jour, le comité n'a pas été saisi par les équipes soignantes de l'UMD qui ont pourtant connaissance de son existence. Cela est fort regrettable car certaines pratiques mériteraient d'être débattues au sein de cette instance.

RECOMMANDATION 4

L'UMD est encouragée à saisir le comité d'éthique pour nourrir ses réflexions et bénéficier d'un regard extérieur.

4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 L'INFORMATION ORALE ET ECRITE DES PATIENTS EST GARANTIE TOUT AU LONG DE L'HOSPITALISATION A L'UMD

Au sein de l'établissement hospitalier, une démarche d'autoévaluation sur la thématique des droits des patients, présentée en commission des usagers (CDU), a été engagée et était en cours au moment du contrôle⁷.

A l'UMD, l'information délivrée au patient sur son statut et ses droits est garantie. Le livret d'accueil était en cours d'actualisation lors de la visite.

4.1.1 Les informations délivrées sur le statut, les droits et l'hospitalisation à l'arrivée du patient

Lors de la dernière visite, les modalités d'application de la loi du 5 juillet 2011 étaient en cours de définition. Les textes et les pratiques ayant évolué depuis lors, l'arrêté préfectoral d'admission en SDRE et l'arrêté de transfert en UMD sont désormais notifiés par l'établissement d'origine. La seule situation qui pourrait conduire l'UMD à notifier ces décisions est celle de l'accueil en urgence d'un patient le plus souvent par l'IPPP de Paris.

Avant l'arrivée à l'UMD, le secrétariat médical adresse le dossier constitué par l'établissement d'origine au bureau des admissions qui vérifie la régularité des certificats médicaux et de la mesure (arrêtés préfectoraux et notification au patient), l'absence d'audience devant le JLD peu de temps après la date fixée pour le transfert à l'UMD. Le transfert peut être suspendu si le dossier est incomplet ou irrégulier ou encore si une audience devant le JLD doit intervenir ; dans ce cas l'ARS en est informée. Le service des admissions vérifie notamment que les certificats médicaux mensuels sont bien établis de date à date et non postérieurement à la date précédente, la jurisprudence des juridictions d'Ile-de-France étant, dans ce dernier cas, de lever la mesure.

Par ailleurs, l'information sur les droits des patients et leurs voies de recours a évolué positivement depuis la dernière visite. En effet, lors de la dernière visite la procédure d'information était en cours de modification ; le règlement intérieur, un livret sur les voies de recours et le livret d'accueil étaient en voie d'actualisation.

Lors du contrôle, à leur arrivée, les patients sont systématiquement informés oralement des droits attachés à leur statut et des voies de recours. De plus, il leur est systématiquement remis, dans les 24 heures qui suivent leur admission, une plaquette d'information complète et lisible intitulée « vos droits et recours » – déclinée pour les SDRE et les soins sur décisions du directeur d'établissement (SDDE) – ainsi que le livret d'accueil. Cette plaquette contient des informations relatives à la période d'observation et de soins initiale, aux modalités de prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins) ainsi qu'aux voies de recours (juge des libertés, commission départementale

⁷ Elle décline les objectifs suivants : le patient est informé et son implication est recherchée, le patient est respecté (intimité, dignité, confidentialité), les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient, la pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée, les équipes sont coordonnées pour une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, les équipes évaluent leur pratique au regard notamment du résultat clinique de leur patientèle, l'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement (communication centrée sur le patient, lutte contre la maltraitance, accès au dossier, implication des représentants des usagers).

des soins psychiatriques, CGLPL, tribunal administratif, cour d'appel) avec mention de l'ensemble des adresses postales et des coordonnées du bureau des associations des familles des usagers. Comme constaté lors de la visite du GHPG de 2016⁸, le JLD est nommé juge des libertés.

Cette remise est d'ailleurs tracée dans le registre de la loi (cf. § 4.3) par le versement d'une « attestation de remise de l'information relative à la situation juridique et aux voies de recours des patients soignés en soins psychiatriques sans consentement ». En cas d'impossibilité de remise, compte tenu de l'état clinique du patient, le médecin apposera son cachet et sa signature ; il est par ailleurs rappelé qu'une mention motivée de cette impossibilité est à porter dans le dossier médical. Il est également prévu que si le patient refuse de signer, un témoin pourra alors le faire à sa place, en précisant sa qualité.

Cette avancée positive mérite néanmoins d'être nuancée pour le pavillon 38 dans la mesure où les documents ne sont pas laissés à la disposition du patient compte tenu de son placement dans la chambre de haute sécurité, ce qui obère ses droits.

RECOMMANDATION 5

A son arrivée, le patient doit pouvoir accéder aux documents relatifs à ses droits même lorsqu'il est placé en chambre de haute sécurité.

4.1.2 Les informations délivrées pendant l'hospitalisation à l'UMD

Le secrétariat de l'UMD et le bureau des admissions disposent d'outils de suivi (tableaux Excel, agendas, etc.) pour garantir la tenue des échéances (audiences JLD, certificats médicaux mensuels, etc.). Les certificats médicaux peuvent être rédigés et enregistrés directement sur le logiciel de dématérialisation *Planipsy* (cf. § 4.3), un système de signature électronique sera mis en place dans le courant de l'été 2021.

Au moment de l'élaboration du certificat médical mensuel, le patient est reçu en entretien, la question du maintien de la mesure est abordée et ses observations sont tracées. Le patient est également tenu informé des différentes étapes que constitue son parcours de soins sans consentement. Une information lui est délivrée sur le contenu du certificat. Néanmoins, il n'est pas systématiquement proposé au patient la remise d'une copie du certificat médical qui sera pourtant versée à la procédure présentée devant le JLD et dont il pourra avoir connaissance par le biais de son avocat.

La direction encourage la remise d'une copie du certificat médical et des décisions, préconisation relayée *via* le président de la CME, selon les informations recueillies.

⁸ Rapport de visite 2016 – CGLPL.

RECOMMANDATION 6

Une copie du certificat médical, versée à la procédure devant le JLD, doit être proposée au patient.

Comme relevé lors de l'examen du registre de la loi, les certificats médicaux sont particulièrement bien étayés (cf. § 4.3). En revanche, les arrêtés des préfetures ne sont pas toujours motivés se contentant souvent de viser les certificats médicaux, sans autre précision.

La convocation devant le JLD est remise par le médecin au patient et à l'issue de l'audience, une copie de la décision du JLD lui est également remise.

Par ailleurs, en coordination avec le service social de l'établissement, le point d'accès au droit (PAD) organise des consultations juridiques gratuites les matinées des troisièmes jeudis de chaque mois au sein de l'établissement dans le cadre d'une convention avec le TJ permettant d'aborder des questions diverses relevant du droit des contrats, du droit du travail, du droit des étrangers, du droit de la famille et des droits relatifs au statut de l'hospitalisation en soins sans consentement. Il apparaît opportun que les patients de l'UMD aient connaissance de ces consultations et la possibilité d'en bénéficier avec l'accord du médecin si leur état clinique le permet.

4.2 LE NOMBRE DE FAITS DE VIOLENCE RESTE FAIBLE MAIS SEULS LES EVENEMENTS GRAVES SONT DECLARES PAR LES EQUIPES SOIGNANTES

Les incidents donnent lieu en principe à un signalement d'événements indésirables (SEI), ils sont examinés par le service qualité et gestion des risques. Dès qu'il s'agit d'un événement grave, le service qualité et gestion des risques se met en relation avec le pavillon concerné et un comité de retour d'expérience (CREX) est constitué.

Les données statistiques communiquées par le service qualité et gestion des risques mettent en lumière le faible nombre de faits de violence parmi le nombre de signalements en provenance de l'UMD. Selon les propos recueillis, seuls les incidents de violence graves ou les actes de violence délibérés sont déclarés. Ainsi les « *petits incidents tels que les agressions verbales et les petits coups* » ne sont pas systématiquement signalés, les soignants sont réticents à le faire car « *ces événements font partie du quotidien* ». Ils ne voient donc pas l'utilité d'établir une déclaration. Cette banalisation de la violence interroge, ce d'autant qu'aucun dispositif de supervision n'est en place, les soignants y seraient réfractaires (cf. § 7.1.3).

Les passages à l'acte graves seraient rares, les soignants effectuent un travail en amont afin de les prévenir et donc de les limiter. En outre, le cadre proposé aux patients est contenant et laisserait peu de place aux interprétations et au sentiment de persécution pouvant donner lieu à des actes de violence verbale ou physique.

En 2020, soixante-quatorze événements indésirables (EI) ont été déclarés dont treize faits de violence soit 17 %. En 2019, les faits de violence représentaient 11 % des EI (13 sur 114) et 6 % en 2018 (7 sur 104).

A la différence de 2012, les passages à l'acte des patients ne sont pas systématiquement suivis de mesures coercitives qui consistaient à l'époque à enfermer systématiquement les patients dans leur chambre contre leur volonté. A cet égard, un cadre de santé a tenu les propos suivants : « *un patient qui invective, ça n'est plus un retour systématique en chambre* ». De même, ces situations donnent lieu à un débriefing en équipe. A titre d'exemple, lors des dernières fêtes de fin d'année se déroulant

dans les pavillons, un incident s'est produit au sein du pavillon 36. Une patiente s'en est prise à une des cadres de santé en lui assénant un coup de poing dans le dos. Il ne s'agissait pas d'un acte délibéré, la patiente étant en proie à des hallucinations auditives. L'équipe a tenté de l'apaiser mais cette dernière, manifestement très agitée, n'était plus réceptive. Il lui a été proposée à regagner sa chambre durant quelques heures. Cet incident a donné lieu à une série de débriefings et à un CREX. Lors de la première visite, il avait été fait état de mauvais traitements de la part de quelques soignants à l'égard des patients. Selon les informations transmises aux contrôleurs, aucune procédure disciplinaire pour mauvais traitements n'a été engagée ces dernières années. Les deux psychologues intervenant à l'UMD échangent fréquemment avec les équipes qui se confient un peu plus aisément qu'auparavant. La question du contretransfert est abordée et les soignants « *passent la main lorsqu'ils n'ont plus la capacité d'avoir le recul nécessaire* ». Selon les propos tenus par un cadre de santé, « *avant il était difficile d'admettre qu'on pouvait être faillible* ».

4.3 LE PROCESSUS DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST EN PLACE MAIS IL EST PEU EFFECTIF

L'information et les modalités relatives à la désignation de la personne de confiance figurent dans le livret d'accueil. Lors du premier entretien conduit par les assistances sociales (cf. § 3.6.1), il est demandé au patient de désigner une personne de confiance dont le rôle est expliqué par les assistantes sociales. Ces dernières cherchent également à connaître l'existence de directives anticipées mais bien souvent les patients n'ont pas réfléchi à la question. A cet égard, le sujet est clairement explicité dans le livret d'accueil.

Les coordonnées de la personne désignée et son lien avec le patient sont renseignés dans le logiciel CIMAISE mais il apparaît que l'accord des personnes désignées n'est pas explicitement recherché. Enfin, seules les personnes de confiance également membres de la famille sont réellement associées aux soins mais au titre de leur lien de filiation. Selon les données communiquées aux contrôleurs, parmi les 107 patients présents, 54 ont désigné une personne de confiance.

RECOMMANDATION 7

La personne de confiance doit être informée de sa désignation par le patient et son accord doit être recueilli.

4.4 LES PATIENTS PEUVENT EXERCER LEUR DROIT DE VOTE

Deux patients ont voté lors des élections municipales de 2020.

La direction des usagers adresse une information écrite au service social de l'UMD et aux cadres de santé des pavillons. L'information est relayée oralement auprès des patients par voie orale et par affichage. Concernant les élections régionales et départementales prévues en juin 2021, l'information a été transmise le 11 mai 2021 mais aucun patient n'avait encore exprimé son souhait de voter.

Il est demandé aux patients intéressés de formuler leur demande par écrit qui est transmise aux assistantes sociales. Il ne peut s'agir que d'un vote par procuration. Les assistantes sociales se chargent de récupérer les pièces pour constituer le dossier de demande de procuration. Les coordonnées de la personne désignée pour la procuration sont transmises à la direction des usagers qui prend attache avec la personne désignée et qui vérifie également l'inscription sur les listes

électorales. Un fonctionnaire de police du commissariat de Villejuif se déplace dans l'établissement pour récupérer toutes les demandes de procuration.

4.5 L'ACCES AUX CULTES EST EFFECTIF

Les informations relatives à l'exercice du culte sont transmises par voie d'affichage dans les pavillons et elles figurent également dans le livret d'accueil. Il y est indiqué que toutes les religions sont représentées à l'hôpital et les coordonnées de l'équipe d'aumônerie figurent sur ces documents. L'hôpital dispose d'un lieu multiconfessionnel auquel les patients peuvent avoir accès en fonction de leur état clinique.

Les contrôleurs se sont entretenus avec les aumôniers qui interviennent régulièrement à l'UMD. Ils n'ont signalé aucune difficulté particulière d'accès aux pavillons sauf lors du premier confinement durant lequel il leur était impossible de se rendre dans les unités. Ils s'entretiennent individuellement ou en groupe avec les patients soit dans le patio soit dans le salon principal. Les patients sont autorisés à conserver avec eux des objets de prière tels que la bible ou le coran.

4.6 LE POLE SOCIAL ASSURE UN SUIVI RIGoureux DE LA SITUATION PERSONNELLE, SOCIALE ET ADMINISTRATIVE DES PATIENTS

4.6.1 La prise en charge de la situation administrative et sociale des patients

L'UMD dispose d'un pôle social composé d'une secrétaire sociale et de deux assistantes de service social qui ont chacune en charge le suivi des patients de deux pavillons. Le pôle social se trouve à l'entrée de l'UMD. Ses membres sont associés aux réunions des équipes des pavillons et peuvent assister à la commission de suivi médical ; un membre du pôle social était d'ailleurs présent à la CSM du 10 juin.

Un tableau mentionnant le statut de chaque patient – écroué, irresponsable pénal, le cas échéant s'il fait l'objet d'un suivi judiciaire, s'il est inscrit au fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes ou encore s'il bénéficie d'une mesure de protection (tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice) – est mis à jour en fonction des évolutions de la situation du patient. De plus, la secrétaire sociale a créé des outils de gestion permettant de disposer d'alertes sur les échéances des droits. Elle a également dressé une liste des interlocuteurs privilégiés des unités de secteur d'origine.

Pour préparer au mieux l'arrivée du patient, lorsque son admission est validée, le secrétariat médical adresse à l'unité de secteur une liste des documents nécessaires à sa prise en charge. A réception, la secrétaire sociale vérifie l'ouverture des droits sociaux de la personne et l'existence de documents d'identité ou titre de séjour et leur validité : affiliation à une caisse primaire d'assurance (CPAM), à une mutuelle, à l'aide médicale de l'Etat (AME), vérification d'une domiciliation, de l'ouverture d'un compte bancaire, vérification de la carte nationale d'identité (CNI), du passeport, du titre du séjour, mise à jour des déclarations d'impôts.

De plus, les ressources du patient sont vérifiées – notamment l'allocation adulte handicapé (AAH), le revenu de solidarité active (RSA), les droits auprès de la caisse d'allocations familiales (CAF) – afin notamment d'ajuster le montant du forfait hospitalier ou de solliciter son exonération. L'évaluation des ressources permet également de veiller à la gestion du budget du patient lorsqu'il ne bénéficie pas d'une mesure de protection ; l'une des préoccupations principales du patient à son arrivée étant la possibilité d'acheter du tabac.

Certains patients disposent d'une domiciliation au sein d'un centre communal d'action sociale (CCAS) avec la nécessité de récupérer leur courrier à échéance régulière, le pôle social fait le lien avec le CCAS.

Le patient est systématiquement reçu à son arrivée lorsque son état clinique le permet, pour faire le point sur sa situation et recueillir son adhésion aux démarches qui seront engagées dans son intérêt (notamment pour bénéficier de l'AAH). La première rencontre et les suivantes sont organisées au sein des unités. Leurs proches sont informés des démarches engagées seulement si les patients l'autorisent. La personne de confiance n'est pas un interlocuteur privilégié, ce sont surtout les mandataires. Le pôle social est également fréquemment en lien avec les familles pour les démarches ce qui est l'occasion pour certaines de livrer des éléments de l'histoire familiale et d'évoquer leurs propres difficultés.

Les patients étant originaires de l'ensemble du territoire national, le pôle social est confronté à des administrations au fonctionnement différent et à la difficulté de créer un réseau partenarial solide dans ces conditions. Le pôle social reprend toute la situation du patient afin de rétablir l'ensemble de ses droits. Les tuteurs ou curateurs sont également sollicités pour la transmission d'informations complémentaires ainsi que les décisions de protection avec une réactivité toute relative.

Les secteurs d'origine sont contactés lorsque les dossiers sont incomplets. Alors que la grande majorité des patients étaient hospitalisés avant leur admission en UMD ou d'autres écroués avec un suivi par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), il n'est pas rare que leur situation sociale ait manqué d'un suivi régulier.

Par exemple, un patient auparavant écroué et affilié à la CPAM de l'Oise a été hospitalisé à l'UMD après une levée d'écrou, la maison d'arrêt n'a pas informé la CPAM de l'Oise du changement de sa situation afin que soit opérée la mutation des droits auprès de la CPAM du Val-de-Marne. Pour plusieurs patients venant d'unités de secteur, les démarches auprès de la maison départementale des personnes handicapée (MDPH) pour l'obtention de l'AAH n'avaient pas été engagées et la situation financière de certains nécessitait de solliciter un plan de surendettement.

Les démarches peuvent prendre de nombreux mois notamment auprès des MDPH d'Ile-de-France. Par ailleurs, des difficultés sont relevées dans les relations avec les CAF. En effet, les démarches s'effectuent *via* une plate-forme numérique. Bien souvent les patients soit ne disposent pas d'identifiants de connexion avec mot de passe ou bien les ont oubliés. Le pôle social qui assiste, le cas échéant, les patients pour effectuer les démarches notamment *via* les postes informatiques du pavillon 35, ne dispose pas d'un accès professionnel leur permettant d'intervenir directement avec l'accord du patient. Par ailleurs, les différentes institutions dont les banques utilisent des plate-formes avec des données d'accès adressées sur un téléphone portable non accessible aux patients pour ceux qui en ont un ; en conséquence, le pôle social utilise le numéro de ligne du téléphone portable du service pour faire avancer les démarches au bénéfice des patients.

4.6.2 La protection juridique

70 % des patients bénéficient déjà à l'arrivée à l'UMD d'une mesure de protection. Il peut arriver que le pôle social initie la demande lors de l'hospitalisation ; l'adhésion du patient est recherchée et, à défaut, un signalement peut être émis. Par exemple, au pavillon 35 (sortants), quinze patients sur dix-neuf bénéficient d'une mesure de protection au moment du contrôle, ou encore à l'unité 38 sur seize patients, six bénéficient d'une telle mesure.

L'investissement des tuteurs ou curateurs est variable. L'établissement dispose d'un service des majeurs protégés qui peut intervenir pour les patients de l'UMD hospitalisés auparavant au sein d'une unité du GH. Les principaux tuteurs institutionnels sont l'Union départementale des associations familiales (UDAF) et l'Association de protection juridique et pour l'autonomie (APJA 75). Des tuteurs privés peuvent également être désignés ou des membres de la famille. Il est constaté un désinvestissement des mandataires souvent difficilement joignables, ils rencontrent les patients de manière exceptionnelle – lors du contrôle une tutrice rendait visite à un patient à l'unité 35 – et se contentent de virer des sommes d'argent sur le compte du patient laissant à l'équipe soignante la charge de l'achat des biens de nécessité pour le patient. Néanmoins, certains mandataires éloignés géographiquement ont des partenariats avec des prestataires qui effectuent des livraisons. Pendant la crise sanitaire des commandes sur le site *Amazon*TM ont permis à des patients de recevoir des produits d'hygiène ou des vêtements en les choisissant sur un catalogue qui leur était présenté.

4.7 UNE PROCEDURE RELATIVE A LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE EST EN PLACE

La question de la confidentialité sur la présence est évoquée dans le livret d'accueil dans la rubrique votre admission. Il est indiqué en ces termes : « *Si vous le souhaitez, vous pouvez demander au bureau des admissions et au cadre de santé de l'unité que votre identité ne soit pas révélée pendant votre séjour dans l'établissement* ». Les contrôleurs n'ont néanmoins pas pu vérifier si cette question était systématiquement abordée par les soignants lors de l'admission.

Les demandes de confidentialité de la présence émanant des patients sont transmises au service des admissions par le cadre de santé du pavillon concerné. L'agent du service des admissions doit alors cocher la case « *confidentiel* » figurant dans le logiciel, un bandeau rouge apparaît immédiatement à côté du nom du patient. Les agents du standard ont accès au même logiciel, ils ont reçu la consigne de transférer immédiatement l'appel au service concerné afin que les agents puissent filtrer l'appel.

Concernant les personnes médiatiques, la procédure est systématiquement enclenchée.

5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

5.1 LES USAGERS SONT IMPLIQUES DANS LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

Les contrôleurs ont pu assister à la CDU du 8 juin 2021 dont certains sujets à l'ordre du jour ont retenu l'attention des contrôleurs : outre la présentation du rapport d'activité 2020 de la CDU, le bilan du rapport d'analyse du registre de l'isolement et de la contention pour l'année 2020 a été présenté par le médecin du département d'information médicale (DIM) ; un point sur la mise en application de la réforme a été fait par la directrice chargée du parcours du patient et les débats ont démontré la difficulté pratique de la mettre en place ; enfin, la dernière rencontre familles-soignants, dispositif instauré par la CDU, s'est tenue peu de temps avant la CDU sur le thème « *addictions et troubles psychiques : cause ou conséquence ? quelle prise en charge ?* ».

La visite de l'aménagement des espaces extérieurs du site de Villejuif, n'a pas pu se tenir en raison de la charge de l'ordre du jour.

Le compte rendu de la CDU du 13 avril 2021 a été communiqué aux contrôleurs. Il convient de préciser que le médecin-chef de l'UMD est membre de la CDU en qualité de médecin médiateur titulaire.

La CDU engage des actions en faveur des droits des patients. Dans le bilan des actions 2020 et objectifs à poursuivre en 2021, il est question d'une harmonisation des règles de vie au sein des unités de secteur dans l'objectif d'une réduction des restrictions dans la vie quotidienne qui a pu se traduire par la modification du règlement intérieur pour généraliser l'accès au téléphone portable érigé en règle et plus en exception. De même, une modification du règlement intérieur a intégré l'installation de coffres à codes au sein des chambres d'hospitalisation. L'installation de la *Wifi* est prévue au futur schéma directeur immobilier. Ces réformes peuvent utilement venir nourrir la réflexion sur les règles de vie à l'UMD.

L'UNAFAM⁹ du Val-de-Marne, qui tient une permanence hebdomadaire le mercredi après-midi, auprès des familles des patients, n'est pas saisie par les familles ou les patients de l'UMD qui pourtant reçoivent une information sur cette possibilité. Aucune explication particulière n'a été donnée aux contrôleurs sur ce point. L'UMD, dans une démarche d'ouverture, a reçu en mars 2019 les représentants de l'UNAFAM des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne ainsi que les membres du bureau national de l'UNAFAM pour une visite de la structure ainsi qu'une présentation de l'organisation et du bilan du pôle.

Depuis la dernière visite, des améliorations ont été apportées s'agissant de l'enquête de satisfaction qui, pour les patients de l'UMD, n'est plus adressée à leur domicile ou à celui de leur famille ce qui était inadapté dans la mesure où les patients sortants de l'UMD restent hospitalisés avec un retour dans l'établissement d'origine.

5.2 LE FONCTIONNEMENT DE LA CDSP N'EST PAS OPTIMAL MALGRE DES AMELIORATIONS OBSERVEES

Lors de la première visite, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne se réunissait pas. Depuis 2018, elle a repris son activité et procède à des visites de manière régulière. Ses membres ont été renouvelés pour une durée de trois années à compter du 2 juin 2019 et elle

⁹ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

est présidée par la représentante de l'UNAFAM depuis le 10 septembre 2020. Il ressort du dernier compte rendu de visite du 5 mai 2021 du secteur 94G10 du CH Paul Guiraud, qu'elle s'emploie à émettre des recommandations dans l'intérêt de la prise en charge des patients (limitation des restrictions de la vie quotidienne, actualisation des documents sur les droits des patients) et a analysé les données relatives à l'isolement et la contention qui ne lui sont pas toujours présentées de manière lisible ainsi qu'à l'application du récent décret du 30 avril 2021. Elle contrôle le registre de la loi (cf. § 4.3), les locaux des unités sont visités, les patients qui le demandent sont entendus ainsi que les professionnels y intervenant.

Néanmoins, elle n'effectue pas d'étude de dossiers de patients comme en témoignent les rapports d'activité communiqués. Par ailleurs, en raison notamment de la pénurie médicale, du départ de certains médecins non remplacés qui la composent, la poursuite de ses missions est fragilisée.

RECOMMANDATION 8

Lors de ses visites, la commission départementale des soins psychiatriques devrait procéder à l'étude de dossiers de patients afin de compléter l'exercice de ses missions.

L'UMD a été visitée par la CDSP le 20 novembre 2019, à cette occasion le registre de la loi commun à l'ensemble des unités de l'établissement a été contrôlé. Ses membres ont visité les pavillons 35 et 38 et les salles d'ergothérapie et de psychomotricité. Il ressort de l'audition de dix-sept patients les points suivants de préoccupation qui rejoignent les constats des contrôleurs : l'équilibre alimentaire et la diversité des repas, le temps insuffisant d'activité et leur diversité, la question des relations intimes.

5.3 LA REGISTRE DE LA LOI, EN VOIE DE DEMATERIALISATION, EST SCRUPULEUSEMENT TENU ET LISIBLE

Un registre de la loi unique pour l'ensemble des unités du site de Villejuif du GHPG est tenu par le bureau des admissions composé de huit agents, d'une responsable du bureau des admissions et d'un cadre administratif qui représente le GH lors des audiences devant le JLD (cf. § 4.3). Les soins sans consentement pratiqués dans les pôles de psychiatrie installés sur le site de Clamart (Hauts-de-Seine) font l'objet d'un enregistrement spécifique sur site.

Lors du contrôle, la dématérialisation du registre à l'aide du logiciel *Planipsy* était en cours. Elle a pris effet à compter du 1^{er} juin 2021. Une réunion avec l'ensemble des secrétariats des unités s'était tenue le 17 mai 2021 afin d'organiser le partage des tâches du renseignement des éléments du registre sur le logiciel.

La présidente de l'UNAFAM qui avait contrôlé le registre au mois de mai 2021 a auparavant participé le 25 mars 2021 à une réunion avec notamment un représentant du développeur pour s'assurer que la mise en œuvre de la dématérialisation permettrait à la CDSP d'assurer son contrôle.

L'organisation des registres n'a pas changé depuis la visite du GHPG du 6 au 15 juin 2016¹⁰ par une équipe du CGLPL. Des livres sont tenus d'un côté pour les SDDE et de l'autre pour les SDRE par un agent du service des admissions affecté à cette mission. Les supports utilisés sont les mêmes, des

¹⁰ <https://www.cgpl.fr/2018/rapport-de-visite-du-groupe-hospitalier-paul-guiraud-a-villejuif-val-de-marne/>

registres cartonnés format A2¹¹ au sein desquels, à 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 que celui du dessous reste consultable. 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 le livre suivant auquel il est renvoyé, ce qui permet au registre initial de respecter toujours l'ordre chronologique d'arrivée.



Registre de la loi

Les contrôleurs ont examiné les feuillets relatifs aux patients de l'UMD – signalés par un marqueur par un agent du bureau des admissions pour faciliter le travail des contrôleurs – au sein du livre n°39¹² des SDRE comportant en totalité 199 feuillets.

Ils contiennent toutes les mentions prescrites par la loi¹³. De plus, l'attestation de remise des documents relatifs aux statut, droits et voies de recours est versée dans le registre datée après avoir été signée par le patient dans les 24 heures de son admission.

L'examen du registre a permis de constater que les observations formulées en 2012 sur l'élaboration des certificats médicaux ont été suivies d'effet. En effet, ils sont particulièrement bien étayés et précis, ils permettent de connaître de manière lisible l'évolution du patient sur sa prise en charge, les caractéristiques de sa maladie, l'évolution de son état clinique. Cela démontre une connaissance fine du patient par le médecin et les équipes soignantes.

¹¹ 420 X 594 millimètres.

¹² Consultation des feuillets 39/3, 39/6, 39/9, 39/38.

¹³ Article L3212-11 : « Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures : 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ; 2° La date de l'admission en soins psychiatriques ; 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L.3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ; 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ; 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ; 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ; 8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7 ; 9° Les décès. »

En revanche, les arrêtés préfectoraux consultés sont rarement motivés, visant les certificats médicaux.

Les registres font l'objet de contrôles réguliers. Contrairement aux constats dressés en 2012, ils sont régulièrement contrôlés par la CDSP et pour la dernière fois le 5 mai 2021. D'ailleurs, les rapports du 20 novembre 2019 et 5 mai 2021 de la CDSP font également état d'une bonne tenue du registre de la loi.

5.4 LE SERVICE DU JLD, PARTICULIEREMENT DYNAMIQUE, ASSURE UN CONTROLE EFFICIENT DES MESURES D'HOSPITALISATION

5.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Depuis le mois de mars 2013, deux audiences foraines se déroulent au sein de l'hôpital les mardi et jeudi matin. Le contrôle des mesures de soins sans consentement représente pour le service du JLD du TJ de Créteil une audience chaque matin pouvant se prolonger l'après-midi, les dossiers du GHPG représentant 30 à 40 % de l'activité.

Le rôle comporte habituellement dix à vingt-cinq dossiers et inclut les patients de l'hôpital Paul Brousse, en faible nombre, ceux de l'UMD et de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Villejuif.

La saisine et tous les documents nécessaires sont transmis, par mail crypté, par le service des admissions au greffe, au plus tard, le vendredi précédent avant midi pour les audiences du mardi et le lundi pour celles du jeudi ; à défaut les procédures sont audiencées sur les audiences tenues au sein des autres établissements du ressort, le vendredi à Créteil ou le lundi à Saint-Maurice (Hôpital Esquirol). La convocation est remise au patient par un médecin (cf. § 3.1).

Selon les informations recueillies, certains JLD sollicitent un nouveau certificat médical dit de situation en date de la veille de l'audience et d'autres ne l'exigent pas si l'état du patient n'a pas évolué.

Les audiences se tiennent dans une salle lumineuse spécialement aménagée¹⁴ située non loin de l'UMD dans le pavillon 15, adjacent au bâtiment du foyer d'accueil médicalisé (FAM). Le parcours pour y accéder depuis l'entrée des visiteurs est désormais signalisé. A l'entrée, se trouve une banque d'accueil tenue par les agents du service des admissions. A gauche en entrant, une vaste salle d'attente permet d'accueillir les patients et les soignants qui les accompagnent ainsi que les proches. En face se trouve une petite salle d'attente réservée aux patients de l'UHSA et aux escortes pénitentiaires ; elle est également utilisée pour les patients de l'UMD écroués afin notamment d'éviter de les exposer à la vue des autres patients et du public. Derrière la banque d'accueil, se trouve la salle d'audience qui dispose d'une salle adjacente servant de salle de délibéré et de visioconférence ; elle est par ailleurs équipée d'un poste informatique et d'une imprimante. Et à droite, une fois dépassée la banque d'accueil, se trouvent deux salles d'entretien pour les avocats.

¹⁴ La convention ARS-TJ-GHPG organisant les modalités de contrôle judiciaire des mesures de soins psychiatriques est datée du 28 juillet 2014.



Salle d'attente principale et banque d'accueil



Salle d'audience

Contrairement à la première visite, les avocats se déplacent au centre hospitalier (CH) pour assister les patients. Le barreau organise une permanence d'avocats tous volontaires pour intervenir dans cette matière ; formés, ils assurent une défense active des patients et certains soulèvent souvent des irrégularités de procédure.

Les patients de l'UMD sont accompagnés aux audiences par deux soignants, il a été précisé qu'ils ne se rendaient jamais en pyjama.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du 10 juin 2021 qui concernait des patients de l'UHSA, des unités du GHPG, un patient de Paul Brousse, deux patients de l'UMD. Ils se sont entretenus avec le magistrat présidant l'audience, le greffier et un avocat. Un responsable du service des admissions représente la direction de l'hôpital à l'audience à laquelle il prend la parole pour porter la position du directeur sur le maintien de l'hospitalisation pour les SDDE. Il peut être amené à communiquer des pièces manquantes pour les SDRE et est muni d'un dossier numérique à cet effet. Pour les SDRE, les documents médicaux sont adressés au préfet qui ensuite adresse sa saisine au JLD.

Aucun tuteur, curateur ou proche n'a assisté à l'audience et il est rare qu'ils s'y présentent selon les informations recueillies.

Lors de l'audience, des irrégularités ont été soulevées par un avocat dans un dossier. Les deux avocats, qui intervenaient, ont fait preuve de pédagogie auprès des patients et ont défendu leurs intérêts conformément aux positionnements de ces derniers. Le JLD a adapté son discours à l'état du patient et à son degré de compréhension ; le temps nécessaire a été pris pour permettre au patient de s'exprimer. Le JLD s'est employé à évaluer le rapport du patient à sa maladie et aux

traitements, sa compréhension des raisons de son hospitalisation et en sus, pour les patients de l'UMD, leur degré de réflexion sur le passage à l'acte, le cas échéant.

Les ordonnances sont rendues sur le siège, avec ou sans suspension d'audience selon 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, de même que les voies de recours et la possibilité de saisir le JLD à tout moment de l'hospitalisation.

5.4.2 Les décisions rendues

a) L'activité générale du service du JLD

Le contentieux des admissions en soins sans consentement (ASSC) représente une activité conséquente du service du JLD du TJ de Créteil composé de cinq magistrats et de trois greffiers affectés à cette matière. Les JLD assurent, en outre, deux autres contentieux (pénal et droit des étrangers) et une participation au service général du TJ. Le service est compétent pour l'ensemble des établissements du Val-de-Marne soit en plus du GHPG : les hôpitaux de Saint-Maurice, de Villeneuve-Saint-Georges, de Paul Brousse, Albert Chenevier à Créteil, le CH Les Murets à La-Queue-en-Brie. Au regard de l'activité soutenue du service, le président de de la juridiction participe aux permanences de ce service pour les ASSC.

Il ressort du dernier rapport d'activité de l'année 2020, transmis aux contrôleurs, que le contentieux des soins sans consentement est décrit comme lourd et stable. En 2016, 3 028 décisions avaient été rendues et en 2017, 3 123. En 2018, les décisions se sont élevées à 3 441, soit une progression de 10 %. En 2019, le service a été saisi de 3 488 procédures – 12 mainlevées ont été ordonnées. En 2020, l'activité s'élève à 3 393 saisines – 31 mainlevées ont été ordonnées. En 2021, durant les cinq premiers mois, 1 379 saisines sont comptabilisées et 49 mainlevées ont été ordonnées.

Compte tenu du nombre et de la taille des établissements hospitaliers psychiatriques du ressort, ce contentieux est considéré comme équivalent à celui du tribunal de Paris, le plus important de France. Il convient d'ailleurs de préciser qu'en dehors de la période du premier confinement, l'ensemble des audiences a été maintenue malgré le sous-effectif de personnel au greffe.

b) Pour l'UMD

Pour l'UMD, aucune décision de mainlevée de l'hospitalisation n'a été rendue au cours des deux dernières années par le JLD ou la cour d'appel de Paris. Le bilan de l'année 2020 et du 1^{er} janvier au 8 juin 2021 s'établit comme suit :

	Année 2020	Données au 8 juin 2021
Nombre de patients convoqués	94	51
Nombre de patients présents	91	47
Nature des décisions rendues par le JLD	93 maintiens en hospitalisation complète et 1 expertise ordonnée	50 maintiens en hospitalisation complète et 1 expertise ordonnée
Nombre d'appels	7 par le patient	1 par le patient
Nature des décisions rendues par la cour d'appel	7 confirmations de l'ordonnance contestée	1 confirmation de l'ordonnance contestée

5.5 LE JLD SE HEURTE A DES MOYENS INSUFFISANTS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME SUR LE CONTROLE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

5.5.1 La mise en œuvre de la réforme

L'établissement et le service du JLD se sont employés à mettre en œuvre la réforme introduite par l'article 84 de la loi de finance pour la sécurité sociale promulguée le 14 décembre 2020, dès le 1^{er} janvier 2021.

Jusqu'à la publication tardive du décret le 30 avril 2021, les juridictions (de Créteil et de Nanterre) et les établissements de santé mentale du ressort tâtonnaient sur les conditions d'application de la réforme. Le service du JLD de Créteil a opté pour un examen des requêtes en mainlevée des mesures d'isolement et de contention lors de l'audience d'examen du maintien de l'hospitalisation à temps complet à douze jours puis à six mois. Le service des admissions adressait les documents relatifs à l'isolement et à la contention en même temps que ceux relatifs au maintien de la mesure d'hospitalisation.

De nombreuses requêtes relatives aux mesures d'isolement ont alors été déclarées irrecevables pour des raisons de forme pour l'ensemble des établissements du ressort.

Une réunion a été organisée par le TJ, le 11 mai 2021 en présence de représentants de l'ensemble des CH du ressort, du président du TJ, du coordonnateur du service du JLD, d'un représentant du parquet, de deux représentants du greffe. Le coordonnateur du service du JLD a présenté la réforme et les attentes du service. Puis un temps de questions-réponses a permis de dégager deux points pouvant poser difficulté pour les équipes : lorsque le renouvellement de la mesure à l'issue du délai de 12 heures intervient en pleine nuit l'opportunité de réveiller le patient a été interrogée, et l'interprétation de la notion de l'information du JLD « *sans délai* ». Force est de constater que les textes ne règlent pas l'ensemble des questions pratiques et les instructions du ministère de la santé ne sont pas toujours en cohérence avec la position des juridictions, ce qui complexifie l'application de la réforme.

Par ailleurs, des outils pratiques ont été adressés par le service du JLD aux établissements, notamment, un formulaire de demande de mainlevée de la mesure de placement en isolement ou en contention, une note d'explications sur les attentes du service JLD, sur les certificats et avis

médicaux, des tableaux de calcul des échéances des mesures, un formulaire de transmission de la requête, un formulaire d'information du patient.

Par ailleurs, le service du JLD assure une veille auprès des établissements qui peuvent le solliciter par mail en cas de difficulté.

5.5.2 Les effets de la réforme

Depuis la parution du décret d'application, le service du JLD a procédé à huit mainlevées de mesures d'isolement sur l'ensemble des établissements de son ressort :

Pour le mois de mai 2021 :

- une requête le 5 mai qui a abouti à une mainlevée (Paul Guiraud) ;
- une requête le 12 mai qui a abouti à un maintien (Les Murets) ;
- une requête le 31 mai qui a abouti à un maintien (Albert Chenevier) ;
- cinq auto-saisines en provenance des établissements suivants : une à Paul Guiraud, deux aux Murets, deux à Chenevier qui ont toutes abouti à cinq mainlevées au 8 juin 2021 ;
- une requête, le 1^{er} juin a abouti à un maintien de la mesure (Paul Brousse) ;
- trois patients ont demandé à être entendus, l'audition s'est déroulée par téléphone.

Aucune de ces décisions n'a concerné l'UMD pour laquelle le service du JLD n'a pas été saisi.

Selon les données transmises par le service des admissions, depuis le mois de janvier 2021, six requêtes ont été formulées par des patients du site de Villejuif mais aucun patient de l'UMD n'en a formulé (quinze sur le site de Clamart).

Les décisions de levées sont fondées sur un contrôle formel des conditions dans lesquelles le renouvellement des mesures d'isolement à l'issue a été réalisé d'une période de 12 heures. En effet, l'horodatage des renouvellements démontrait qu'ils avaient été réalisés au-delà de la période de 12 heures.

Le service du JLD est avisé du maintien du patient en isolement au-delà de 48 heures et sous mesure de contention au-delà de 24 heures par un courriel sécurisé (crypté) envoyé par le service des admissions en semaine et par le bureau d'accueil et d'orientation les week-ends et jours fériés sur une boîte structurelle spécifique. L'information des proches est également effectuée par ces services. Deux agents du service des admissions sont affectés à la cellule dite JLD (saisines, suivi des arrêtés préfectoraux, préparation des audiences devant le JLD ou la cour d'appel, contentieux de l'isolement et de la contention) qui a vocation à fusionner avec la cellule des admissions en soins sans consentement (ASSC) afin de suivre le parcours du patient de l'admission à la sortie.

Pour assurer le traitement des requêtes des patients par le service du JLD, une attention particulière est de mise en raison du délai contraint (24 heures) dans lequel la décision du JLD doit intervenir. Si cette vigilance ne pose aucune difficulté en semaine en horaire de service, il en est différemment le week-end et en soirée. Ce en raison de moyens non anticipés par le ministère de la justice et qui s'aggraveront en cas de *statu quo* à compter du mois de janvier 2022, date de l'entrée en vigueur du contrôle systématique du maintien de ces mesures à la suite d'une nouvelle censure par le conseil constitutionnel le 19 juin 2020 de l'article L3222-5-1 du CSP dans sa dernière version.

Le greffe (trois agents affectés aux ASSC et un quatrième volontaire pour venir en renfort de ses collègues les fins de semaine, jours fériés et en soirée) a été doté d'un téléphone mobile d'astreinte. Cependant, lors du contrôle, le service administratif régional de la cour d'appel de Paris (SAR)

refusait d'indemniser les agents du greffe de l'astreinte assurée les dimanches et les jours fériés alors qu'il s'agit d'une contrainte non négligeable pouvant conduire à un déplacement au TJ. En effet, cela induit la permanence d'un greffier supplémentaire, le TJ ayant opté pour une permanence spécifique assurée par un greffier du service JLD.

RECOMMANDATION 9

Le ministère de la justice doit allouer des moyens aux services du juge des libertés et de la détention afin de leur permettre d'assurer un contrôle efficient des mesures d'isolement et de contention.

5.6 LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE SUIVI MEDICAL GARANTIT UN EXAMEN APPROFONDI DE LA SITUATION DU PATIENT

La Commission de suivi médical (CSM) se réunit le deuxième jeudi de chaque mois.

Les contrôleurs ont pu assister à une partie de la CSM du jeudi 10 juin 2021. L'ordre du jour était chargé, la situation de quatorze patients était évoquée.

En 2019, 120 patients ont été reçus et évalués en CSM et 125 en 2020.

Elle est présidée par un médecin psychiatre exerçant dans un secteur de psychiatrie générale et ses membres sont le chef de pôle CHPG et obligatoirement des médecins psychiatres extérieurs au GH Paul Guiraud, un médecin de l'ARS du Val-de-Marne en l'occurrence, son directeur adjoint la compose également.

Dans la continuité des constats de 2012, le choix du président de la commission et du chef de pôle de l'UMD a été d'ouvrir la commission à un nombre important de participants (infirmiers, cadre de santé, membres du pôle social, médecins de l'UMD). Les membres de la commission peuvent ainsi demander des précisions aux équipes soignantes sur le déroulement de l'hospitalisation. Cette présence des équipes permet de nourrir la réflexion clinique de la commission. De plus, les membres suppléants sont invités à participer aux débats et sont mis sur un pied d'égalité avec les membres titulaires.

Préalablement à la commission, chaque patient est rencontré en entretien par l'un des membres de la commission qui présente son histoire médicale, les éléments de son parcours de vie personnelle globalement empreints de ruptures et d'événements traumatiques et rapporte les éléments cliniques relevés lors de l'entretien. Les médecins de la commission médicale ont souvent chacun rencontré au moins une fois les patients hospitalisés à l'UMD depuis au moins deux ans ce qui leur permet de repérer les évolutions ou les régressions dans leur parcours et de déterminer des axes de travail dans le cadre d'un projet de sortie ou du maintien de l'hospitalisation à l'UMD.

La discussion clinique a ensuite lieu entre les membres titulaires et suppléants de la commission, en présence des membres des équipes de l'UMD invités à y participer. La décision de la commission est le fruit d'une réflexion clinique approfondie et consensuelle. En cas de désaccord entre la proposition du médecin traitant de l'UMD et celle de la commission de suivi médical, les divergences de point de vue sont débattues avec l'équipe soignante et permettent de nourrir la réflexion du médecin traitant pour la suite de la prise en charge du patient.

La décision est rapportée au patient concerné à l'issue de la commission, par un psychiatre autre que celui qui a mené l'entretien préalable, ce qui permet de ne pas individualiser la relation et ce qui permet au patient de se figurer le caractère collectif des prises de décision. De plus, le patient est reçu le lendemain de la CSM par le médecin psychiatre traitant.

Si la commission décide de maintenir une première fois l'hospitalisation à l'UMD, le même médecin psychiatre mènera l'entretien avec le patient lors de la prochaine commission, ce qui lui permettra d'apprécier par lui-même l'évolution clinique du patient.

Si la commission décide une seconde fois de maintenir l'hospitalisation à l'UMD, le patient sera revu à chaque entretien par un autre médecin de la commission, afin d'éviter de susciter chez le patient un sentiment de persécution.

De plus, la situation des patients au long cours (environ 10 % des patients hospitalisés à l'UMD le sont depuis plus de cinq ans) fait l'objet d'une vigilance particulière dans la mesure où le rythme des CSM peut être pour eux décourageant. Ainsi, lors de la CSM du 10 juin, la situation délicate d'un patient hospitalisé depuis plus de 10 ans et pour lequel de timides perspectives de sortie avaient vu le jour lors de la commission précédente a été longuement débattue. En effet, il n'était plus question de préparer à court terme sa sortie de l'UMD au regard de nouveaux éléments. Afin d'éviter une décision de maintien sans aucune perspective, une expertise réalisée par un médecin psychiatre extérieur a été préconisée afin de disposer d'un nouveau regard sur sa situation, les modalités de sa prise en charge atteignant leurs limites.

La CSM s'emploie à assigner des objectifs réalistes au patient à chaque session pour le mobiliser même lorsque l'hospitalisation à l'UMD perdure dans le temps. Elle lui laisse entrevoir des perspectives même ténues ce qui participe à donner du sens à sa prise en charge.

BONNE PRATIQUE 1

Le fonctionnement participatif de la commission de suivi médical permet de nourrir la réflexion clinique et d'assigner au patient des objectifs réalistes à même de le mobiliser dans sa prise en charge.

Par ailleurs, la CSM effectue deux visites par an des locaux de l'UMD ; les rapports de visite des 9 juillet et 10 décembre 2020 ont été transmis aux contrôleurs. La CSM émet des recommandations précises d'amélioration des locaux et en assure un suivi lors de la visite suivante. De plus, un point sur les ressources humaines (RH) et les projets de chaque unité est réalisé ; la CSM peut préconiser le recrutement de personnel – par exemple, 1 ETP de soignant supplémentaire la nuit pour l'unité 38 (rapport du 10 décembre 2020).

5.7 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE REND DES AVIS CIRCONSTANCIÉS

L'avis du collège des professionnels de santé est obligatoire pour les patients qui ont été déclarés irresponsables pénalement lors de la révision de la mesure d'hospitalisation complète, pour que le JLD ordonne son maintien ou la lève¹⁵.

Ainsi ces patients sont-ils soumis à un régime plus restrictif de suivi administratif et de levée de l'hospitalisation sous contrainte. En effet, le JLD ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège des professionnels¹⁶ lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins¹⁷ ordonnée à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale, d'un jugement ou d'un

¹⁵ L'avis de ce collège est également nécessaire pour la poursuite d'une hospitalisation complète sur décision du directeur d'établissement au-delà d'une période continue d'un an.

¹⁶ Mentionné à l'article L. 3211-9 du CSP.

¹⁷ En application de l'article L. 3213-7 du CSP ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale – prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal – et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

Le collège est classiquement composé de trois membres de l'établissement, soit :

- un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
- un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
- un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Il se réunit avant l'audience du JLD, pour donner un avis écrit circonstancié sur le bien-fondé du maintien ou non de la mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Lors de l'étude du registre de la loi, il a été constaté que les avis du collège étaient, comme les certificats médicaux, étayés et précis.

Le collège examine dans un premier temps le dossier du patient, l'intégralité du parcours de soins ainsi que les motivations médicales de la demande. Dans un second temps, le patient est rencontré en entretien clinique par les membres du collège. A l'issue, la décision est prise après la confrontation des points de vue des professionnels.

La rédaction de l'avis est réalisée par le psychiatre traitant. Il s'agit d'un formulaire-type intitulé « *avis du collège pour la saisine du juge des libertés et de la détention* » sur lequel sont mentionnés : la date et l'heure de la réunion du collège ainsi que les membres qui ont participé à la réunion ; des informations relatives au patient (nom et prénom, date et heure de début de prise en charge, date d'entrée à Paul Guiraud) ; une case à cocher « *favorable au maintien* » ou « *défavorable au maintien* », suivie de deux lignes « *pour les motifs* ». La possibilité ou non que le patient soit auditionné, la question de la visioconférence pourrait se poser éventuellement néanmoins depuis 2012, l'organisation des audiences foraines favorise l'audition du patient par le JLD.

Ce document ainsi que la convocation devant le JLD, le formulaire relatif à l'avocat (cf. § 3.6) et l'ordonnance rendue par le magistrat une fois l'audience intervenue sont insérés dans une chemise classée au dossier de chaque patient au secrétariat de l'UMD.

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 statuer¹⁸. Néanmoins,

¹⁸ Extrait L3211-12 du CSP : « I.- Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme. (...)

II.- Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1 du présent code.

s'agissant des patients de l'UMD dans la mesure où ils ont vocation retourner dans leur unité de secteur il est exceptionnel que des expertises soient ordonnées dans ce cadre (cf. § 4.3 une expertise ordonnée en 2020 et une en 2021).

En moyenne, les patients faisant l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale représentent environ 30 % des patients hospitalisés à l'UMD (cf. § 2.4.1).

Il ressort du bilan du pôle de l'UMD pour l'année 2019, qu'au 31 décembre, sur 62 patients présents 20 patients et patientes étaient « *irresponsabilisés pénalement* » soit 33 % des patients. Sur 1 177 certificats médicaux rédigés, 265 ont concerné ces patients. Par ailleurs, le collège des professionnels de santé a rédigé 27 avis motivé pour saisine du JLD.

Il ressort du bilan du pôle pour l'année 2020 qu'au 31 décembre, que sur 63 patients présents, 18 étaient « *irresponsabilisés pénalement* » dont une femme soit 27 % des patients.

Sur 1 135 certificats médicaux rédigés, 244 ont concerné ces patients. Par ailleurs, le collège des professionnels de santé a rédigé 32 avis motivé pour saisine du JLD.

De manière plus générale, il convient de préciser que le GHPG étant l'établissement de référence pour la maison d'arrêt de Fresnes (Val-de-Marne), lorsqu'un détenu sans domicile fixe est déclaré irresponsable pénalement il est systématiquement hospitalisé au sein des unités du GHPG, en l'absence de tableau de répartition impliquant l'ensemble des établissements de santé mentale du département. Le GHPG est alors chargé de transporter le patient de la maison d'arrêt au site de Villejuif. Un *vade-mecum* très précis a été rédigé par l'établissement.

5.8 LES MODALITES DE LA PREPARATION A LA SORTIE SONT INSUFFISANTES

5.8.1 Le travail sur l'autonomisation et les autorisations de sortie

a) Le travail sur l'autonomisation dans les pavillons

De manière générale, le travail sur l'autonomisation du patient est insuffisant notamment dans les pavillons 35 et 36 pour les patient(e)s considéré(e)s comme sortant(e)s.

Sur l'ensemble des pavillons, seuls les patients du pavillon 35 disposent de leurs effets personnels, d'activités plus diversifiées et de sorties plus régulières. L'installation depuis trois années de deux postes informatiques avec un accès Internet permet de confronter les patients de ce pavillon à certaines réalités de la vie à l'extérieur. Par exemple, lorsqu'un patient a des projets peu réalistes – résider dans un quartier en inadéquation avec ses ressources, avoir un projet professionnel en inadéquation avec ses capacités –, il est invité à effectuer des recherches sur Internet pour ajuster son projet ou encore il est accompagné pour s'autonomiser dans le suivi de sa situation administrative (cf. § 3.6).

Néanmoins, aucun autre assouplissement des règles de vie n'est introduit dans les pavillons pour travailler l'autonomisation. Pour les patients sortants il n'y a pas d'expérimentation de manière progressive de l'accès à la chambre en fonction de son évolution et de l'approche de la date de sortie de l'UMD. Il n'y a pas de travail sur la gestion du téléphone personnel ni d'élargissement aux communications téléphoniques ou encore de modifications des modalités de rencontres avec la

Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévues au présent Il doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement. »

famille (comme se promener dans le parc de l'UMD ou s'installer sur les tables de pique-nique visibles depuis le pavillon 35).

RECOMMANDATION 10

Pour les patients considérés comme sortants, le travail sur l'autonomisation est insuffisant au sein des pavillons. L'UMD est invitée à engager une réflexion sur l'adaptation progressive des règles de vie à l'évolution du patient et au projet de sortie de l'UMD.

b) Les autorisations de sortie

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

Une telle autorisation est nécessaire pour les consultations médicales hors du GHPG. En revanche, cette procédure n'est pas imposée pour les examens réalisés dans l'enceinte de l'hôpital, hors UMD. Pour les patients détenus en revanche, toute sortie de l'UMD nécessite une escorte de l'administration pénitentiaire (cf. § 9.1).

Les autres sorties dites thérapeutiques (cf. § 7.2) concernent essentiellement les patients du pavillon 35 dans une moindre mesure ceux des pavillons 36 et 37 et jamais, ceux du pavillon 38. La demande est formulée quarante-huit heures avant la date de sortie. Selon les informations recueillies, aucune difficulté n'est rencontrée pour la mise en œuvre de cette procédure. Les exigences de l'autorité préfectorale seraient plus importantes s'agissant des patients faisant l'objet d'un signalement pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste.

L'intérêt des sorties thérapeutiques a été souligné par les différents interlocuteurs : elles sont l'occasion d'une reprise de contact avec l'extérieur, d'une réadaptation aux bruits et aux mouvements. Elles sont également mises à profit pour observer les réactions et le comportement des patients face à ces différentes situations de la vie quotidienne et contribuent à leur autonomisation – balade dans un parc, en ville pour se confronter à la foule, achat dans un centre commercial, déjeuner au restaurant, assister à une séance de cinéma – , outre les sorties organisées par l'ergothérapie autour d'activités ou événements sportif (comme le tournoi de tennis de Roland-Garros), parfois en groupe avec des patients de deux unités. Néanmoins, elles sont peu fréquentes (cf. § 7.2.2). Or, le patient peut adopter un comportement adapté à l'UMD en raison du cadre contenant et de l'étayage des professionnels qu'il ne trouvera pas dans une unité de secteur.

Toute sortie d'un patient de l'UMD impose la présence minimum de deux soignants. L'effectif des soignants conditionnent donc l'organisation du quotidien des patients pour la mise en place de sorties thérapeutiques (cf. § 2.3.2 et § 7.1.3). De plus, lorsqu'un véhicule de l'établissement est utilisé pour un déplacement, un troisième soignant est chargé de sa conduite lorsqu'il ne s'agit pas d'un transport sanitaire. Le cadre de santé du pavillon concerné doit donc anticiper et prévoir cet effectif supplémentaire en sus de l'effectif de sécurité dans les unités, cumulé aux éventuelles sorties liées aux rendez-vous judiciaires ou aux consultations médicales. Par exemple, lors de la CSM il était question d'assurer l'accompagnement d'un patient dans son unité de secteur pour une visite en septembre, projet reporté au mois d'octobre pour ce motif. De plus, certaines sorties sont annulées ; cela a été le cas au pavillon 37 pour une sortie chez le coiffeur annulée par manque d'effectif suffisant.

5.8.2 La préparation du retour au sein des unités d'hospitalisation d'origine

Selon les informations recueillies, 95 % des patients hospitalisés à l'UMD retourneront dans leur unité de secteur d'origine. Pour les autres patients, concernés par des passages à l'acte graves au sein de leur unité d'origine, l'ARS, compétente pour l'unité d'origine, est saisie pour orienter le patient dans un autre établissement tout en permettant le maintien des liens familiaux, le cas échéant.

L'UMD ne connaît plus les difficultés constatées lors de la première visite s'agissant des réticences de la part de certaines unités des secteurs d'origine à reprendre leurs patients. En effet, l'unité d'origine signe un acte d'engagement de reprise qu'elle respecte (cf. § 2.4.2). Les équipes soignantes de l'UMD sont très impliquées dans le parcours du patient et gèrent de façon autonome les difficultés qu'elles peuvent rencontrer. Ainsi, en comparaison avec les unités dites classiques, le service des admissions est-il saisi de manière très exceptionnelle par l'UMD de difficultés pour organiser la sortie du patient. Par exemple, ce service a pu être saisi en soutien à l'UMD, pour des patients originaires des DOM-TOM et pour lesquels l'organisation du retour peut être compliqué par le manque de structures d'accueil sur place ou encore pour le retour de patients sans domicile fixe sur des unités d'origine ou lors de levées d'érou pendant l'hospitalisation ou encore lorsque le patient fait l'objet d'interdiction judiciaire sur son secteur d'origine.

La sortie de l'UMD est travaillée en amont avec les équipes de secteur. Des réunions inter équipes (RIE) sont organisées soit dans le cadre de la préparation du retour soit pour permettre au secteur qui ne connaît pas le patient (lorsqu'il est hospitalisé directement à l'UMD ou est écroué), de créer un lien avec lui. Pour les unités au sein desquelles un acte grave a été commis par ce dernier, il s'agit de rassurer l'équipe.

Néanmoins, selon les informations recueillies dans le cadre de la préparation à la sortie, une seule RIE est organisée, très peu d'opportunités sont offertes au patient pour visiter son unité d'origine et à l'issue de la RIE, l'équipe de l'unité d'origine ne visite pas forcément l'UMD et ne connaît pas l'environnement dans lequel le patient est pris en charge.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que des visites de préparation à la sortie sont actuellement organisées pour des patients présentant des profils particuliers (notamment les patients ayant un comportement hétéro-agressif sur les soignants). Le CGLPL soutient cette démarche visant à faciliter la réintégration des patients dans leur unité d'origine.

Par ailleurs, s'agissant de la situation des patients au long cours, lors de la visite au pavillon 35 des sortants, sur dix-neuf patients, dix-sept étaient hospitalisés depuis plus d'une année et le plus ancien l'était depuis l'année 2007. Au pavillon 38, un patient était hospitalisé depuis 2008 et au pavillon 36, une patiente était admise depuis 2013 (cf. § 2.4.1). Selon les informations recueillies, le maintien du lien avec les unités de secteur pour ces patients est compliqué. Certains professionnels parlant de « *patients chronicisés* » insuffisamment confrontés à l'extérieur, pris en charge « *dans un cocon dans lequel tout est normalisé et scandé dans le temps* ».

Enfin, l'unité mobile dont l'un des objectifs est de faciliter la réintégration d'un patient après de longs mois d'hospitalisation, est peu mobilisée (cf. § 2.1.3).

RECOMMANDATION 11

La préparation à la sortie de l'UMD doit être plus étayée. Le patient doit avoir l'opportunité de visiter systématiquement l'unité qu'il intègrera à l'issue de son hospitalisation à l'UMD.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LES RESTRICTIONS IMPOSEES A LA MAJORITE DES PATIENTS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT UNIFORMES, SANS ADAPTATION A LEUR ETAT CLINIQUE

6.1.1 Le rythme de la journée

Chaque pavillon a édicté des règles de vie datées d'octobre 2019 et portées à la connaissance des patients par voie d'affichage dans les unités. A cet égard, l'effort entrepris depuis la dernière visite du CGLPL pour informer le patient sur les règles de vie par écrit mérite d'être relevé.

La journée des patients est rythmée par différentes séquences communes à l'ensemble des pavillons. Le lever s'effectue entre 8h et 8h30 (9h le week-end et les jours fériés) suivi de la toilette. Les soignants veillent à l'hygiène corporelle des patients et peuvent les aider si besoin.

Une fois lavés et habillés et après la distribution des médicaments, les patients rejoignent la salle à manger pour prendre leur petit déjeuner. Commence alors le temps des soins sous forme de consultations médicales, entretiens ou activités thérapeutiques jusqu'à l'heure du déjeuner (midi) précédée d'une deuxième distribution de médicaments.

Après ce repas, un repos en chambre d'au moins deux heures est imposé, de 13h à 15h voire 16h lorsque les soignants sont mobilisés pour effectuer d'autres tâches (cf. § 7.1.3). Les patients des pavillons 37 et 35 sont autorisés à conserver avec eux leur MP3 ou un livre durant la sieste. Les contrôleurs s'interrogent sur le bénéfice thérapeutique du caractère systématique de ce temps de repos durant lequel les patients sont enfermés à clef dans leur chambre. Si certains profitent de cette occasion pour faire la sieste, cela n'est pas le cas pour la totalité des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que les consultations avec le psychiatre ainsi que les séances d'ergothérapie et de psychothérapie sont maintenues durant ces temps de repos. Le CGLPL interroge néanmoins le caractère systématique de la mesure qui consiste à imposer aux patients, indépendamment de leur état clinique et de l'évolution de leur pathologie, ces temps en chambre durant lesquels ils sont enfermés à clef.

RECOMMANDATION 12

Les temps de repos en chambre, porte fermée à clef, imposés de manière systématique à tous les patients interrogent quant au bénéfice thérapeutique. Il convient d'envisager d'autres formules.

Durant ces temps de repos, les patients du pavillon 38 revêtent leur pyjama et les femmes du pavillon 36 sont priées d'ôter leur soutien-gorge pour la sieste.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que la majorité des femmes portent des brassières. Seuls les soutiens-gorges à armature métallique sont retirés pour des raisons de sécurité. Cependant, le CGLPL tient à souligner que cette mesure n'est pas individualisée puisqu'elle s'applique à toutes les femmes qui en portent alors même que ces patientes ne présentent pas toutes un risque de passage à l'acte.

RECOMMANDATION 13

Les restrictions vestimentaires imposées aux femmes pour la sieste doivent être individualisées.

A 16h, une autre distribution de médicaments précède la prise du goûter. Suit un temps de vie collective parfois consacré aux activités thérapeutiques ou à des sorties jusqu'à l'heure du dîner servi vers 18h30-18h45 après la quatrième remise des traitements. Enfin, une dernière dispense de médicaments est effectuée vers 19h45 et les chambres sont regagnées pour le coucher au plus tard à 20h.

6.1.2 Le port du pyjama

A la différence de la première visite du CGLPL, il est apporté plus de vigilance sur l'intimité des patients même si des efforts à fournir demeurent (*cf.* § 6.2.2.). Les patients ne s'habillent plus dans le couloir comme cela était le cas auparavant. Cependant, en dépit des recommandations formulées par le CGLPL, les patients arrivant à l'UMD se voient dans l'obligation de revêtir un uniforme. Cette pratique est d'un autre temps.

La tenue en journée comprend une chemise, un pantalon de survêtement, des sous-vêtements (culottes en coton ou à usage unique, soutien-gorge sans armature, slips, chaussettes) et des pantoufles. Durant la soirée et la nuit, les patients – y compris ceux hébergés au pavillon 37 faute d'espace de rangement (*cf.* § 6.2.2) – doivent revêtir une veste et un pantalon de pyjama. Ces vêtements sont dépourvus de poches et de boutons. Seuls les patients, hébergés au pavillon 35, échappent à cette règle.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'à partir de janvier 2021 les pantoufles ont été progressivement remplacées par des tennnis fournis par l'hôpital. Il n'en demeure pas moins que le port obligatoire d'un uniforme revêt un caractère stigmatisant.

Les vêtements fournis par l'établissement ne correspondent pas toujours à la taille des patients et certains produits font parfois défaut comme les chaussettes ou les culottes alors achetées sur le budget des activités thérapeutiques.

Au pavillon 38, les patients portent cette tenue pendant toute la durée de leur séjour. Aux pavillons 37 et 36, elle est imposée le temps d'une observation qui peut durer plusieurs semaines.

RECOMMANDATION 14

Le bénéfice thérapeutique du port d'un uniforme, souvent inadapté à la morphologie des patients et vécu comme stigmatisant, doit être interrogé.



Tenues de jour imposées aux patients



Tenues de nuit imposées aux patients

6.1.3 L'accès au tabac

Dans les pavillons 36, 37 et 38, aucun patient n'a la possibilité de pouvoir gérer sa consommation de tabac de manière autonome au prétexte que certains d'entre eux ne sont pas dans la capacité de le faire. Aux dires des professionnels de santé, autoriser le libre accès à certains patients génèrerait une incompréhension et des tensions chez les patients. Le tabac est donc conservé dans

un casier marqué à leurs initiales, fermé à clé et ouvert par l'équipe soignante à des moments précis de la vie collective. Au pavillon 36, il est remis cinq cigarettes le matin après le petit déjeuner et cinq cigarettes après la sieste. Les échanges entre patients sont interdits.

Seul les patients, hébergés au pavillon 35, se voient confier la gestion de leur tabac.

RECOMMANDATION 15

Il convient de laisser aux patients autonomes la libre gestion de leur consommation de tabac.

Les briquets restent en possession des soignants. Des allume-cigares sont installés dans les cours mais lorsqu'ils sont endommagés, ils ne sont pas systématiquement remplacés. Tel était le cas au pavillon 37.

Les commandes de tabac sont effectuées tous les quinze jours par le pôle social qui a conclu un accord avec un buraliste. Les cadres transmettent à ce service les besoins de chaque patient. Les sommes dues sont prélevées sur le compte de l'association de l'UMD approvisionné en partie par les patients. Le pôle social tient les comptes de chaque patient et les débite au fur et à mesure des achats de tabac.

Des substituts nicotiques sont proposés. Les tuteurs ou familles peuvent aussi acheter les cigarettes, les modalités de distribution restent les mêmes.

6.2 LA LIBERTE DE MOUVEMENT DES PATIENTS AU SEIN DES LES UNITES EST CONDITIONNEE PAR DES ASPECTS SECURITAIRES

Dès lors que les patients sont dans leurs chambres, ils y sont systématiquement enfermés à clef. Cette mesure, tout comme les temps de sieste imposés, échappe au registre prévu par la loi. En outre, la sécurité des patients n'est pas garantie puisque les chambres des pavillons 36 et 38 ne disposent pas d'un dispositif d'appel. Les patients doivent donc cogner à la porte pour se faire entendre.

L'accès aux chambres est interdit en dehors des heures de repos y compris au pavillon 35 alors que les patients sont inscrits dans un processus de préparation à la sortie. De même, la salle à manger n'est accessible qu'au moment des repas.

La cour intérieure et la salle de vie sont en principe ouvertes lors des temps de vie collective et sont fermées le reste du temps. Dans les pavillons 36 et 38, les contrôleurs ont constaté que l'accès à la cour intérieure du pavillon était fonction de l'effectif et de la disponibilité des soignants, leur permettant, ainsi qu'aux patients, une pause cigarette. Au jour du contrôle, la cour intérieure était ouverte mais le salon de télévision était fermé dans les pavillons 36 et 38. Dans les pavillons 35 et 37, les patients peuvent circuler librement entre la cour et le salon de télévision ; les deux espaces restent ouverts.

A l'instar de 2012, tous les déplacements des patients sont groupés. A titre d'exemple, tous les patients doivent quitter au même moment l'espace d'hébergement. Une fois levés et habillés, ils attendent en file indienne pour se rendre dans l'espace de vie commune. Ce procédé, justifié par des aspects sécuritaires (limiter les tensions et les incidents de violence) et des contraintes liées à

l'architecture des pavillons¹⁹, avait déjà été dénoncé à l'issue de la première visite en ce qu'il s'apparente à un fonctionnement carcéral et restreint considérablement la liberté de mouvements des patients.

RECOMMANDATION 16

L'aspect sécuritaire doit être moins prédominant concernant la liberté d'aller et venir des patients dans les pavillons. Les restrictions doivent être avant tout justifiées par la clinique.

6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT MARQUEES PAR DES RESTRICTIONS INJUSTIFIEES

6.3.1 L'accès au téléphone

A la différence de la précédente visite, l'interdiction portant sur l'usage du téléphone durant les trois premières semaines qui suivent l'admission n'est plus systématique. Cependant, les patients n'ont pas le droit de conserver leur téléphone portable.

La raison invoquée tient à la difficulté de faire coexister au sein d'une même unité des règles d'accès différentes selon le statut des patients (restrictions judiciaires pour les patients placés sous-main de justice). On peut s'interroger sur la portée réelle sur l'UMD de la modification du règlement intérieur du GHGP qui a généralisé l'accès au téléphone portable comme règle et non plus comme exception. Il en ressort qu'aucune adaptation n'est prévue selon la typologie des unités et donc selon le parcours de soins et l'état clinique du patient alors que le nombre de patients autorisés à téléphoner est très élevé. A titre d'exemple, sur les seize patients admis au pavillon 38, un seul n'était pas autorisé à émettre et à recevoir des appels par décision du judiciaire.

RECOMMANDATION 17

Les patients, dont l'état clinique le permet, doivent pouvoir faire usage de leur téléphone portable.

Les règles pour téléphoner sont portées à la connaissance des patients dès leur admission par le biais d'une « *lettre d'accueil* » car comme évoqué précédemment le livret d'accueil était en cours de réactualisation au moment de la visite (cf. § 3.1.1). La lettre d'accueil indique qu'il est possible, sauf contre-indication médicale ou judiciaire, de téléphoner le samedi ou le dimanche en fonction de l'unité et de recevoir des appels tous les jours.

Dans la réalité, les patients peuvent émettre des appels deux ou trois fois par semaine pour une durée de dix minutes le mercredi et le samedi et/ou le dimanche. Des appels vers l'étranger sont autorisés, une patiente s'est pourtant plainte auprès des contrôleurs de restrictions d'appels vers l'Algérie. Durant la période de la pandémie, les possibilités d'appel n'ont pas été élargies alors que les visites ont été réduites. Les patients sont parfois autorisés à utiliser les téléphones sans fil des unités ce qui engendre des difficultés d'organisation du travail et de sécurité puisque ces téléphones munis du système d'appel PTI²⁰ ne sont plus disponibles pour les soignants.

¹⁹ L'architecture des locaux avec des couloirs courbes et angles morts n'offrent pas la possibilité aux soignants d'avoir une vision d'ensemble sur les patients.

²⁰ PTI : protection du travailleur isolé.

Concernant les appels entrants, ils sont possibles tous les jours et hors les moments durant lesquels les patients sont en chambre. Les appels sont transférés sur le téléphone fixe de l'unité installé dans la salle commune ce qui n'offre pas la confidentialité nécessaire.

RECOMMANDATION 18

Une organisation doit être définie afin de permettre aux patients autorisés à téléphoner de pouvoir le faire tous les jours dans des conditions garantissant la confidentialité des échanges.

L'accès à Internet est réservé aux seuls patients du pavillon 35 dans laquelle il existe une petite salle informatique équipée de deux ordinateurs. L'accès n'est pas libre mais encadré par les soignants dans le cadre d'une activité de remédiation cognitive. Les patientes du pavillon 36 et les patients du pavillon 37, dont l'état clinique est stabilisé, n'y ont pas accès en dehors des temps où ils peuvent éventuellement pris en charge sur le pavillon d'ergothérapie qui dispose d'ordinateur et d'un accès à Internet. Cela demeure exceptionnel.

RECOMMANDATION 19

L'accès à Internet doit être élargi aux patients dont l'état clinique est stabilisé.

6.3.2 La presse

Les abonnements sont adaptés à la population prise en charge. Ils sont choisis après consultation des patients par sondage. Le budget annuel « presse » a baissé passant de 500 à 200 euros par unité. A noter que dans les pavillons, les revues et les magazines sont nombreux, qu'ils soient fournis par l'hôpital ou apportés par les visiteurs. L'offre de magazines est diversifiée, il est proposé les revues suivantes : *l'Equipe, l'Homme moderne, l'Obs, Télé Z, Closer, Gazelle, Top Santé, Femme Actuelle, Biba, Amina*). Par ailleurs, des livres et des bandes dessinées sont également mis à disposition des patients.

Au pavillon 35, à l'initiative de quelques soignants et avec le concours des patients qui ont pu choisir les thèmes qui les intéressaient, il a été produit en juin 2021 le premier numéro d'un journal des patients intitulée « J'ai Lu.m.d ». Ce journal d'une trentaine de pages rassemble des articles, des poésies, des témoignages, des dessins et des photos. Le comité de rédaction qui s'est constitué a pour ambition de porter ce projet à l'échelle des quatre pavillons.

6.3.3 Le courrier

Du papier à lettre et des enveloppes sont fournis aux patients, le pôle social se charge d'acheter les timbres, les sommes sont prélevées sur le compte de l'association de l'UMD. Les stylos sont prêtés mais à l'exception des patients du pavillon 35 qui peuvent le conserver pendant les temps de sieste, les autres patients ne peuvent en faire usage que sous la surveillance des soignants. Concernant le courrier entrant, il est acheminé sous pli fermé. La confidentialité de la correspondance est respectée. Concernant les patients, admis sous le statut des patients admis au titre de l'article L3214-3 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale, le courrier entrant et sortant transite systématiquement par l'établissement de provenance afin d'être contrôlé (cf. § 9.1).

6.3.4 Les familles

Au-delà des entretiens recherchés et individualisés avec la famille du patient au moment de l'admission et au décours de son séjour, l'UMD prend en compte les familles et l'apport des relations avec leurs proches hospitalisés essentiellement au travers de deux dispositifs : le groupe de « soutien aux familles » et les visites.

Le groupe de « soutien aux familles » dont la création remonte à 2003, offre un espace et un temps consacré aux échanges avec les professionnels (psychologues pour l'essentiel, psychiatres, soignants) dans un format d'engagement partagé sur le plan de la confidentialité. Ce groupe se réunit en principe le premier mercredi de chaque mois (dix fois en 2018, dix fois en 2019 et huit fois en 2020) en amont des horaires de visite avec pour ambition d'expliquer le fonctionnement de la structure et faciliter la compréhension des prises en charge.

Les patients nouvellement admis à l'UMD doivent systématiquement attendre que le psychiatre rencontre la famille et explique les conditions d'accueil avant d'autoriser les visites.

Les visites sont organisées de 14h à 16h le mercredi, le samedi et le dimanche. Cependant en période de pandémie la visite du samedi a été supprimée et la durée des visites a été limitée à 1 heure et 30 minutes sans autre alternative proposée (appel en visioconférence à titre d'exemple). Les conditions de visite dans ce contexte sont très contraignantes pour des raisons sanitaires (temps d'accueil décalé selon les unités, jauge limitée à deux patients par créneaux horaires, geste barrières, etc.).

RECOMMANDATION 20

L'interdiction des visites durant les quinze jours qui suivent l'admission doit être conditionnée par l'état clinique du patient et non systématique. Par ailleurs, la fréquence et la durée des visites doivent être élargies, il convient de mettre en place d'autres dispositifs tels que la visioconférence afin de maintenir les liens familiaux.

Les visites font l'objet d'une demande écrite d'autorisation soumise à l'avis du médecin et visée par le chef de pôle. Les visiteurs s'engagent à respecter le règlement des visites en le signant. Les visites des mineurs sont possibles, dans ce cas elles s'organisent sur des créneaux horaires différents. Les restrictions de visites sont rares et elles sont conditionnées par des interdictions judiciaires ou des difficultés particulières avec un membre de la famille. Si les horaires d'accès à l'UMD sont fixés précisément, un retard peut être pris en compte pour les familles venant de très loin.

Les membres de la famille (deux par patient à l'exception du pavillon 35 où les visiteurs peuvent être au nombre de trois) arrivent à l'entrée de l'hôpital en possession de leurs autorisations de visite et munis de leurs pièces d'identité. Après le passage du sas d'entrée de l'UMD, l'accueil des familles et des proches se fait au sein du bâtiment 35 dans lequel est organisé un circuit de contrôle et d'attente avant que la famille ne soit conduite dans l'unité d'hospitalisation auprès de leur proche.

Le circuit comprend un contrôle de bagage par rayonnement X assuré par un agent de sécurité privé. Les personnes déposent dans des casiers fermant à clé, les effets et les apports non autorisés à l'entrée dans l'unité (objets potentiellement dangereux, téléphones portables, alcool et produits stupéfiants, denrées périssables) et sont prises en charge par les infirmiers installés dans un petit bureau adjacent qui les accompagnent à l'unité. En cas de besoin, les familles peuvent patienter dans un salon d'attente. Au dire de l'agent de sécurité, les contrôles de sécurité se passent bien. Du

côté des soignants, cette mission de contrôle déléguée depuis plus d'un an à un agent de sécurité extérieur à l'UMD est perçue de façon positive en ce sens qu'elle clarifie le rôle de chacun et évite toute confusion dans l'esprit des familles.



Salon réservé aux visites des familles

Dans les pavillons, la visite est collective et se déroule dans une salle spécifique sous la surveillance des infirmiers. Le patient et sa famille sont installés à des tables réparties dans la pièce mais sans séparation, ni distance réellement suffisante pour garantir une intimité minimale et la confidentialité des discussions. Il convient de préciser qu'en dehors de la période Covid, certains pavillons peuvent accueillir jusqu'à dix-neuf personnes simultanément.

RECOMMANDATION 21

Les conditions de visite doivent garantir l'intimité des échanges.

Les familles rencontrées ont souligné l'attitude discrète et compréhensive de la part des soignants cherchant à préserver ce temps familial.

Quelques chiffres durant la semaine du contrôle permettent de mesurer l'importance relative des patients recevant des visites :

- nombre de patients ayant des visites au pavillon 38 : sept sur seize ;
- nombre de patients ayant des visites au pavillon 36 : sept sur treize ;
- nombre de patients ayant des visites au pavillon 37 : douze sur dix-sept ;
- nombre de patients ayant des visites au pavillon 35 : dix-sept sur dix-neuf.

Peu de femmes ont des visites en raison de l'éloignement géographique.

6.4 LA QUESTION RELATIVE A LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS EN EST TOUJOURS AU STADE DE LA SIMPLE REFLEXION

Le sujet de la vie sexuelle des patients est abordé avec les autres UMD sans avoir trouvé une réponse concrète pour les patients. Les équipes rapportent que peu de demandes s'expriment de la part des patients.

Les équipes font preuve de discrétion à l'endroit des patients qui se masturbent et sont vigilantes à l'égard des patients vulnérables qui pourraient être abusés sexuellement par d'autres. En revanche, on ne remet pas de préservatif aux patients ce qui peut, au-delà du sujet de la vie sexuelle, interroger sur la protection des personnes contre les maladies sexuellement transmissibles.

Un groupe de travail sur la sexualité avait été engagé afin que des revues érotiques puissent être mise à disposition. Il s'est heurté à l'absence de volontaires pour aller les acheter.

RECOMMANDATION 22

L'UMD doit mettre en place un cadre et des moyens permettant aux patients de gérer leur vie sexuelle et affective en tenant compte de leur profil, de leur sensibilité et de leur vulnérabilité.

7. LES CONDITIONS DE VIE

7.1 LES CONDITIONS MATERIELLES D'HEBERGEMENT NE SONT PAS SUFFISAMMENT RESPECTUEUSES DE LA DIGNITE DES PATIENTS ET NE TIENNENT PAS COMPTE DE LEUR EVOLUTION

7.1.1 Les espaces de vie commune

Depuis la précédente visite des travaux d'envergure ont été entrepris tels que la réfection de la couverture des toits et de l'isolation du pavillon 35. Aux pavillons 38 et 36, la climatisation a été installée mais des problèmes d'isolation persistent au pavillon 36 en raison des menuiseries des portes et des fenêtres qui doivent être changées. Il a été indiqué que la température de certaines chambres du bâtiment durant l'hiver pouvait descendre jusqu'à 16 degrés. En outre, ce bâtiment présente des problèmes d'humidité à certains endroits en raison de la vétusté des murs.

Des travaux vont être engagés au pavillon 37 afin d'agrandir l'espace de vie réservé aux patients et d'aménager un local pour les ASH ainsi qu'un espace de rangement.

De manière plus générale, si les pavillons sont globalement bien entretenus certaines pièces présentent un aspect vétuste et mériteraient d'être rénovées. D'autres en revanche, ont été agréablement aménagées (salles d'activités du pavillon 37, salon destiné aux visites au pavillon 36).

A la différence de 2012, des horloges sont accrochées dans les couloirs.

La configuration des pièces communes et des chambres dans les pavillons est restée globalement inchangée depuis la première visite²¹. Chaque pavillon comprend des bureaux médicaux et un poste de soins, un espace d'hébergement qui compte les chambres individuelles, une salle de bains commune, des WC collectifs ainsi qu'un espace de vie au sein duquel sont répartis les locaux communs (réfectoire, salle d'activités, salon de détente, cour intérieure). Comme l'illustre la photo ci-dessous, les cours intérieures ou patios sont entourés de murs d'enceinte surplombés d'un grillage – afin d'éviter aux patients d'aller d'un pavillon à un autre – conférant au lieu un aspect sécuritaire. Ces murs d'enceinte ont été érigés en 2003 pour remplacer les sauts de loup²². Les soignants déplorent leur installation car ils masquent l'horizon et la vue sur les jardins.



²¹ <https://www.cgpl.fr/2018/rapport-de-visite-du-groupe-hospitalier-paul-guiraud-a-villejuif-val-de-marne/>

²² Fossés creusés pour défendre l'accès d'un terrain.

Réfectoire au pavillon 37 et aménagement d'un jardin thérapeutique au pavillon 36

Les cours intérieures des pavillons 36 et 37, ne disposent pas d'un abri suffisamment grand pour se protéger lors des intempéries. Faute de parasol disponible, Il est proposé aux patients de porter un chapeau de paille, qui les protège partiellement, durant les périodes d'ensoleillement. Les cours intérieures disposent de tables permettant aux patients de prendre leur repas ou de recevoir des visiteurs mais lorsqu'elles viennent à manquer, elles ne sont pas systématiquement remplacées. Tel était le cas au pavillon 37. Le coût de ces tables en résine s'élèverait à 1 000 euros or le budget annuel réservé à l'équipement est d'environ 7 000 euros pour la totalité de l'UMD.



Cour intérieure pavillon 36

RECOMMANDATION 23

Les cours intérieures doivent disposer d'abris ou à tout le moins de parasols. Les équipements défectueux ou manquants doivent être renouvelés.

7.1.2 Les chambres

Les chambres sont réparties de part et d'autre du couloir de l'espace hébergement.



Espace hébergement

Si les chambres sont globalement spacieuses et lumineuses, comme précisé dans le premier rapport de visite, il n'en demeure pas moins que le mobilier reste spartiate et sommaire notamment dans les pavillons 36 et 38.

Au pavillon 38, ces chambres ont, *in fine*, la même configuration qu'une chambre d'isolement. Leur équipement traduit un niveau de sécurisation recherché. Elles disposent toutes d'une double entrée. Le mobilier comprend un lit fixé au sol avec des points de fixation destinés à l'usage de la contention. Les chambres ne sont pas équipées de sonnette d'appel et les patients ne peuvent pas actionner l'éclairage (doté de trois tubes au néon dont la lumière renvoyée est aveuglante) en raison de leur état clinique et/ou de leur supposé dangerosité. Les soignants peuvent surveiller le patient par le biais d'un hublot et d'un oculus qui donne sur le bloc sanitaire (*cf. infra*). Elles ne disposent pas d'une véritable salle d'eau. Il s'agit d'un recoin qui n'est pas séparé du reste de la chambre. Il comprend un WC à l'anglaise, une douche dotée d'un bouton poussoir et un lavabo avec un miroir.



Chambre pavillon 38

Eclairage au néon dans une chambre

L'équipement des chambres du rez-de-chaussée du pavillon 36 est également sommaire, il se résume à un lit métallique fixé au sol. La configuration de ces chambres ne tient pas compte de l'évolution des patientes pré-sortantes qui, à l'instar des patients du pavillon 35, devraient pouvoir disposer d'un placard, d'une table de chevet, d'un bureau et d'une chaise. Au moment du contrôle, seuls des placards avaient été commandés mais leur installation semblait tarder. De même, toutes les chambres du pavillon 36 ne sont pas équipées de volets roulants. Enfin les sanitaires de ces chambres ne sont pas dotés d'une porte. A l'instar de celles du pavillon 38, les chambres du deuxième étage ne sont pas toutes équipées d'un dispositif d'appel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que les services techniques sont informés de la nécessité d'installer des sonnettes d'appel dans les chambres non encore pourvues. Par ailleurs, depuis le mois de septembre 2021, les volets électriques ont été installés dans toutes les chambres du pavillon 36 avec la mise en place d'un double vitrage aux fenêtres et avec un changement des blocs fenêtres complets afin d'éviter le refroidissement des chambres à l'étage du pavillon.

Les lits des chambres des pavillons 37 et 35 sont scellés mais ils sont équipés d'une tête de lit en bois. Les patients du pavillon 37 disposent d'une petite commode de rangement. Les chambres du pavillon 35 sont, quant à elles, meublées d'une armoire suffisamment vaste pour entreposer ses effets personnels, d'une table de chevet, d'une table et d'un siège. Toutes les chambres des pavillons 35 et 37 sont dotées d'une salle d'eau équipée d'un lavabo, d'une douche et d'une cuvette de WC dépourvue d'abattant.

Seuls les patients admis aux pavillons 35 et 37 peuvent décorer leur chambre.



Chambre du pavillon 36



Chambre du pavillon 35

RECOMMANDATION 24

Les chambres d'hébergement doivent être confortablement aménagées. L'équipement doit tenir compte de l'évolution clinique des patients et comprendre un placard, une table de chevet, une

table, un siège et un dispositif d'appel. Les sanitaires des pavillons 36 et 38 doivent être dotés d'une porte. Enfin, les tubes au néon doivent être remplacés par un éclairage plus apaisant.

A l'exception du pavillon 35, l'installation systématique d'un oculus dans les sanitaires permet au personnel soignant d'avoir une vue globale – y compris sur les WC – depuis le couloir. Il permet ainsi de vérifier que les patients, présentant des problèmes d'hygiène, prennent bien leur douche. Seul le pavillon 35 n'en dispose pas. Il a été indiqué que les soignants n'y auraient recours que très rarement. Au-delà du caractère intrusif de ce dispositif qui porte atteinte à l'intimité des patients, l'oculus offre une vision complète sur les WC. Les soignants doivent identifier d'autres méthodes pour travailler la question de l'hygiène des patients.

RECOMMANDATION 25

L'attention portée à l'hygiène corporelle des patients ne doit pas justifier le recours à un dispositif intrusif et attentatoire à la dignité de la personne.



Salle d'eau pavillon 37



Oculus

Chaque pavillon compte également une chambre dite médicalisée qui a la particularité d'être équipée d'un lit médicalisé inclinable et deux hublots qui permettent d'avoir une vision depuis le poste de soins attenant à la chambre.

7.2 L'ENTRETIEN DU LINGE PATIT DE DELAIS INCOMPATIBLES AVEC UNE HYGIENE SATISFAISANTE

L'entretien des chambres et des locaux communs n'appelle pas de remarque particulière.

Les vêtements des patients, nouvellement admis, sont envoyés à la lingerie de l'établissement pour marquage. Les pavillons ne disposent pas de machine à laver et depuis la précédente visite, l'entretien du linge est assuré par un prestataire externe. Selon les propos recueillis, il est prévu d'en installer dans chaque pavillon.

Les services rendus par le prestataire externe ont été décriés tout au long de la visite. A titre d'exemple, le linge personnel des patients est livré parfois avec plusieurs semaines de retard ou il est tout simplement perdu. Les patients sont donc soumis à un paradoxe car d'un côté il leur demandé de veiller à leur hygiène en prenant régulièrement leur douche et d'un autre côté, ils doivent revêtir les mêmes chaussettes durant plusieurs jours faute de sous-vêtements de rechange disponibles.

Pour des raisons de sécurité, dans les pavillons 36, 37 et 38 tous les vêtements personnels sont disposés dans une armoire nominative positionnée à l'extérieur de la chambre dans le couloir. Cependant, leur volume est trop petit pour contenir une réserve suffisante de vêtements. Ce serait la raison pour laquelle les patients doivent revêtir pour la nuit le pyjama fourni par l'hôpital (cf. § 5.1.2).



Placard individuel

RECOMMANDATION 26

Il appartient à l'établissement de doter les pavillons de placards suffisamment grands pour que les patients puissent y entreposer la totalité de leurs effets personnels.

Les délais de livraison du linge hôtelier qui est changé une fois par semaine, et plus si nécessaire, ne sont pas non plus respectés. Il s'est déjà produit que les draps ne puissent pas être changés et que les taies d'oreiller soient remplacées par des taies de traversin. De même, il a été indiqué que les oreillers venaient parfois à manquer et qu'ils étaient remplacés par des couvertures.

RECOMMANDATION 27

Il convient d'installer des machines à laver le linge dans les pavillons et de remédier aux pénuries et aux délais tardifs de livraison du linge hôtelier.

Comme évoqué dans le chapitre relatif aux locaux, les chambres sont équipées d'une salle d'eau. Les patients ne disposant pas de produits d'hygiène se voient remettre un nécessaire d'hygiène complet et qui inclut, en dehors de produits d'hygiène de base, une brosse à ongles, un coupe-ongles, un rasoir et de la mousse à raser, un peigne et des protections hygiéniques.

7.3 LES PATIENTS PEUVENT DISPOSER AISEMENT DE LEUR ARGENT

L'inventaire des effets personnels du patient est dressé par deux soignants et enregistré sur le dossier informatisé.

Au pavillon 38 et au pavillon 36, les objets autorisés en chambre se limitent aux journaux, revues ou livres à couverture souples. Les patients peuvent conserver leurs lunettes sauf contre-indication médicale. En revanche, les montres sont interdites pour les patients des pavillons 36 et 38. Au pavillon 37 les patients peuvent conserver leur MP3.

Au pavillon 35, les règles sont légèrement plus souples. Les patients peuvent conserver leurs effets personnels avec eux en chambre y compris le tabac, à l'exception des briquets, téléphones, ordinateurs et objets tranchants.

La régie des patients a disparu, néanmoins, une banque des patients propre à l'UMD a été créée. Elle est opérationnelle depuis le mois de décembre 2020, ce qui facilite leur quotidien. Ils peuvent également disposer d'une somme d'argent lors des sorties thérapeutiques.

Les patients ne sont pas autorisés à conserver de l'argent liquide avec eux. A la suite de la fermeture de la régie de l'établissement, l'association « Comité Henri Colin » a vu le jour au mois de décembre 2020 sur l'initiative du chef de pôle et des agents du pôle social de l'UMD. Les agents du service social assurent un suivi. Une banque des patients a été créée au nom de l'association, permettant ainsi aux patients d'avoir accès du lundi au vendredi à leur argent. Un bon de retrait, émargé conjointement par le patient et le soignant, est remis à la secrétaire du pôle social en charge d'effectuer les virements et les retraits auprès de la banque. Lors de la visite, soixante patients sur soixante-cinq bénéficiaient de ce dispositif. Les mandataires judiciaires en font également usage pour effectuer les virements mensuels sur les comptes des patients pour lesquels ils assurent un suivi. Par ailleurs, l'association a mis en place une caisse d'entraide et de solidarité, permettant de venir en aide financière auprès des patients indigents, afin de leur permettre des achats de tabac, de produits d'hygiène ou de timbres.

BONNE PRATIQUE 2

La création d'une banque des patients par l'association locale promeut leur autonomie et leur permet de disposer aisément de leur argent.

Concernant les biens et les documents personnels (carte d'identité, carte vitale, etc.) un inventaire contradictoire est élaboré lors de l'admission du patient. Les biens sont ensuite déposés dans un placard fermé à clef au secrétariat du pôle social.

7.4 LE MECONTENTEMENT CONCERNANT LA QUANTITE ET QUALITE DES REPAS EST UNANIME

Les repas sont pris dans le réfectoire ou dans le patio lorsque la météo le permet. Dans la majorité des pavillons, le placement n'est pas libre à l'exception du pavillon 35, à moins que des patients nécessitent d'être séparés en raison de relations conflictuelles. Les soignants installent les patients en tenant compte des incompatibilités d'humeur et des régimes alimentaires. Ainsi au pavillon 37, les diabétiques prennent leur repas ensemble afin d'éviter les échanges d'aliments sucrés avec d'autres personnes. Les patients sont installés généralement à quatre autour d'une table. L'ensemble de l'équipe est systématiquement présente afin de prévenir les incidents.

Au pavillon 36, la majorité des femmes occupe une table seule ou à deux selon leur état psychique.

Durant les temps de repas auxquels ont assisté les contrôleurs, les patients échangeaient très peu entre eux. Au pavillon 36, des femmes se sont exprimé lorsqu'un contrôleur leur a demandé leur avis sur la qualité des menus. Une patiente a commencé à se plaindre de la qualité des menus en haussant la voix, une agente l'a réprimé vertement en lui rappelant que le lieu et le moment n'étaient pas adaptés pour engager une discussion. La patiente s'est immédiatement tue.

Les avis recueillis auprès des soignants et des patients ont été unanimes concernant la qualité et la quantité des repas bien que certains agents reconnaissent que la qualité se soit légèrement améliorée depuis l'arrivée relativement récente d'un nouveau chef de cuisine. Cependant, les rations sont insuffisantes pour les patients ayant un gabarit important. Les menus dit normaux ne dépassent pas les 1 800 kcal afin d'éviter la prise de poids inhérente aux traitements médicamenteux à base de neuroleptiques. Il convient de préciser qu'il n'a pas été instauré une commission des menus.

Le mardi midi de la semaine de la visite des contrôleurs, le menu était composé d'une salade de thon, d'une part de poulet froid avec un sachet de mayonnaise, accompagné d'un taboulé et d'une sauce vinaigrette en sachet. Le dessert comprenant une part de fromage et un morceau de pain enrobés d'un film plastique. Le dessert consistait en un fruit (orange ou kiwi). Il n'était pas prévu de ration supplémentaire. Certains patients ont indiqué avoir faim après les repas. Les soignants organisent parfois des repas améliorés qui consistent à acheter des gâteaux et autres denrées comme complément. Ces achats sont effectués avec l'argent du budget destiné aux activités (cf. § 7.2).

Le soir de cette même journée, le repas était composé d'une salade améliorée, d'une tranche de rôti de veau accompagnée de courgettes cuisinées à l'orientale, d'une crème dessert ainsi que des poires au sirop.

Les repas sont conditionnés en barquettes et sont servis tels quels depuis l'émergence de la pandémie. Selon les propos des agents, ces mesures ont été instaurées pour limiter les risques de contamination. Les raisons avancées n'ont pas convaincu les contrôleurs car si les assiettes ne sont pas distribuées, les patients disposent de fourchettes et de couteaux qui ont été manipulés par les agents. Cette distribution en barquettes rend le contenu peu appétissant et accentue le caractère « insipide » des plats évoqué par les patients et les soignants. Il a été indiqué que lors du premier confinement, l'établissement avait fait appel à une marque de produits surgelés qui étaient livrés dans les pavillons. Ce fut très apprécié des patients.

Le petit déjeuner est composé de pain, d'une portion de beurre et de confiture accompagnés d'un café, d'un thé ou d'un bol de chocolat chaud. Le dimanche, il est servi une viennoiserie et un jus d'orange. Les patients reçoivent une collation à 16h composée d'un verre de lait, d'un yaourt nature et d'une pomme. Il s'agit généralement d'une pomme golden, les patients déplorent l'absence de variété dans les fruits proposés.

Du café est proposé après chaque repas, une tisane est servie avant le coucher.

RECOMMANDATION 28

La qualité et la quantité des menus proposés doivent être améliorées, une commission des menus doit être instaurée. Enfin, les plats doivent être servis dans des assiettes.

8. LES SOINS

8.1 LA NOTION DE SOINS ORIENTE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE MALGRE D'INEVITABLES IMPERATIFS SECURITAIRES

8.1.1 La période d'observation à l'arrivée

L'arrivée à l'UMD aux pavillons 38 ou 36 se fait généralement en début d'après-midi entre 13h45 et 14h30 lorsque les équipes du matin et de l'après-midi sont présentes. Le patient accompagné par l'équipe de secteur n'est pas systématiquement mis sous contention.

Les soignants de l'UMD conduisent le patient en chambre d'isolement où il demeure en observation pendant 48 heures au moins. Il est invité à revêtir un pyjama de l'hôpital et si le risque suicidaire s'avère majeur, il est placé totalement nu entre deux couvertures destinées à prévenir les passages à l'acte suicidaires. Puis le psychiatre du pavillon s'entretient avec le patient en présence des soignants. Il lui notifie les raisons de sa présence à l'UMD et lui explique déroulement des soins.

Si une décision de contention est prise au moment de l'admission le ou la patient(e) est mis entièrement nu(e) dans une camisole de contention avec ou sans couche, le sexe alors exposé aux regards (cf. § 8.3.1).

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que les patients admis à l'UMD sont très souvent en isolement et parfois en contention mécanique depuis plusieurs semaines dans leur unité d'origine. Or à l'arrivée à l'UMD ils restent en moyenne 48 heures en chambre d'isolement, sans contention physique, la décision d'une contention à l'admission relève de l'exception depuis ces quatre dernières années. En outre, le sexe du patient n'est pas exposé au regard car il est caché par une couverture. Le CGLPL maintient néanmoins sa recommandation en raison des données chiffrées communiquées concernant les contentions. Par ailleurs, cette camisole de contention revêt un caractère particulièrement dégradant nonobstant l'utilisation de la couverture pour cacher les parties intimes.

Durant l'installation, le médecin, la cadre de santé et les infirmiers du pavillon d'accueil s'entretiennent avec l'équipe de secteur en vue de recueillir des informations supplémentaires.

Le médecin somaticien voit tous les arrivants le jour même ou bien le lendemain de leur admission.

8.1.2 Les soins durant l'hospitalisation

a) Le parcours de soins des patients

Les soins psychiatriques reposent sur une approche individualisée hormis pour les femmes dont la situation est identique à celle observée en 2012. Les hommes, en revanche, bénéficient d'une prise en charge séquentielle adaptée à leur état clinique. Ils transitent obligatoirement par le pavillon 38 réservé aux arrivants. Cette unité a vocation à prendre en charge les situations de crise, stabiliser les patients et travailler autour de l'alliance thérapeutique. Dès lors que leur état est stabilisé, ils sont affectés au pavillon 37. Les soins visent à restaurer leur autonomie en travaillant notamment autour de la reconnaissance de la pathologie et du passage à l'acte. Des activités ciblées, dont l'objectif est de mobiliser les ressources internes, sont également initiées. Selon l'évolution clinique du patient, ce dernier peut être transféré directement dans son unité d'origine après son passage au pavillon 37 ou bien être affecté au pavillon 35. Il s'agit alors de renforcer l'autonomisation et de travailler le projet de sortie avec la collaboration du secteur psychiatrique d'origine.

Au pavillon des femmes, aucune séquentialité n'a été instaurée malgré les projets évoqués lors du dernier contrôle en 2012. Les femmes, pour lesquelles il est observé une amélioration, montent d'un étage pour pouvoir occuper les chambres situées à proximité de la salle commune. Ces dernières sont hébergées dans un même lieu, quel que soit leur état clinique et sans égard pour leur ancienneté dans l'institution (la plus ancienne est présente dans l'unité depuis 2013). Si les interventions médicales et soignantes sont personnalisées, les règles de la vie collective sont les mêmes pour toutes les patientes et peuvent générer des frustrations, influencer sur l'alliance thérapeutique, surtout pour les longs séjours stabilisés. Au moment du contrôle, quatre patientes étaient en admission dont une en chambre d'isolement, deux devaient sortir, l'une mi-juin et l'autre fin août-début septembre, sept étaient stabilisées. Les seules distinctions de traitement entre ces profils cliniques différents résident dans l'affectation des chambres (les arrivantes sont logées au rez-de-chaussée et les plus autonomes et stabilisées à l'étage) et leur équipement : les deux chambres réservées aux pré-sortantes disposent d'une porte les séparant de la salle d'eau et d'une fenêtre donnant sur le jardin. Mais il n'est instauré aucune autre différence dans les restrictions par crainte des tensions. Il manque aux patientes proches de la sortie, un environnement favorisant leur autonomie et voisin de celui qu'elles retrouveront en secteur, notamment la mixité, la disposition d'effets personnels sans risque d'auto ou hétéro-agressivité (savon dans la chambre pour se laver les mains après un passage aux toilettes, « chouchou » pour attacher les cheveux, etc.) et de petit mobilier (cf. § 6.1.2).

RECOMMANDATION 29

Le parcours de soins des patientes doit être repensé afin d'être adapté aux différentes phases de leur état clinique et, en tout état de cause, les conditions de vie et de soins des femmes pré-sortantes doivent se rapprocher le plus possible de celles qu'elles retrouveront dans leur unité de secteur.

8.1.3 La prise en charge multidisciplinaire

a) Le suivi médical

Dans l'ensemble des pavillons, les patients sont vus en consultation médicale au moins une à deux fois par semaine en présence d'un soignant afin d'assurer la continuité de la prise en charge et tant que de besoin. En l'absence du psychiatre référent, un confrère sénior ou le médecin chef de pôle peuvent prendre le relais. Après la mise en isolement, un entretien d'évaluation est systématiquement instauré mais à distance de l'événement, une à deux semaines après, une fois l'état émotionnel stabilisé.

Ces praticiens en charge de patients qui ont été en échec thérapeutique dans des services d'hospitalisation classique ont à leur disposition des protocoles médicamenteux innovants qu'ils peuvent utiliser après accord avec le pharmacien de l'établissement. Les psychiatres travaillent aussi en lien avec les addictologues du GHPG. Le groupe mobile d'addictologie passe une fois par semaine à l'UMD pour voir les patients sur proposition du psychiatre.

Les équipes soignantes ont à cœur d'instaurer une relation thérapeutique de qualité. Le patient est associé aux décisions médicales et aux objectifs de soins. Au moment de l'élaboration des certificats médicaux mensuels (bien étayés et circonstanciés), la question du maintien de la mesure est abordée en toute transparence avec le patient, il est invité à faire part de ses observations qui seront

notées dans son dossier médical. Il est également tenu informé des différentes étapes que constitue son parcours de soins sans consentement. Les psychiatres ont une connaissance fine des patients dont ils ont la charge. Le degré de conscience du passage à l'acte et de ses conséquences est régulièrement interrogé afin de savoir si le patient est réellement impliqué dans sa prise en charge ou bien s'il tient le discours attendu dans le but de pouvoir sortir rapidement. Le travail du psychiatre est axé sur la reconnaissance par le patient du caractère chronique de sa maladie, sur le repérage des signes annonciateurs de décompensation et sur l'alliance thérapeutique. Pour les patients aux capacités d'élaboration limitées, le psychiatre utilise des outils de médiation (ligne de vie) ensuite retravaillés en entretien infirmier afin de favoriser le lien et d'éviter le repli sur soi.

Le contact avec les familles s'établit soit à la demande des familles, soit à l'initiative du médecin mais toujours en accord avec le patient. En début d'hospitalisation, le médecin prend contact avec les proches par téléphone ou lors d'entretiens si cela est possible. Au moment de la sortie, toujours avec l'accord du patient, la famille est informée par téléphone du transfert vers le secteur.

Les parents des patients que les contrôleurs ont pu rencontrer s'estiment bien informés de la pathologie et des thérapeutiques dispensées à leur enfant.

b) Les soins infirmiers

Il n'est pas institué d'infirmier référent. Les entretiens se déroulent à la demande du patient ou à la suite de son observation et sont enregistrés dans le dossier médical informatisé. Malgré leur engagement et leur disponibilité vis-à-vis des patients, les soignants rencontrent parfois des difficultés à se recentrer sur le soin en raison des multiples accompagnements qu'ils doivent effectuer à deux pour toutes les démarches concernant les patients (cf. § 2.3.2). Ainsi en 2019, sur 110 sorties hors de l'UMD, 79 % étaient en lien avec des consultations médicales somatiques, des démarches administratives ou des convocations au tribunal et en 2020, 96 %, avec quatre journées passées à accompagner un patient à la cour d'assises de Paris.

RECOMMANDATION 30

Certaines tâches dévolues au personnel infirmier, qui relèvent de la surveillance et de l'accompagnement des patients, pourraient être déléguées à d'autres agents afin que la dimension du soin demeure au cœur de leur pratique.

c) La psychomotricité

Comme indiqué précédemment (cf. § 2.3.2), tous les postes de psychomotricien n'étaient pas pourvus. 46 % des patients font l'objet d'une prescription de psychomotricité mais seulement 65 % des prescriptions sont honorées. La psychomotricienne intervient sur le plateau d'ergothérapie et dans les pavillons pour les patients ne pouvant sortir.

Sur le plateau d'ergothérapie, elle propose, en présence d'un infirmier, des séances de relaxation pour deux groupes de quatre patients (six ou sept avant la crise sanitaire) des pavillons 35 et 37, toutes les semaines pendant une heure et demie. Elle anime également, avec un soignant, un groupe de sport pour cinq mêmes patients du pavillon 35, le vendredi après-midi durant cinq semaines. Elle accompagne également un groupe d'expression corporelle, le jeudi après-midi, pendant une heure et demie.

Les prises en charge individuelles se déroulent sur demande des médecins parfois après proposition de l'équipe soignante. Précédées d'un bilan psychomoteur transmis à l'équipe médicale et soignante, elles durent de trente minutes à une heure toutes les semaines ou tous les quinze jours et s'effectuent dans les unités ou sur le plateau d'ergothérapie.

Du fait de son temps de présence réduit, la psychomotricienne n'intervient ni au pavillon 38 ni au pavillon 36.

En 2020, 180 séances de psychomotricité individuelle et 119 séances groupales ont été réalisées.

d) L'intervention des psychologues

Deux psychologues à temps plein exercent à l'UMD. Ils offrent des suivis individuels qui s'inscrivent dans le projet de soins du patient. Ils sont totalement associés aux équipes médicales et soignantes et animent également des groupes de paroles. Ces professionnels se sentent reconnus par l'institution.

La psychologue rencontrée par les contrôleurs reçoit seule les patients en entretien et la porte de son bureau fermée. Elle dispose d'un bouton d'appel dont elle n'a jamais eu à se servir, elle ne se sent pas menacée.

Aux pavillons 36 et 38, à la demande du chef de pôle, la psychologue a décalé ses horaires pour être présente avant le coucher afin de répondre aux poussées d'angoisse qui peuvent émerger à ce moment et éviter éventuellement le recours à l'isolement voire à la contention.

e) Le travail d'équipe centré autour du patient

De nombreuses réunions institutionnelles se tiennent dans les pavillons. Outre les transmissions pluriquotidiennes, des réunions quotidiennes en présence de l'équipe soignante, du psychiatre et du cadre de santé ont lieu dans chaque pavillon. Des réunions de synthèse, regroupant les équipes pluridisciplinaires, se tiennent tous les quinze jours et durant lesquelles les cas des patients sont passés en revue. Des *staffs*, réunissant les psychiatres, permettent aux praticiens d'échanger sur leurs patients, les difficultés rencontrées dans le cadre de leur exercice.

Au moment du contrôle, aucune réunion soignants-soignés n'était organisée. Ces rencontres ne faisaient pas partie de la culture de l'UMD. En 2020, une psychologue les a instaurées au pavillon 36 au mois de janvier et février 2021 mais elles ont dû cesser en raison de la pandémie de Covid. Elles vont reprendre dans ce pavillon, toutes les cinq semaines, une fois le matin et une fois l'après-midi, avec le projet de les étendre à tous les autres.

Un groupe de parole organisé par les psychologues se tient dans tous les pavillons à l'exception du pavillon 38 ; les professionnels privilégient les entretiens informels, lors des moments de détente, dans les espaces communs.

Aucun ordre du jour n'est fixé, les patients sélectionnent les sujets qu'ils souhaitent évoquer. Les questions fréquemment abordées concernent leur quotidien : tous se plaignent de la restauration, des vêtements aux tailles inadaptées fournis par l'hôpital et du manque de sous-vêtements. Il s'agit d'un temps où l'expression de chaque patient est favorisée.

Le chef de pôle a également sollicité l'ergothérapeute pour qu'il termine à 19h au lieu de 17h et fasse une animation de groupe à partir de 17h, moment où les angoisses des patients ont tendance à se majorer. Au moment du contrôle cette organisation n'était pas encore effective mais était programmée pour la rentrée de septembre 2021.

BONNE PRATIQUE 3

L'appel aux compétences du psychologue et de l'ergothérapeute pour appréhender et participer à la prise en charge des bouffées d'angoisse constitue une pratique susceptible d'apaiser les patients, de prévenir un état de crise et ainsi de limiter ainsi le recours à l'isolement et à la contention.

f) Les supervisions

Selon les témoignages recueillis, les soignants n'en feraient pas la demande. Les intervenants extérieurs autrefois sollicités n'ont pas rencontré l'intérêt des professionnels pour conduire des séances de supervision et faute de participants, cette pratique a été abandonnée. Les psychologues reçoivent les paroles des soignants, une supervision animée par un intervenant extérieur n'est donc pas à l'ordre du jour.

g) Les espaces chantiers du pôle

Les espaces chantiers ont été initiés par le chef de pôle avant la pandémie de Covid-19 pour interroger les pratiques et les faire évoluer. Ils regroupent une fois par mois, une équipe pluridisciplinaire constituée de : deux soignants, un cadre de santé, un cadre du pôle, un médecin, un AS, le chef de pôle et un ASH. Le groupe travaille sur des thématiques proposées par le chef de pôle : le respect des droits des patients, l'isolement, la contention, la sexualité, la nourriture, le lien avec les familles (cf. § 2.2).

L'objectif poursuivi est d'améliorer le respect des droits des patients, conserver et développer la notion de soin qui peut s'effriter devant des préoccupations sécuritaires. Ainsi donc les soignants sont incités à bannir de leur vocabulaire des termes employés en milieu carcéral comme « cantine » pour des commandes de fournitures. Ces réunions chantiers devaient reprendre en septembre 2021.

8.2 UNE LARGE PALETTE D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES EST PROPOSEE AUX PATIENTS

8.2.1 Les moyens

Les activités transversales, c'est-à-dire destinées à l'ensemble des patients de l'UMD, se déroulent dans des locaux spécifiques situés en dehors des pavillons. Ils comprennent trois grandes salles équipées respectivement pour des ateliers d'activités manuelles, (modelage, céramique, peinture, calligraphie, gravure, travail du bois, du cuir et du carton à l'aide d'objet contondants, etc.), des ateliers mime, musique, des jeux de société et des séances de psychomotricité.

Sont affectés à ce service :

- trois ergothérapeutes à temps plein ;
- trois IDE à temps plein ;
- un ergothérapeute à temps plein en CDD sur un projet spécifique ;
- deux ASH à temps plein ;
- 1,5 ETP de psychomotricien pourvu à 0,6 ETP au moment de la visite (cf. § 7.1.3).

A l'intérieur des pavillons les soignants proposent également des activités thérapeutiques seuls ou soutenus par l'équipe transversale.

Le budget réservé à l'UMD en 2020 pour les activités thérapeutiques se monte à 22 960 euros. Le budget de 2021 est identique à celui de 2020. Dans chaque unité, la part du budget consacrée aux achats de nourriture varie de la moitié aux trois quarts des montants prévus pour les activités thérapeutiques. Ces données reflètent bien le comportement des soignants qui, faute de sorties et de visites, ont tenté d'améliorer le quotidien des patients par l'achat de nourriture complétant agréablement celle de l'hôpital dont les patients se plaignent de manière récurrente (cf. § 6.4).

8.2.2 Les activités proposées

a) Les activités transversales, sur le plateau d'ergothérapie

Avant la survenue de la pandémie, les patients des différents pavillons se rendaient sur le site d'ergothérapie selon un emploi du temps établi au préalable et avec l'aval des psychiatres. Deux activités regroupant en moyenne six patients chacune pouvaient se dérouler en même temps avec des aménagements liés à l'état des patients. C'était le seul moment de mixité entre patients de différents pavillons. Les nouveaux impératifs sanitaires ont contraint les soignants à renoncer à cette mixité et les ateliers sont organisés pour les patients d'un même pavillon.

Chaque patient se rend sur ce plateau au moins deux fois par semaine à raison d'une heure trente à chaque fois avec une progression liée à son état clinique.

Lorsque le temps le permet, des activités sont proposées à l'extérieur, dans le jardin commun aux différents pavillons (jeux de société, VTT, etc.). Une salle de sport équipée de rameurs, de vélos elliptiques et de matériel de renforcement musculaire est régulièrement fréquentée par les patients encadrés par les ergothérapeutes et les infirmiers : le mardi pour le pavillon 35, le jeudi pour le pavillon 36 et le vendredi pour le pavillon 37. Deux patients du pavillon 38 bénéficiaient également d'une séance hebdomadaire. Les séances d'une heure trente accueillent quatre patients à chaque fois (sept avant la pandémie de Covid). Dix à douze séances hebdomadaires sont ainsi dispensées.

b) Les activités dans les pavillons

Les soignants proposent des activités telles que le football, le basket-ball (au pavillon 37), la zumba, le fitness, le jardinage (pavillon 36) ainsi que des jeux de société.



Jardins thérapeutiques dans les pavillons

Des repas thérapeutiques sont également organisés (un en juin 2021 au pavillon 36).

Pour les patients des pavillons 38 et 36, la prise en charge en ergothérapie débute dans l'unité. Sur proposition médicale et au terme d'un premier entretien, l'ergothérapeute invite le patient à rejoindre un groupe de quatre patients au maximum pour des activités de modelage, de mime, de peinture ou de dessin. Ce groupe très contenant est animé pendant une heure par deux ergothérapeutes et un soignant. Les patients y participent jusqu'à l'amélioration de leur état clinique leur permettant de s'intégrer aux groupes du plateau d'ergothérapie.



Salle de sport



Salle d'ergothérapie

c) Les activités en dehors de l'UMD

La pandémie de Covid-19 a mis un terme à la plupart des sorties thérapeutiques organisées à l'extérieur de l'UMD. Néanmoins, il importe de rappeler qu'avant cet épisode très dommageable pour la socialisation des patients, plusieurs sorties à vocations variées étaient régulièrement organisées même si elles ne concernaient qu'un petit nombre de patients à chaque fois.

Ainsi, cinq sorties culturelles à la journée étaient proposées chaque année pour tout aux plus quatre patients mobilisant six soignants : visite de musées, du château de Versailles (Yvelines), d'une ferme thérapeutique, etc.

Ces sorties étaient destinées à certains patients de tous les pavillons à l'exception de ceux du pavillon 38

L'UMD dispose d'un budget spécifique pour ces sorties : 1 500 euros auxquels il faut ajouter le prêt de véhicules par le centre hospitalier et l'attribution d'un forfait de 15,25 euros par repas.

De plus, une fois par mois, le service des sports du centre hospitalier accompagnait deux patients déjeuner au restaurant, jouer au bowling, au karting ou bien pratiquer l'escalade.

Enfin, un groupe de percussions, le *BATUCADA*, animé par un musicien professionnel et incluant un patient de l'UMD pour une session de trois mois parmi les autres patients du GHPG, pouvait se produire dans différents centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT). Ce groupe participait à la fête de la musique se déroulant au centre hospitalier ainsi qu'aux fêtes de l'UMD organisées dans le jardin ou au pavillon 35. Douze événements festifs se sont déroulés dans l'UMD en 2020.

En 2019, les pavillons 35, 36 et 37 ont organisé chacun six sorties thérapeutiques tandis que le pavillon 38 n'en n'a organisé qu'une seule. En 2020, le pavillon 35 a effectué trois sorties thérapeutiques et les pavillons 36 et 37 n'en n'ont instauré qu'une seule.

Nombre de séances ou de sorties organisées par l'unité transversale de Soins infirmiers, d'Ergothérapie et de Psychomotricité

	2019	2020
Ergothérapie	483	665
Activités sportives thérapeutiques	55	120
Percussions Batucada	25	6
Sport	12	2 incluant la culture
Événements culturels	5	
Sorties thérapeutiques dans la cité	43	0
Sorties hors UMD dans l'hôpital	26	0

8.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST BIEN ORGANISE

8.3.1 L'accès au médecin spécialisé en médecine générale

La prise en charge somatique bénéficie du concours d'un omnipraticien contractuel affecté à 0,5 ETP à l'UMD du lundi matin au vendredi soir.

Elle intervient systématiquement dans tous les pavillons les lundi, mercredi et vendredi matin et le reste du temps elle est joignable par téléphone et se déplace si besoin. Les patients à voir lui sont signalés par les infirmiers ou les psychiatres et de plus, elle examine tous les patients entrants. Les consultations dans les pavillons se déroulent en présence des soignants pour assurer la continuité des soins. Le médecin participe à la majorité des réunions cliniques.

Elle suit également tous les patients présentant des pathologies chroniques et elle porte une attention particulière aux effets iatrogéniques des traitements en surveillant les fonctions cardiaques, métaboliques.

Chaque patient de l'UMD bénéficie d'un bilan somatique complet tous les trimestres et les électrocardiogrammes (ECG) de surveillance requis par les traitements sont effectués autant que de besoin.

Le médecin utilise le dossier médical informatisé unique « CIMAISE »®.

La nuit du lundi au vendredi, la garde est assurée par les internes de médecine générale ou de psychiatrie de l'établissement qui peuvent s'appuyer sur un médecin généraliste d'astreinte.

Les week-ends et jours fériés, les internes assurent la première ligne de garde mais ils sont secondés par des médecins généralistes présents sur le site. Ils se relaient du samedi à 9h jusqu'au lundi 9h.

Depuis le début de la pandémie de Covid, les patients arrivants doivent présenter un test PCR de moins de soixante-douze heures. S'il est négatif, un deuxième test est réalisé entre le cinquième et le septième jour après l'admission. Le patient est, de toutes les façons, placé en isolement quarante-huit heures au moins après son arrivée (cf. § 7.1.1). Depuis mars 2020, huit à neuf patients ont été atteints par le virus et aucun n'a été hospitalisé pour cette affection.

8.3.2 L'accès aux autres médecins spécialistes et soins paramédicaux

Un pavillon de consultations médicales spécialisées est installé au sein de l'établissement hospitalier Paul Guiraud, auquel peuvent se rendre les patients de l'UMD accompagnés de soignants.

Y sont dispensées des consultations de :

- gynécologie avec la réalisation des dépistages nécessaires ou recommandés et l'accès à toutes les méthodes de contraception ;
- neurologie à raison de trois jours par semaine, avec la réalisation d'électroencéphalogrammes (EEG) si besoin ; les EEG sont réalisés par des manipulateurs en radiologie ;
- otorhinolaryngologie, notamment pour dépister les troubles auditifs ;
- odontologie, les chirurgiens-dentistes sont présents quatre jours par semaine et se montrent très réactifs en cas de demande urgente (moins d'une semaine de délai).

Les prothèses dentaires sont prises en charge par l'établissement hospitalier. Toutefois les patients se plaignent de ne pas disposer de colle pour leurs appareils dentaires ce qui peut perturber fortement l'élocution et la mastication.

Sont proposés également des examens de la vision par un orthoptiste, deux fois par mois, pouvant prescrire des verres de correction qui seront éventuellement fournis par l'hôpital si le patient est indigent.

Les ECG et holters effectués par l'omnipraticien sont télétransmis à un cardiologue pour interprétation et avis donné dans les vingt-quatre heures.

Une diététicienne se déplace si besoin à l'UMD, sinon elle reçoit les patients au pavillon de consultations.

Des manipulateurs en radiologie réalisent sur site des clichés standard qui seront lus et interprétés par un radiologue libéral avec lequel le GHPH a passé une convention. Les résultats sont transmis dans les vingt-quatre heures qui suivent l'examen. Pour les autres examens d'imagerie médicale

(scanners, IRM), les patients sont adressés aux centres hospitaliers d'Antony (Hauts-de-Seine) ou de Thiais (Val-de-Marne) sous des délais comparables à ceux de la population générale. Les échographies sont réalisées dans un cabinet libéral à Villejuif conventionné avec le GHPG.

Aucun kinésithérapeute n'intervient à Paul Guiraud. Les patients sont adressés vers un cabinet libéral mais l'organisation est complexe car elle mobilise des soignants pour les accompagner. De même, lorsqu'un patient de l'UMD est admis dans un service de médecine ou de chirurgie, deux voire trois soignants sont mobilisés vingt-quatre heures sur vingt-quatre pendant toute la durée du séjour.

Les prélèvements biologiques sont réalisés par les soignants. Un coursier vient les récupérer pour les transporter au laboratoire du centre hospitalier d'Antony et ce à toute heure du jour et de la nuit.

Enfin, la pédicure salariée de l'hôpital intervient deux à trois fois par semaine.

8.4 L'INFORMATION DONNÉE AUX PATIENTS ET AUX FAMILLES SUR LES THÉRAPEUTIQUES DISPENSÉES EST EFFECTIVE

8.4.1 L'organisation et moyens

Les médicaments sont fournis par la pharmacie centrale du GHPG qui bénéficie du concours d'un interne en pharmacie à raison d'une demi-journée par semaine consacrée à l'UMD. Chaque pavillon a nommé un infirmier référent pour la pharmacie.

Les pavillons sont approvisionnés en médicaments une fois par semaine. En cas de besoin supplémentaire, un pharmacien ou l'interne en pharmacie est joignable à toute heure du jour et de la nuit pour répondre à la demande.

Les prescriptions sont enregistrées dans le logiciel *Sillage*®.

8.4.2 La distribution dans les unités

La distribution des médicaments s'effectue cinq fois par jour dans le couloir desservant les chambres ou dans celui jouxtant la salle de soins ou la salle à manger. Les patients se présentent en file indienne devant le chariot de médicaments. La remise des traitements est individualisée, les formes buvables sont privilégiées et absorbées devant les soignants. Au pavillon 36, l'enregistrement sur le dossier médical s'effectue *a posteriori*. Pendant le temps de la distribution, les toilettes communes sont fermées pour prévenir le rejet des médicaments.

RECOMMANDATION 31

L'administration ou non des médicaments doit être systématiquement enregistrée en temps réel sur le dossier médical informatisé du patient.

Ce dispositif n'offre guère de possibilités d'échanges entre les patients et les soignants mais l'information sur les traitements et les questions sur leur tolérance sont abordées à d'autres moments, lors des consultations médicales et des entretiens infirmiers. Les patients rencontrés s'estiment correctement informés sur les traitements qu'ils prennent.

Des médicaments à visée psychotrope tels la clozapine peuvent être prescrits si besoin. Toutefois, la disponibilité des médecins limite le recours à cette éventualité et la plupart du temps, ces médicaments sont administrés après évaluation clinique par le médecin présent.

L'UMD accueille des patients généralement lourdement médiqués dans leurs services d'origine qui ne répondant pas suffisamment aux traitements classiques. Il est alors procédé à un sevrage progressif de ces molécules avant d'en introduire de nouvelles ou de tenter de nouvelles associations médicamenteuses au vu des données de la littérature médicale.

Tous les patients font l'objet d'une surveillance somatique régulière pour dépister les effets délétères induits par les traitements.

L'éducation thérapeutique est confiée à une infirmière spécialisée du GHPG qui se déplace à l'UMD. Elle reçoit les patients individuellement ou en groupe s'il s'agit d'un programme de prévention tel « manger-bouger » ou « l'hygiène dentaire ».

L'éducation thérapeutique sur le thème de la connaissance des médicaments psychotropes et des effets indésirables devait débuter en mars 2020. Le projet a été reporté au début de l'année 2022 en raison du contexte sanitaire.

8.5 L'UMD NE DIFFERENCIE PAS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ECROUES

Au moment du contrôle huit personnes écrouées étaient hospitalisées à l'UMD en application de l'article L.3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale – trois au pavillon 35, deux aux pavillons 36 et 37 et une au pavillon 38.

A l'arrivée au pavillon d'admission, le patient écroué suit le même trajet que les autres et entre directement dans la chambre de « haute sécurité » au pavillon 38, sans avoir à traverser les locaux.

Comme lors de la première visite, les patients sont soumis au même régime de prise en charge au quotidien que les autres patients s'agissant notamment des modalités d'hébergement, du rythme de vie, de l'accès aux activités par le pôle d'ergothérapie. L'état clinique est le critère principal de la prise en charge et non le statut. En revanche, ils ne bénéficient pas de sorties thérapeutiques en dehors de l'UMD.

La spécificité de leur prise en charge réside dans l'application du régime de détention en ce qui concerne les relations avec l'extérieur :

- en l'absence de contre-indication médicale, les visites sont autorisées aux personnes titulaires d'un permis de visite délivré par la direction de l'établissement pénitentiaire pour un patient qui est en exécution d'une peine d'emprisonnement et par le juge d'instruction pour un patient en détention provisoire ;
- le courrier expédié et reçu transite par le greffe de l'établissement pénitentiaire ;
- en l'absence de contre-indication médicale, les communications téléphoniques sont limitées aux personnes dont les numéros de téléphone sont communiqués par l'administration pénitentiaire.

Si, pour des raisons médicales, le médecin psychiatre qui suit le patient décide de suspendre les visites d'un proche qui dispose d'un permis de visite, il en informe la direction de l'établissement pénitentiaire.

Les formalités de mises à l'écrou et de levée d'écrou s'effectuent normalement à l'UMD lorsque le patient n'était pas déjà en détention lors de son admission à l'UMD. Les relations avec l'administration pénitentiaire sont globalement fluides ; néanmoins, depuis quelques semaines les agents de la maison d'arrêt de Fresnes ne se sont pas déplacés deux fois en deux semaines pour réaliser les formalités d'écrou et/ou récupérer le paquetage de la personne concernée.

Le pôle social (cf. § 3.6) peut rencontrer davantage de difficultés dans le suivi des patients écroués. Par exemple, s'agissant de la gestion du compte du patient écroué, certains mouvements du compte nominatif en détention sont soumis à l'autorisation de l'autorité judiciaire. Ainsi, un magistrat avait-il refusé la poursuite des virements depuis ce compte pour le règlement du loyer du patient. Pour un autre patient, il se trouvait sur le territoire national sans aucun titre, aucun droit ne lui était ouvert et il ne disposait d'aucune ressource. Le pôle social est parvenu à constituer un dossier auprès de la sous-préfecture de l'Haÿ-les-Roses (Val-de-Marne). Le timbre fiscal a été financé sur le budget de l'établissement, le titre de séjour d'une validité d'une année a été obtenu en un mois et demi ce qui a permis ensuite d'entamer des démarches auprès de la MDPH pour l'obtention de l'AAH.

La prise en charge dans les pavillons des patients sous écrou hospitalisés à l'UMD ne pose pas de difficulté particulière au regard de l'expérience du pavillon. En revanche, dans les unités dites classiques, un besoin d'information a été repéré notamment sur leurs droits et leur statut. Une note

est en cours de rédaction par le service des admissions afin d'améliorer leur prise en charge sur le modèle du *vademecum* sur les irresponsables pénaux.

Il ressort du bilan du pôle UMD pour l'année 2019, une file active de quatre-vingt-douze patients ont été pris en charge. Au 31 décembre 2019, soixante-deux patients étaient hospitalisés dont huit patients détenus ont été pris en charge à l'UMD soit 13 % des patients. 246 certificats médicaux ont été rédigés pour ces patients sur 1 177.

Il ressort du bilan du pôle pour l'année 2020 qu'une file active de quatre-vingt-onze patients ont été pris en charge. Au 31 décembre 2020, soixante-trois patients étaient hospitalisés dont sept patients écroués (dont une femme) soit 11,30 % des patients. 112 certificats médicaux ont été rédigés pour ces patients sur 1 135.

Par ailleurs, la fiche pénale du patient écroué est communiquée à l'unité. Un exemplaire est classé dans les dossiers du secrétariat de l'UMD et un second dans le dossier médical pour faciliter les demandes d'escorte effectuées en dehors des heures d'ouverture du secrétariat.

Contrairement à la première visite, le secrétariat de l'UMD ne rencontre plus de difficultés pour l'organisation des escortes dans le cadre des consultations médicales externes. En effet, la demande est désormais centralisée par l'autorité de régulation et de programmation des extractions judiciaire (ARPEJ). Les escortes ne pénètrent pas dans l'enceinte de l'UMD mais attendent à l'extérieur. En l'absence de local de fouilles, selon les informations recueillies, elles peuvent avoir lieu aux toilettes du secrétariat. Par ailleurs, en cas d'hospitalisation dans un service de soins somatiques la police nationale a la charge d'assurer la surveillance de la chambre sécurisée. Enfin, lorsque le patient détenu est convoqué devant une juridiction, cette dernière organise l'escorte.

Lorsque les magistrats instructeurs et/ou le juge des libertés et de la détention se déplacent à l'UMD pour réaliser des actes dans le cadre de la procédure pénale, ils ne sont pas autorisés à entrer avec une escorte policière. Les armes sont strictement interdites au sein de l'UMD, établissement de soins.

9. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

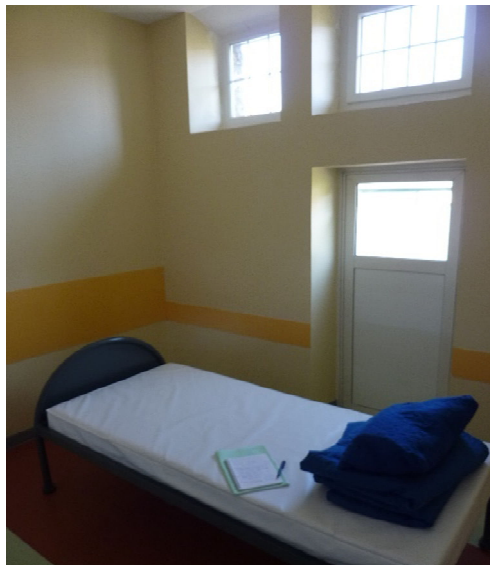
9.1 LES CONDITIONS MATERIELLES D'ISOLEMENT NE SONT PAS RESPECTUEUSES DES DROITS DES PATIENTS

Toutes les chambres de l'UMD constituent des lieux d'enfermement et sont utilisées comme telles durant les temps de sieste imposés et le coucher. Certaines chambres, également utilisées pour l'isolement, prennent des appellations différentes selon les pavillons mais leur conception et leur équipement sont similaires à des chambres d'isolement :

- pavillon 38 : une chambre de « haute sécurité » ;
- pavillon 37 : deux chambres d'isolement ;
- pavillon 36 : deux chambres d'isolement ;
- pavillon 35 : deux chambres d'apaisement.

9.1.1 Les chambre d'isolement

La configuration de ces chambres d'isolement est identique à celles du pavillon 38 (cf. § 6.1.2). Elles disposent toutes d'une double entrée. Le mobilier comprend un lit fixé au sol avec des points de fixation destinés à l'usage de la contention. Les chambres ne sont pas équipées de sonnette d'appel et les patients ne peuvent pas actionner l'éclairage. Elles ne disposent pas d'un dispositif d'appel, ni d'horloge. Il n'existe aucun équipement pour prendre son repas obligeant le patient à manger assis sur son lit. Les équipes seraient favorables à la mise en place d'un équipement pour que le patient puisse prendre son repas dans des conditions dignes mais il a été indiqué que les financements n'étaient pas disponibles. Dans un recoin sont installés un WC à l'anglaise sans abattant, une douche dotée d'un bouton poussoir et un lavabo. Enfin, ces chambres d'isolement ne disposent d'aucun patio permettant au patient de s'aérer.



Chambre d'isolement - pavillon 37

9.1.2 La chambre de « haute sécurité »

L'équipement de la chambre de « haute sécurité » se résume à un lit métallique et à un WC placé à 1,68 cm de la tête du patient. Cette chambre ne dispose ni d'un point d'eau, ni de dispositif d'appel.

Une couverture, en tissus épais, peut être destinée à remplacer les draps et couvertures lorsque le patient est très agité. Une horloge est installée dans le couloir mais elle est difficilement visible depuis la chambre.



Chambre de « haute sécurité » - pavillon 38

RECOMMANDATION 32

La chambre de « haute sécurité » et les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel et d'un équipement adéquat pour la prise des repas ainsi que d'un accès à l'air libre. En outre, la chambre de « haute sécurité » doit être équipée point d'eau et le WC doit être séparé du reste de la pièce.

9.1.3 Les chambres d'apaisement

Ces chambres sont équipées d'un lit métallique scellé au sol sur lequel sont disposées des couvertures. A l'instar des autres chambres décrites auparavant, l'oreiller n'est pas fourni. Les sanitaires sont équipés d'un lavabo, d'une douche avec bouton poussoir et d'un WC sans abattant.

9.2 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE RESPECTENT PAS LE DELAI LEGAL DE MISE EN ŒUVRE

9.2.1 La politique de l'établissement

Le GHPG a fait valider par ses instances en décembre 2020 sa politique en faveur de la réduction du recours et de la durée à l'isolement et à la contention. S'appuyant sur les recommandations de la HAS, il s'est fixé comme triple objectif de :

- réduire le recours aux pratiques d'isolement et de contention ;
- garantir que l'isolement et la contention soient des pratiques de dernier recours ;
- veiller au respect des droits des patients.

Un plan d'action est défini pour 2021 à l'échelle de l'établissement s'appuyant sur le renforcement des indicateurs de pertinence, la traçabilité, les alternatives (chambres d'apaisement) et la formation. Il serait souhaitable que le rapport annuel ne se limite pas à une analyse macro des données produites soit à l'échelle de l'ensemble des pôles soit à celle des pôles sans ceux de l'UMD

et de l'USHA mais s'attache à une analyse spécifique de ces deux pôles les plus requérants de ce type de mesures. On note une volonté affichée de réduction des mesures d'isolement et de contention au niveau du centre hospitalier dans son ensemble et à l'UMD en particulier même si les résultats obtenus sont encore modestes en ce qui concerne les mesures d'isolement :

- la production et la diffusion de recommandations concernant l'isolement et la contention par le comité de suivi des mesures d'isolement (sous-commission « prise en charge » de psychiatrie générale). A titre d'exemple, des recommandations concernant l'isolement se sont traduites en 2021 par la formalisation d'une politique en faveur de la réduction du recours et de la durée. Le département d'information médicale (DIM) monitorise le suivi des mesures par l'élaboration de tableaux ;
- l'engagement dans une politique de rénovation et d'humanisation des chambres d'isolement et de création d'espaces d'apaisement pour servir en amont de la crise (dossier déposé à l'ARS à partir de crédits fléchés en investissement) ;
- une réflexion en matière d'alternatives à l'isolement portée par les équipes de l'unité 38 qui essaient d'anticiper la crise par des entretiens de désescalade ;
- la présence des psychologues et ergothérapeutes, qui interviennent en horaires décalés, avant le coucher des patients pour répondre aux poussées d'angoisse et éviter éventuellement le recours à l'isolement (cf. § 7.1.3) ;
- des échanges systématiques avec le patient qui est passé à l'acte ;
- un travail sur les prescriptions médicamenteuses dont l'objectif est de réduire le recours à l'injection d'un sédatif en cas d'agitation et de procéder à des essais sous forme *per os*.

9.2.2 Les décisions de mise à l'isolement

Plus concrètement, les décisions d'isolement s'appuient sur des recommandations internes²³ en termes d'indications et de contre-indications, de modalités de surveillance (toutes les heures), de réévaluations (toutes les douze heures). Ces informations sont partagées en CME tous les mois. Il en est de même concernant la contention physique mais ces recommandations datent de 2011 et ne prennent pas en compte les nouvelles modalités de contrôle interne de cette mesure introduites par l'article 72 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé introduit au sein du code de la santé publique (CSP).

Dans la pratique, les équipes se réfèrent à deux procédures propres à l'UMD qui ont fait l'objet d'une rédaction récente (avril 2021) en adaptant les règles de réévaluation médicale de douze heures pour l'isolement et de six heures pour la contention introduite dans le CSP à la spécificité des patients de l'UMD. Ainsi, la réévaluation médicale peut intervenir non pas toutes les douze heures mais dans les vingt-quatre heures. Il en est également ainsi pour la contention. L'étude du registre confirme cette pratique courante. L'explication apportée tiendrait aux répercussions délétères sur la stabilité psychique des patients qui verraient alors se succéder à leur chevet à des heures inappropriées (parfois en pleine nuit) plusieurs psychiatres différents notamment en période de permanence des soins (nuit et week-end).

Si ces recommandations de bonnes pratiques ont pour objet de « *guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins* », la reprise qui est faite de la

²³ 03.01.01.003/PRO du 16 janvier 2019.

recommandation de la HAS sur l'isolement et la contention pour sa mise en œuvre devrait se limiter comme mentionné dans le texte à l'accompagner : « *d'une réflexion spécifique de l'équipe soignante* » portant sur la pratique d'isolement et de contention en UMD et non pas sur le cadencement des évaluations des mesures en question.

Au-delà des risques juridiques sur les mesures que font courir des réévaluations ne respectant les délais légaux, cette adaptation installée entre les patients hospitalisés en psychiatrie une inégalité de traitement dans l'organisation de leur prise en charge et porte gravement atteinte à leurs droits fondamentaux.

RECOMMANDATION 33

Le renouvellement des mesures d'isolement et de contention doit intervenir avant le terme de la durée prescrite.

Si la durée de la mesure initiale est bien limitée à douze heures pour une décision d'isolement et six heures pour une décision de contention, le renouvellement n'est pas organisé de telle sorte qu'aucune prolongation n'intervienne après la fin de la durée prescrite sans évaluation médicale préalable.

RECOMMANDATION 34

Les décisions de renouvellement doivent être prises dans le respect de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.

Le jour du contrôle aucun patient ne faisait l'objet d'un isolement en chambre de « haute sécurité ». Au pavillon 36, une patiente, en provenance d'une UHSA, était placée en chambre d'isolement.

9.3 CERTAINES PRATIQUES RELATIVES A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION SONT ATTENTATOIRES A LA DIGNITE DU PATIENT

9.3.1 Les conditions de mise en isolement

Entre le 1^{er} janvier 2021 et le 7 juin 2021, trente-quatre patients ont fait l'objet d'une mesure d'isolement dont dix-neuf patients au pavillon 38, onze patientes au pavillon 36, un patient au pavillon 37 et trois patients au pavillon 35.

Chaque nouvel entrant fait l'objet d'une phase d'observation en chambre de « haute sécurité » pendant une durée de quarante-huit heures au minimum. Il en est de même pour les femmes qui sont systématiquement placées en chambre d'isolement durant les quarante-huit heures qui suivent leur admission. Leur état psychique n'est pas pris en compte. Les équipes devraient engager une réflexion en lien avec celles des secteurs d'origine des patients afin de mettre en place des alternatives au placement en chambre d'isolement lors de l'admission, si l'état clinique du patient le permet.

RECOMMANDATION 35

Le placement systématique en isolement des patients au moment de leur admission, sans tenir compte de leur état psychique, n'est pas justifié.

Lors des mises à en isolement d'un patient, les proches sont prévenus (avec son accord) nonobstant l'obligation d'information en cas d'isolement au-delà des quarante-huit heures. Il convient de préciser que l'établissement a élaboré une plaquette d'information portant sur les voies de recours du patient placé en isolement. Elle est conservée dans le placard du patient.

Aucun gobelet n'est mis à sa disposition et il prend son repas (préalablement découpé) avec une cuillère en plastique. Il est isolé sans sortie de la chambre dans la journée et sans pouvoir fumer mais avec possibilité d'avoir des patches de substituts nicotiques. Si l'isolement dure plus de quarante-huit heures, les soignants accompagnent le patient deux à trois fois par jour pour qu'il puisse fumer.

9.3.2 Les conditions d'isolement des femmes présentant un risque suicidaire

Il a été indiqué aux contrôleurs que dans de rares cas, les femmes présentant un risque suicidaire majeur étaient mises à nu sous une couverture de force. Cette mesure, bien qu'exceptionnelle, est particulièrement dégradante. Elle avait déjà fait l'objet d'une recommandation à l'issue de la première visite. Il convient de préciser qu'elle n'est pas appliquée aux hommes.

RECOMMANDATION 36

Il doit être mis un terme à la mise à nu des patientes présentant un risque suicidaire.

9.3.3 La surveillance du patient

L'initialisation de la mesure et la surveillance du patient sont bien tracées dans le dossier patient informatisé. Le registre fait cependant état de prescriptions horodatées d'une durée de douze heures et de décisions de renouvellement prises une fois toutes les vingt-quatre heures. Par ailleurs, les médecins de garde ne voient pas systématiquement le patient pour les renouvellements qui sont réalisés à partir des observations émanant des infirmières.

Les dossiers de suivi infirmier sont globalement bien renseignés sauf en ce qui concerne la levée de la mesure qui n'a pas systématiquement été clôturée. Les informations dans les dossiers confirment une surveillance réalisée toutes les heures bien qu'elles soient retranscrites ultérieurement.

9.3.4 L'isolement en chambre d'hébergement

Les patients du pavillon 38 font l'objet d'isolement en chambre ordinaire puisque ce service ne dispose pas de chambre d'isolement et que les chambres d'hébergement ont toutes les caractéristiques d'une chambre d'isolement. Pour les femmes, cette pratique a lieu lorsque les chambres d'isolement sont occupées. Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir de données précises compte tenu du fait que les isollements pratiqués en dehors d'un espace spécifique ne sont pas répertoriés (cf. § 8.4). Pour rappel, l'HAS recommande le placement à l'isolement dans un lieu spécifique et sécurisé. Dans le document relatif à la procédure d'isolement en UMD, réactualisé en avril 2021, il est précisé que les chambres usuelles sont suffisamment sécurisées et que, par ailleurs, il serait impossible d'installer suffisamment d'espaces réservés uniquement à l'isolement. Cette

pratique d'isolement banalisé que cela soit lors des temps de sieste ou en cas d'agitation interroge. Les équipes soignantes doivent engager une réflexion à ce sujet et envisager la création de véritables espaces d'apaisement comme alternative à l'isolement.

RECOMMANDATION 37

Les isolements pratiqués en chambre ordinaire doivent être proscrits et il convient de réfléchir à la création d'espaces d'apaisement.

9.3.5 Les alternatives à l'isolement

Les psychomotriciennes ont proposé à l'institution une approche des troubles psychiatriques en phase aiguë basée sur des méthodes perceptivo-motrices telles que les enveloppements et la relaxation thérapeutique, pour favoriser le rassemblement sur soi, renforcer l'apport sensoriel et perceptif (proprioception), apaiser le vécu corporel potentiellement traumatique du fait de la symptomatologie délirante ou des expériences passées du patient.

Cette alternative à la contention mise en place au pavillon 36 a été interrompue en raison de l'absence de la professionnelle. Elle consistait, deux fois par semaine, en présence de deux infirmiers, à proposer un enveloppement à la place d'une contention dès l'instant où l'état d'une patiente commençait à se détériorer. Dans cette approche, la patiente allongée gardait ses vêtements, s'emmitonnait dans un drap tout en parlant avec la psychomotricienne qui procédait à des touchers corporels stimulant les sensations proprioceptives. Au besoin, elle pouvait être recouverte d'une couverture lestée dont le poids procurait une sensation apaisante. Cette technique, beaucoup moins traumatisante que le recours à l'isolement et à la contention, permet de calmer les états de tension psychique.

RECOMMANDATION 38

Il importe de développer des pratiques alternatives à l'isolement et à la contention telles que l'enveloppement qui s'avèrent souvent efficaces pour calmer les états de tension psychique et sont moins traumatisantes pour les patients.

Dans le cadre de séances de relaxation, les psychomotriciennes proposent aussi l'usage de ces couvertures lestées et les patients du 35 et du 37 peuvent en bénéficier. Les soignants de ces deux pavillons sont très ouverts à ces approches de gestion de crise moins éprouvantes pour les patients. Au pavillon 38, les soignants se sont montrés peu favorables à ces méthodes par crainte de réactions agressives.

9.3.6 Le recours à la contention mécanique

Si la mesure est moins fréquente que celle de l'isolement (quinze patients les six premiers mois de l'année 2021, cinquante patients en 2020), elle se concentre sur un petit nombre de patients notamment deux femmes du pavillon 36.

Le médecin psychiatre décide de la mesure de contention et le patient fait l'objet d'un examen somatique rapproché. Il est fait usage d'une combinaison qui a conservé le nom de « maillot ». Le patient est dénudé avant d'enfiler la combinaison puis attaché au lit. Il est couché, tête relevée par une couverture de force. Si besoin le corps est couvert de la même couverture.

Le recours à la combinaison, ouverte à l'entrejambes, n'est pas garant de la dignité du patient et revêt un caractère dégradant.



Combinaison de contention mécanique

Les pavillons disposent de matériel de contention constitué de sangles équipées d'aimants mais il est soigneusement rangé, les soignants privilégiant la combinaison.



Sangles équipées d'aimants

RECOMMANDATION 39

Le recours à la contention ne peut s'effectuer qu'avec des dispositifs qui respectent la dignité des patients, en l'occurrence leur intimité. Il doit être mis fin à l'utilisation de la combinaison.

Par ailleurs, les soignants ont recours aux couches, aux protections, aux étuis péniers car il n'est pas proposé aux patients d'aller aux toilettes ou éventuellement d'utiliser le bassin.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que les soignants privilégient la combinaison afin d'éviter de multiples risques de violence au moment de la mise sous contention mécanique et que par ailleurs on ne note aucune compression veineuse au niveau des poignets ou chevilles avec le maillot contrairement à l'utilisation des sangles. Le CGLPL maintient néanmoins sa recommandation car cette camisole de contention revêt un caractère particulièrement dégradant.

RECOMMANDATION 40

Le patient, soumis à la contention, doit avoir le choix d'utiliser les toilettes ou éventuellement le bassin. Le recours aux couches ou à l'étui pénien revêt un caractère dégradant.

9.3.7 La contention comme pratique sécuritaire

Il existe un autre cadre de contention qui est relatif aux déplacements des patients à l'extérieur de l'UMD. Il est systématiquement mis en œuvre pour les patients de l'unité 38 lorsqu'ils se rendent à l'audience du JLD ou en consultation de spécialité. Il en est de même pour les patients admis au titre de l'article L 3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D398 du CPP transportés en dehors de l'hôpital. Le patient est, dans les deux cas de figure, porteur d'une contention ventrale recouverte par une parka ample. Il n'existe pas de prescription en la matière ni de protocole spécifique hormis une procédure relative au transport des patients datant du 25 mai 2018 mais qui ne concernent que les sorties hors de l'enceinte de l'établissement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que l'utilisation de la parka a pour objectif de ne pas stigmatiser le patient. Cette ceinture ventrale est indiquée pour les patients ayant un haut risque d'imprévisibilité avec une dangerosité psychiatrique persistante. Le CGLPL maintient sa recommandation car cette ceinture ventrale, systématiquement utilisée pour les patients détenus et ceux hospitalisés au pavillon 38 selon le protocole en vigueur communiqué aux contrôleurs, revêt un caractère particulièrement dégradant.

RECOMMANDATION 41

Rien ne justifie le recours systématique à la contention ventrale dans le cadre de sorties des patients à l'extérieur de l'UMD. Cette pratique est attentatoire à la dignité des patients et doit cesser sans délai.

9.3.8 Les données statistiques

L'examen des rapports annuels sur les pratiques d'isolement et de contention au sein du GHPG permet d'identifier les mesures par pôle dont celles concernant l'UMD dans son ensemble.

Le taux de recours à l'isolement est élevé à l'UMD si on le compare à celui de l'établissement : 24,85 % dans les unités de secteur et 54,95 % à l'UMD. Cela s'explique par la complexité des prises en charge renforcée par la systématisation des isolements à l'admission dans les pavillons 38 et 36.

Les éléments du rapport mettent en lumière les éléments suivants concernant l'UMD :

- un taux de recours à l'isolement plutôt stable (2018 : 58,43 % ; 2019 : 53,26 % ; 2020 : 54,95 %) ;
- un nombre de mesures en forte augmentation en 2020 qui s'expliquerait par des isolements à visée de protection sanitaire durant le pic de la crise de la Covid-19 (2018 : 212 ; 2019 : 204 ; 2020 : 297) ;
- en 2020, le nombre d'heures d'isolement s'élevait à 12 687 heures et le 7 juin 2021 on comptait 4 680 heures depuis le début de l'année avec dans les deux cas, trois patients qui

concentrent à eux seuls un tiers des heures d'isolement. Ces mesures sont décidées essentiellement dans les pavillons 38 et 36.

Les durées moyennes d'isolement par mesure au cours des trois dernières années sont les suivantes :

- 2018 : 4 jours et 21 heures (durée maximale : 336 jours) ;
- 2019 : 3 jours et 18 heures (durée maximale : 36 jours) ;
- 2020 : 1 jour et 20 heures (durée maximale : 11 jours).

En matière de contention, le recours est cinq fois plus important à l'UMD que dans le reste de l'établissement. En tendance on observe :

- un taux de recours stable (2018 : 14, 61 % ; 2019 : 17,39 % ; 2020 : 16,48 %) ;
- un nombre de mesures en forte baisse (2018 : 79 ; 2019 : 118 ; 2020 : 63) avec des durées moyennes de contention en diminution (2018 : 1 jour et 23 heures, 2019 : 2 jours et 4 heures, 2020 : 22 heures). Ces durées sont souvent inférieures à celles des autres pôles de psychiatrie de l'établissement.

9.4 LE REGISTRE DE RECENSEMENT DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE REFLETE PAS L'ENSEMBLE DES SITUATIONS

Les mesures d'isolement et de contention sont enregistrées et tracées dans le logiciel *Cimaise*. Cela constitue la base de données et d'extraction en vue de la production par le département d'information médicale (DIM) du registre de recensement des mesures d'isolement et de contention. Le registre est reproduit sous forme numérique et reconstitue la séquence de chacune des mesures. Il existe des difficultés liées à l'intervention de plusieurs prescripteurs, l'existence de mesures non réévaluées et donc de durées non couvertes. Il existe également des confusions faites entre nouvelles mesures (décision initiale) ou mesures renouvelées (décision de renouvellement).

Le DIM a communiqué à la demande des contrôleurs le registre pour les années 2020 et 2021. Il comprend l'identifiant patient, l'horodate du début et de fin de la mesure, sa durée prescrite, la nature de la décision médicale, une référence de registre par type de mesure (à titre d'exemple les isolements en espace dédié ou les contentions non ambulatoires), le nom du médecin prescripteur, la référence du secteur (UMD) et celle du pavillon. Le nom des professionnels de santé chargés de la surveillance sont manquants.

Il n'existe pas de registre traçant les mesures d'isolement réalisées en dehors d'un espace dédié ni le recours à la contention dans le cadre des déplacements. En cela, le registre ne répond pas totalement aux modalités de présentation fixées par l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017.

Toute mesure d'enfermement, même en chambre non spécifique, doit être considérée comme de l'isolement et, à ce titre, être décidée et tracée dans les conditions prévues par la loi. Il doit être mis fin à la pratique des « retraits en chambre » et à la fermeture à clé systématique des portes des chambres lorsque les patients s'y trouvent.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que tous les isolements, quel que soit le lieu, font l'objet d'une décision d'isolement de la part du psychiatre et sont donc comptabilisés dans le registre de la loi. Le CGLPL maintient sa recommandation car les temps de « retrait » en chambre

d'hébergement et les temps de repos ne font pas l'objet d'une décision médicale systématique et ils ne sont pas comptabilisés alors même que les patients sont enfermés à clef dans leur chambre.

RECOMMANDATION 42

Toute mesure d'enfermement, même en chambre non spécifique, doit être considérée comme de l'isolement et, à ce titre, être décidée et tracée dans les conditions prévues par la loi.

L'instruction récente n°DGOS/R4/2021/89 du 25 avril 2021 relative à l'accompagnement de l'application de l'article 84 a élargi les données à l'âge du patient, à son mode d'hospitalisation ainsi qu'à la distinction des prolongations exceptionnelles de quarante-huit heures comme de quinze jours. Ces données qui nécessitent un reformatage du registre sont également manquantes comme l'a signalé la CDSP dans son compte-rendu de visite du 5 mai 2021.

D'un point de vue institutionnel, les données sont colligées et présentées analysées sous la forme d'un rapport annuel à la CDU et au conseil de surveillance puis transmis à l'ARS et à la CDSP.

Le DIM fait systématiquement le lien avec les unités afin que le dossier patient soit correctement documenté en particulier en ce qui concerne le suivi et la traçabilité des surveillances infirmières. Au niveau des unités, les mesures prises ou à prendre sont discutées en équipe pluridisciplinaire le matin et l'après-midi et les signalements du DIM sur les erreurs de suivi des mesures permettent de réinterroger indirectement les pratiques.

10. CONCLUSION

A l'issue de cette seconde visite, il a été constaté qu'une partie des recommandations formulées par le CGLPL ont été suivies d'effets.

Des efforts considérables ont été entrepris pour augmenter le temps de présence des médecins au sein des unités, diminuer le taux d'absentéisme parmi les infirmiers et fédérer les équipes autour d'un projet de service visant à optimiser la prise en charge du patient. Les clivages importants qui avaient été observés à l'époque entre les pavillons et au sein des équipes ont été largement atténués. A la différence de 2012, les médecins sont beaucoup plus présents auprès des équipes soignantes et leur apportent leur soutien. Des temps d'échanges formalisés et réguliers autour de la clinique ont à nouveau été instaurés. De même, le patient est vu régulièrement par le psychiatre et il est pleinement associé aux décisions le concernant. Concernant l'élaboration des certificats médicaux, les observations formulées en 2012 ont été suivies d'effet ; leur contenu est étayé et permet de connaître de manière lisible l'évolution du patient et de sa prise en charge.

L'information sur les droits des patients et leurs voies de recours a également évolué dans le bon sens. Les patients reçoivent systématiquement une information orale à leur arrivée et il leur est remis un document dont la transmission est tracée dans le registre de la loi. Par ailleurs, ils sont informés des règles de vie qui sont affichées dans les pavillons. Concernant le processus de désignation de la personne de confiance, elle est en place, tout comme la procédure relative à la confidentialité de la présence.

Des efforts notables ont été engagés concernant le contrôle des droits des patients. Depuis 2018, la CDSP a repris son activité et procède à des visites de manière régulière. Le service du JLD assure un contrôle effectif et à la différence de 2012, les audiences se déroulent au sein de l'établissement. Par ailleurs, les avocats se déplacent désormais au centre hospitalier pour assister les patients. Le barreau organise une permanence d'avocats pour intervenir dans cette matière. Enfin, depuis la dernière visite, des améliorations ont été apportées s'agissant de l'enquête de satisfaction qui, pour les patients de l'UMD, n'est plus adressée à leur domicile ou à celui de leur famille.

Concernant l'accès aux communications avec l'extérieur, certaines règles ont été assouplies. Ainsi donc, l'interdiction systématique portant sur l'usage du téléphone durant les trois premières semaines qui suivent l'admission n'est plus systématique. Il est toutefois regrettable que cette règle perdure concernant les visites puisque les autorisations sont accordées deux semaines après l'admission nonobstant l'état clinique du patient.

Enfin, ces améliorations portent également sur le respect de la dignité de la personne puisqu'aujourd'hui les patients ne sont plus dans l'obligation de s'habiller, en slip, dans le couloir au vu et au su de tous.

Cependant, certaines pratiques attentatoires à la dignité demeurent. Il s'agit notamment de l'obligation de revêtir un uniforme et des chaussons pour les patients en phase d'admission. De même, si la mise à nu intégrale des patientes à haut risque suicidaire est semble-t-il peu pratiquée, elle constitue une atteinte à la dignité. Enfin, le recours à la contention lors des déplacements des patients pour se rendre notamment aux audiences du JLD revêt un caractère dégradant.

Concernant le recours à l'isolement, l'utilisation systématique de la chambre de haute sécurité pour tous les entrants est toujours d'actualité. Cette mesure s'applique également pour les patientes qui sont placées en chambre d'isolement lors de leur admission. Si le recours à l'isolement et à la

contention sont désormais renseignés sur un registre spécifique, ces mesures ne sont pas recensées lorsqu'elles se déroulent en chambre d'hébergement.

L'aspect sécuritaire demeure toujours prédominant concernant la liberté d'aller et venir. Les patients sont systématiquement enfermés à clef dans les chambres durant les temps de repos. Les déplacements pour se rendre d'un endroit à un autre dans le pavillon sont groupés et les patients doivent attendre en file indienne.

Le parcours de soins des femmes n'a pas évolué depuis la précédente visite. Les modalités de prise en charge sont uniformes, il n'y a pas d'individualisation du parcours de soins en fonction de l'état clinique.

Enfin, si des travaux de rénovation ont été réalisés depuis la première visite dans les pavillons, les chambres demeurent austères et leur mobilier est spartiate notamment dans les pavillons 36 et 38. Par ailleurs, tous les pavillons ne disposent toujours pas d'un espace aménagé destiné aux visites des familles, garantissant l'intimité des échanges. Il en est de même lorsque le patient reçoit des appels téléphoniques.

Lors de cette visite, les contrôleurs ont pu mesurer les avancées positives qui ont été opérées et qui ont permis d'optimiser la prise en charge du patient dont il faut souligner le caractère pluridisciplinaire.

L'ambiance générale au sein de l'UMD est apparue sereine. Le renouvellement de la chefferie de pôle et d'une partie des professionnels de santé a insufflé une nouvelle dynamique qui se traduit notamment par une réflexion autour des pratiques qui n'avait pas lieu auparavant. Les temps institutionnels instaurés entre les différents pavillons pour échanger autour des prises en charge complexes ont permis de renforcer la cohésion des équipes. La création d'espaces de parole, auxquels sont associées toutes les catégories professionnelles, qui portent autour des thèmes comme la sexualité, l'isolement et la contention, la mise en place d'une association pour la gestion des bien des patients, mérite d'être saluée.

Cette nouvelle dynamique se traduit également par l'ouverture de la structure vers l'extérieur, qui auparavant adoptait un fonctionnement en vase clos, comme en témoignent les visites de l'UNAFAM.

Il reste néanmoins des axes d'améliorations qui sont notamment en rapport avec certaines pratiques ancrées depuis fort longtemps et qui perdurent. Elles doivent être réinterrogées en raison de leur caractère dégradant. Par ailleurs, dans le souci d'établir un juste équilibre entre la sécurité d'une part et les droits fondamentaux d'autre part, il apparaît nécessaire d'engager une réflexion portant sur l'aspect sécuritaire afin qu'il soit moins prédominant. L'organisation de la vie quotidienne, telle qu'elle est conçue aujourd'hui, peut renvoyer parfois sur certains aspects à un fonctionnement carcéral. Enfin, les réflexions engagées depuis de nombreuses années sur la réorganisation du pavillon réservé aux femmes et sur la mixité au pavillon des pré-sortants doit donner lieu à des mesures concrètes.