



**Rapport de visite**  
**Service de santé mentale de L'Aigle**  
**Centre psychothérapeutique de l'Orne**

**17 et 18 mars 2009**

Visite effectuée par Bernard Bolze (chef de mission)

Xavier Dupont.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, deux contrôleurs ont effectué, les 16 et 17 mars 2009, une visite du service de santé mentale, installé à L'Aigle, du Centre psychothérapique de l'Orne (CPO). Le directeur du centre avait été informé préalablement de la visite.

### **1. Conditions de la visite**

Les deux contrôleurs sont arrivés mardi 16 mars peu après 11 h. Ils sont repartis à 12 h le lendemain. Ils ont pu consulter les documents demandés et s'entretenir avec les personnels soignants et les patients. Leur interlocuteur principal a été le cadre supérieur de santé faisant office de responsable du site de L'Aigle. Ils ont rencontré le médecin-chef du service de santé mentale de L'Aigle ainsi que le directeur des ressources humaines du CPO, installé à Alençon et venu sur place.

Cette mission a fait l'objet d'un projet de rapport qui a été soumis au chef d'établissement. Celui-ci a fait connaître ses observations par écrit le 27 juillet 2009. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

### **2. Présentation de l'établissement**

Le service de santé mentale, situé sur le site de l'hôpital général de L'Aigle, lui était rattaché jusqu'au 31 décembre 2008. Il est désormais, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, le quatrième secteur de l'Orne et, rattaché au CPO, il en constitue le troisième secteur adulte. Le rattachement juridique et administratif du secteur a fait l'objet d'un protocole ratifié par le conseil d'administration de chacun des deux établissements publics de santé concernés. Lors de la visite, les effets de ce protocole n'étaient pas encore entrés pleinement en application, la priorité ayant été donnée aux ressources humaines (changement d'employeur accepté par la plupart des agents) et gestion patrimoniale. A ce jour, seul un secteur de psychiatrie de l'Orne (à Flers) demeure géré par un centre hospitalier général.

Le service contrôlé est composé de deux unités d'hospitalisation à temps complet, l'une, « Saint Evroult », est ouverte, l'autre, « Fontenil », fonctionne comme unité fermée.

Ce service constitue deux des sept unités fonctionnelles du secteur de L'Aigle du CPO. Les autres unités sont un hôpital de jour, trois centres médico-psychologiques (L'Aigle, Mortagne-au-Perche et Vimoutiers/Gacé) et un service d'accueil familial thérapeutique.

Le bâtiment, récent et restructuré en 2001, est composé d'un rez-de-chaussée, de deux étages et d'un sous-sol. Lors de l'ouverture en 1975, le service disposait de 50 lits.

Le rez-de-chaussée héberge l'unité ouverte (vingt lits), le premier étage l'unité fermée (seize lits), le deuxième les services administratifs et les bureaux de consultation des médecins et psychologues du service. Le sous-sol accueille les salles d'activités et une buanderie à l'usage des patients. De vastes locaux d'ateliers y sont disponibles. Ils ont permis, en 2008, une « opération tiroir » pour héberger momentanément l'hôpital de jour du secteur, le temps que soient construits de nouveaux locaux pour ce service à proximité immédiate de l'entrée de l'hôpital.

Rien ne distingue et ne sépare ce bâtiment des autres services hospitaliers du site.

Au jour du passage des contrôleurs, trente-cinq personnes étaient hospitalisées dans le service : seize personnes l'étaient dans le service fermé, dont dix sans consentement (cinq en hospitalisation d'office (HO) et cinq en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et dix-neuf dans le service ouvert. Une personne en HDT résidait dans l'unité ouverte, après un mois passé dans l'unité fermée.

L'enceinte de l'ensemble du centre hospitalier est grillagée. La porte d'accès est fermée la nuit et placée sous la surveillance d'un poste d'entrée, occupé en permanence par une standardiste. Des rondes, confiées à une entreprise de gardiennage, sont effectuées la nuit sur l'ensemble du site.

Le secteur de L'Aigle (sept unités fonctionnelles) dispose des ressources humaines suivantes :

- 2 4,5 médecins en équivalent temps plein (ETP).
- 3 36,7 infirmiers en ETP pour un effectif théorique de quarante et un.
- 4 10,6 aides-soignants en ETP pour un effectif théorique de sept.
- 5 sept agents hospitaliers.
- 6 quatre cadres de santé, dont trois étaient en formation au jour du passage des contrôleurs.

75% des soignants sont des femmes et les hommes et exercent pour la plupart dans les unités extra-hospitalières.

Les hospitalisations sans consentement ont été au nombre de soixante-et-une en 2007, chiffre proche de la moyenne des quatre années antérieures. Elles représentent 17 % des hospitalisations, chiffre supérieur à la moyenne nationale des hospitalisations sans consentement.

Une école d'infirmière avoisine l'unité hospitalière et concourt à la présence permanente de

stagiaires, une quarantaine dans l'année dans l'unité Fontenil, une centaine pour le secteur.

### **3. Informations données aux malades et exercice des droits**

L'unité accueille les patients originaires du secteur 4 mais aussi des patients des secteurs d'Alençon, Argentan et Evreux ; l'ancienneté de la structure à L'Aigle se traduit par une bonne connaissance des services rendus par le secteur, auprès des médecins libéraux, des élus locaux ou des services de gendarmerie, susceptibles d'avoir à connaître de l'orientation de patients à hospitaliser sans consentement.

Les malades en hospitalisation libre sont accueillis dans l'étage Saint-Evrault, ceux en hospitalisation sans consentement prioritairement dans l'unité Fontenil.

L'admission est faite par le psychiatre de garde et les infirmiers des unités. Les formalités administratives sont effectuées par le secrétariat du secteur situé au deuxième étage.

S'agissant des personnes hospitalisées d'office ou à la demande d'un tiers, la procédure est suivie à la fois à L'Aigle et à Alençon depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Toutefois, les registres sont détenus à L'Aigle, dans la mesure où le service dépendait préalablement du centre hospitalier de L'Aigle ; depuis le 1<sup>er</sup> janvier, ils sont remplis par le secrétariat du secteur alors qu'auparavant ils étaient confiés au service des admissions de l'hôpital.

Les registres étaient visés par la procureure de la République d'Alençon, lors de sa visite le 4 mars 2009. En revanche, les registres ne sont pas annotés par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, celle-ci ne se réunissant pas dans l'Orne. La DDASS a indiqué que cette commission ne pouvait être constituée faute de médecins psychiatres disponibles. (Conclusion 1)

Les personnes hospitalisées en HO reçoivent, pour notification, l'arrêté préfectoral de confirmation sous pli recommandé avec accusé de réception.

Aucun recours auprès du juge des libertés et de la détention n'a été constaté, ni de saisine de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) ou de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC).

En 2007, le service a accueilli douze patients en HO et quarante-neuf en HDT.

A leur arrivée, les malades reçoivent un livret d'accueil qui, jusqu'à la fin 2008, était celui du centre hospitalier de L'Aigle. Un feuillet spécifique lui était joint présentant le service et les voies de recours particulières ouvertes aux patients hospitalisés sous contrainte. Les adresses de la direction du CPO, du préfet, du président du tribunal, du procureur de la République, de la CDHP figurent dans le document, mais pas leur numéro de téléphone.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, c'est le livret d'accueil du CPO qui est remis.

Les diverses chartes relatives aux droits des patients (Patient hospitalisé, Charte Marianne, Hôpital sans tabac) sont affichées au 2<sup>ème</sup> étage du bâtiment à proximité de la salle d'attente des consultations. Mais la liste des avocats du barreau d'Alençon n'est pas apposée.

Des consignes restrictives de liberté pour les personnes en hospitalisation libre peuvent être énoncées : suspension des visites ou des sorties à l'extérieur pour une durée adaptée à l'état du malade, suspension des appels téléphoniques.

#### **4. Conditions matérielles d'hospitalisation**

##### **4.1.1. L'état des locaux**

Les deux unités, aux rez-de-chaussée et premier étage, sont conçues sur le même modèle. La rénovation a permis l'adjonction d'un nouveau bâti comprenant une montée d'escalier circulaire et un ascenseur desservant chaque étage, une salle d'attente et un local d'accueil des familles, extérieur à la partie fermée et une vaste salle à manger lumineuse équipée d'un office.

Les seize chambres de l'unité fermée auxquelles s'ajoutent deux chambres d'isolement, comme les vingt chambres de l'unité ouverte, cernent l'intégralité du bâtiment historique rénové. La partie interne de chaque étage laisse place à l'espace de vie, une petite salle de lecture équipée d'un écran et d'un lecteur de vidéos, une salle de bain, une lingerie, un salon de coiffure, une salle de repos et un bureau à l'usage des personnels. L'espace de vie est bordée d'une pièce vitrée donnant sur l'extérieur et utilisée comme fumoir, à l'attention des patients qui n'ont pas le droit de sortir de l'unité, même accompagnés. Il est indiqué aux contrôleurs que « *cette tolérance peut être étendue aux patients insomniaques que l'on ne peut laisser sortir au milieu de la nuit pour fumer et qui risquent de perturber si on leur oppose un refus* ».

Aucun des vastes espaces extérieurs jouxtant le bâtiment n'est délimité et clos pour pouvoir fournir un espace de promenade aux personnes sous contrainte, hébergées dans l'unité fermée. Un membre du personnel soignant accompagne les fumeurs quelques instants selon les disponibilités, une dizaine de fois par jour entre 7 h 45 et 21 h, au pied du bâtiment pour satisfaire à leur besoin de fumer. (Conclusion 2).

Les locaux sont entretenus et propres. Ils sont lumineux, à l'exception des espaces internes, non dotés de fenêtres. Ainsi, le bureau de consultation médicale, dépourvu de fenêtre, n'est pas utilisé par les médecins.

##### **4.1.2. Les chambres**

Les chambres sont équipées d'un lit et d'une table de nuit, d'une petite table et d'une chaise.

Le mobilier est récent et harmonisé. Les murs sont nus et uniformes, dépourvus de décoration personnalisée.

Les patients ne sont pas contraints de partager leur chambre, toujours individuelle, avec un autre patient. L'accès à la chambre est permanent. Les patients ne sont pas en mesure de fermer leur chambre de l'intérieur, la nuit.

Il est à souligner qu'à la suite d'une erreur architecturale, deux chambres ne sont accessibles que par le passage dans une autre. L'une d'elles est attribuée à un patient séjournant depuis trois années en chambre d'isolement.

#### **4.1.3. Les fenêtres**

Les fenêtres sont constituées de larges baies vitrées dont l'ouverture peut être contrainte par un sabot réglable au moyen d'une clé détenue par le personnel. Elles sont dépourvues de grilles ou de barreaux. Chaque chambre est équipée d'un placard, fermé par une clé en possession du seul personnel soignant. (Conclusion 3).

#### **4.1.4. Toilettes et douches**

Chaque chambre est dotée d'un vaste bloc sanitaire comprenant des toilettes, une douche et un lavabo en excellent état. L'absence de bac de douche est parfois à l'origine d'un écoulement des eaux usées jusque dans les chambres. Le ménage est fait tous les jours dans les chambres par un agent de service hospitalier qualifié sans que les patients soient mis à contribution. Ceux-ci sont invités cependant à faire leur lit.

#### **4.1.5. Les repas**

Les repas et collation, au nombre de quatre par jours, sont servis à 8 h 15, à 12 h 15, 16 h 15 et 19 h 15. Ils sont pris en commun avec le personnel soignant sous l'appellation de « repas thérapeutiques ». Ils peuvent être pris dans la chambre, sur indication médicale ou en raison de difficultés particulières. Les repas, servis sur des plateaux au nom du patient, sont acheminés sur des chariots chauffants depuis la cuisine centrale de l'hôpital.

Le menu du déjeuner du mardi était ainsi composé : saucisson à l'ail, cuisse de poulet à l'estragon, dés de céleris sautés, crème de gruyère, poire. Pour celui du soir : potage, omelette, rizotto, carré frais et fruit au sirop.

La nourriture servie n'a appelé aucun commentaire.

#### **4.1.6. L'habillement**

Les patients hospitalisés sous contrainte ne sont astreints au port du pyjama que sur indication médicale. Les contrôleurs ont été témoins cependant de la nécessaire disponibilité du personnel soignant pour qu'un patient ait accès le matin à ses vêtements, enfermés dans le

placard de sa chambre dont il ne maîtrisait pas l'ouverture. (Conclusion 3).

#### **4.1.7. L'accessibilité**

L'établissement est situé sur le territoire d'une commune dépourvue de transports en commun. Il est à une dizaine de minutes de la gare à pied et à quinze minutes du centre ville. Son accessibilité ne constitue pas un problème majeur.

#### **4.2. Vie collective et sociale**

L'organisation du service repose sur le cadre supérieur de santé et l'équipe d'encadrement. Ce cadre se rend chaque matin dans les deux unités pour s'informer des événements de la nuit, faire le point des mouvements de patients et veiller aux transmissions.

Les deux unités s'appuient sur les mêmes ressources pour assurer aux patients le suivi médical prescrit par le médecin (traitements, consultations, sorties...) ainsi que des activités, qui paraissent cependant réduites. Deux agents y sont dédiés, qui se chargent prioritairement de l'animation de la cafétéria ouverte tous les matins au rez-de-chaussée du bâtiment : toutefois elle n'est pas accessible aux patients de l'unité fermée autrement qu'accompagnés par un soignant, rarement disponible. Trois objectifs sont poursuivis au travers des activités : l'image de soi (sport, gymnastique, coiffeur, socio-esthétique), les jeux et détente, les sorties (spectacles, bowling, marché du mardi...). L'un des deux agents cependant se trouve très mobilisé par les courses qu'il va effectuer en ville chaque jour pour le compte des patients hospitalisés sans consentement.

Les personnels soignants partagent les repas avec les patients dans la salle à manger de chaque unité ; les contrôleurs ont pu le vérifier à l'occasion du petit-déjeuner du mercredi matin.

Il a été constaté que les patients se trouvaient essentiellement regroupés en face d'un poste de télévision, tandis que les pièces de « bibliothèque » n'étaient pas fréquentées. Il semble que des activités, pratiquées auparavant, aient cessé : laboratoire photographique, poterie... (Conclusion 4).

Le sous-sol comprend de vastes équipements (musculature, cuisines, buanderie, ateliers) manifestement sous-utilisés ; s'agissant du lavage du linge personnel, les patients peuvent utiliser une machine à laver, accompagnés par des soignants. Le service exige une participation financière du patient pour l'achat de la lessive.

Une cabine téléphonique est accessible à l'extérieur du bâtiment ; sa localisation ne garantit pas une parfaite confidentialité des échanges. (Conclusion 5).

L'unité fermée, située au premier étage, ne dispose pas de cour ou d'accès à l'extérieur sécurisé ; les patients hospitalisés sous contrainte se trouvent donc le plus souvent dans

l'impossibilité de bénéficier de promenades ou de sorties alors que l'enceinte de l'hôpital est vaste et verdoyante. (Conclusion 2).

S'agissant du tabac, les patients de l'unité fermée se trouvent obligés de séjourner dans un « fumoir » qui demeure toléré par l'administration ; les patients du service libre fument à l'extérieur, au pied du bâtiment, visibles des personnels et autres patients qui passent devant pour rejoindre d'autres pavillons d'hospitalisation ou bien l'institut de soins infirmiers, mitoyen.

Des contacts existent avec le groupe d'entraide mutuelle (GEM) nouvellement créé à L'Aigle ; en revanche, la section de l'UNAFAM n'a plus de bénévole dans la commune ;

Une association « para-hospitalière », l'Astre, gère un appartement dans la ville de L'Aigle qui est utilisé pour le logement de patients sans solution après l'hospitalisation ; il n'a pas été communiqué de bilan de l'activité de cette association.

Le service ne bénéficie pas de présence d'aumônerie pour assurer les cultes. (Conclusion 6).

#### **4.3 Conditions de travail**

Les personnels assurent deux roulements : le matin de 7 h à 14 h 45 et l'après-midi de 14 h 15 à 22 h. La nuit, un infirmier et un aide-soignant sont présents dans chaque unité soit quatre agents pour trente-six patients lorsque l'ensemble des lits est occupé. Dans la journée, cet effectif passe à six au minimum. Il est à noter que le taux de féminisation est de 75%. En cas de difficultés, la garde administrative est assurée par un cadre du centre hospitalier de L'Aigle, cette disposition ayant été prolongée après le rattachement au CPO de façon à bénéficier de la présence effective d'un renfort en cas de besoin.

La proximité de l'école d'infirmières se traduit par une affectation régulière et nombreuse d'élèves infirmiers qui contribuent à la bonne marche des services, une notion que conteste l'encadrement du secteur qui voit surtout dans leur présence « *une charge de travail supplémentaire* », « *parfaitement assumée* ».

Les personnels sont depuis longtemps dans la structure et paraissent très attachés à sa pérennisation ; il semble qu'une initiative syndicale soit en particulier à l'origine du rattachement récent au CPO, la situation financière dégradée du centre hospitalier de L'Aigle et les menaces ayant pesé ces dernières années sur la structure, ayant fait craindre aux personnels que les ressources de la psychiatrie n'alimentent d'autres activités.

Les craintes exprimées par les agents portent essentiellement sur la capacité du service à remplir sa mission : ils font état de difficultés à organiser les sorties faute de lits d'aval suffisants, les relais avec les généralistes et les CMP faute de temps médical, les activités pour les patients compte-tenu du faible nombre (deux agents représentant 1,8 ETP) pour les animer. L'isolement leur paraît grand la nuit.



Ils se trouvent également troublés par le rôle qui leur revient d'accueillir des patients inadéquats ou orientés par défaut : les contrôleurs ont ainsi pu constater la présence d'un mineur de 14 ans, « exclu » d'un IME voisin, dont l'hospitalisation a été refusée par les services d'Alençon au motif de la présence de l'IME sur le secteur de L'Aigle. Outre les conditions dans lesquelles l'IME a organisé son propre « dessaisissement » qui donnent lieu à interrogation, la question est posée d'une hospitalisation en pédopsychiatrie sans doute préférable à la présence de ce garçon en hospitalisation « adultes » fermée. (Conclusion 7).

L'analyse des fiches d'événements indésirables remplies par le personnel met en évidence :

- leur malaise à l'égard de la mise en isolement prolongée d'un patient.
- leur difficulté à obtenir parfois la présence du psychiatre de garde pour faire face à des situations de violence ou à des admissions en provenance du service des urgences.

Les médecins soulignent l'impact de la formation initiale des infirmiers qui ne les prépare plus à appréhender le temps passé avec des patients comme du temps de soin. A cela s'ajoute la raréfaction des transferts en dehors de l'établissement, le peu d'échanges jusqu'à présent avec les autres services de psychiatrie du département. A l'inverse, ils soulignent combien la prise en charge somatique a été améliorée ces dernières années, une attention plus grande et continue étant portée par les équipes aux pathologies ou troubles somatiques des patients. (Conclusion 8).

La direction du centre hospitalier, qui assurait la pleine responsabilité de l'unité jusqu'en décembre 2008, a porté à la connaissance des contrôleurs un incident survenu concernant la perte de clés du bâtiment, subtilisées par un patient, lequel est, par la suite, parti en fugue ; l'incident s'est clos sans préjudice pour des personnes ou des biens mais s'est traduit par une sanction disciplinaire à l'égard de l'agent qui n'avait pas fait état de la disparition de ses clés.

La direction du CPO pour sa part a manifesté sa volonté d'intégrer pleinement le fonctionnement du pôle de L'Aigle dans les instances et les projets de l'ensemble de l'établissement. Les agents ont eu la possibilité de conserver le centre hospitalier de L'Aigle comme employeur, mais la plupart ont préféré rejoindre le CPO (même régime de fonction publique hospitalière). La mobilité sera possible au sein de l'ensemble des services du CPO, hospitalisation ou ambulatoire.

Un point doit être relevé concernant la fourniture des médicaments qui se trouve modifié du fait du rattachement au CPO : auparavant, la pharmacie de l'hôpital de L'Aigle approvisionnait l'unité ; depuis la reprise par le CPO, la DRASS de Basse-Normandie exige que le CPO assure lui-même cet approvisionnement ce qui a contraint l'établissement à faire acheminer chaque jour par un cadre de santé les médicaments depuis Alençon ; il faut préciser qu'aucun reproche n'était fait à la gestion antérieure qui ne pouvait toutefois perdurer, selon l'autorité sanitaire, compte tenu du transfert juridique. (Conclusion 9).

## 4.4. Projet thérapeutique

### 4.4.1. Soins somatiques

Le service étant implanté au sein du centre hospitalier, l'accès aux consultations et services d'autres spécialités est aisé ; en particulier, les médecins présents aux urgences peuvent être appelés pour intervenir pour des pathologies courantes.

### 4.4.2. Recours à l'isolement

Le recours à l'isolement thérapeutique a fait l'objet d'un groupe de travail auquel ont participé, en 1997, une dizaine d'agents. Il en est résulté un protocole d'isolement qui fait toujours référence dans l'unité. Il prend en considération le cadre réglementaire, l'évolution des pratiques et de la recherche de soins et enfin la conception des soins que ces personnels ont fait leur.

L'utilisation des deux chambres d'isolement fait état, en 2007, de vingt-huit patients concernés pour une durée moyenne d'isolement de vingt-deux heures. Ce calcul ne tient pas compte de l'occupation permanente d'une des deux chambres par la même personne. Une situation qui perdure pour ce patient au moment du passage des contrôleurs en mars 2009.

L'étude systématique du registre de mise à l'isolement depuis le 18 août 2008 fait apparaître le nombre de quarante-deux cas, certaines personnes faisant l'objet de plusieurs séjours. Si les prolongations de mise à l'isolement sont effectivement mentionnées et signées par le médecin de permanence, de nombreuses rubriques ne sont fréquemment pas renseignées, comme des dates par exemple. (Conclusion 11).

Tous les personnels rencontrés, comme les documents écrits mis à disposition, font état de la prise en charge insatisfaisante du patient confiné depuis **trois années** en chambre d'isolement. Elle est vécue par plusieurs comme un échec thérapeutique. (Conclusion 10).

Au moment du passage des contrôleurs, M. D. séjourne donc dans la chambre d'isolement depuis trois années. Sa chambre, d'une dimension identique aux autres, se caractérise par un sas d'entrée, utile à la sécurité des soignants et dans lequel le patient prend ses repas, sur une tablette disposée contre le mur du fond. Une ouverture vitrée dans la porte de la chambre permet sa surveillance à l'exclusion d'une partie dissimulée par le bloc sanitaire.

La chambre d'isolement est dépourvue de mobilier, de poste de télévision, de radio et d'horloge. Un matelas repose dans l'angle de la pièce sur une dalle de ciment surélevée d'une quinzaine de centimètres. Les murs sont blancs et ne font l'objet d'aucune décoration. Deux animaux en peluche colorée sont à disposition du patient. Celui-ci est revêtu d'une chemise

blanche d'hôpital, ouverte sur le devant et, depuis peu, d'un slip.

Le bloc sanitaire, ouvert sur la chambre, est propre et spacieux. Une large baie vitrée, hermétiquement fermée et non barreaudée, identique aux autres, laisse entrer amplement la lumière. La fenêtre donne vue sur le parking qui jouxte l'unité et permet de voir le va et vient des personnels, des visiteurs et des patients. Il ressort des entretiens menés par les contrôleurs que M.D. voit son périmètre de déambulation diminuer et que ce service psychiatrique n'est pas adapté à sa pathologie. (Conclusion 10).

Le patient ne disposait d'aucun repère dans le temps caractérisé par une absence d'horloge et de vision sur l'extérieur (document de 1997). Une large baie vitrée donne désormais sur l'extérieur. (Conclusion 13).

La problématique du patient présent en chambre d'isolement depuis trois années appelle plusieurs remarques formulées par un groupe de travail interne au service. Certaines l'ont été dès 1997, antérieurement à la situation actuelle. Plusieurs demeurent d'actualité :

- le nombre et la fréquence des interventions infirmières dépendent de l'état du patient et surtout de l'effectif infirmier (présence insuffisante d'hommes dans le service).
- si le patient est agité, le bruit retentit dans tout le service.
- l'accès direct au couloir ne permet pas la discrétion et le respect de l'intimité nécessaire à ces situations.
- l'aménagement de la chambre (matelas posé sur le sol) n'offre pas les conditions indispensables au respect de la dignité de la personne soignée. (Conclusion 12).
- l'architecture de la chambre ne permet pas une surveillance visuelle constante par les infirmiers (petite fenêtre ne permettant qu'une vision partielle de l'intérieur).

## **4.5. Rapports avec les personnels**

### **4.5.1. Communication avec les patients**

Les contrôleurs ont été témoins d'un vouvoiement systématique des patients et de l'usage de leur nom, précédés de Madame ou Monsieur. Cette pratique du vouvoiement concernait aussi un jeune garçon de quatorze ans, placé dans l'unité.

### **4.5.2. Vie dans l'unité**

Si la pratique des repas thérapeutiques est établie, l'organisation de la déambulation autour d'un espace de vie peu accessible à la lumière naturelle et la présence des salles d'activités en sous-sol, donc éloignées et sujettes à la disponibilité du personnel, n'ont pas donné aux contrôleurs le sentiment d'une qualité particulière des échanges entre patients et équipe

soignante. Un membre de l'équipe soignante a déploré que l'interdiction du tabac jusque dans le fumoir prive les soignants de la relation privilégiée qu'ils établissaient à cet instant avec les patients. La consommation du tabac, debout dans le passage de l'entrée du bâtiment, par tout temps, n'est pas plus propice aux échanges. (Conclusion 2).

Pour autant, l'engagement des personnels dans la vie de l'unité est apparu très important, marqué par un taux faible d'absentéisme et par le respect des patients.

## Conclusions

1. La commission départementale des hospitalisations psychiatriques doit être constituée dans les meilleurs délais (§3).
2. L'accès à un espace de promenade et de détente protégé et propre au secteur devrait pouvoir être aménagé. L'établissement dispose d'un domaine adéquat (§4.1.1.), (§ 4.2.) et (§ 4.5.2.).
3. Les patients doivent pouvoir disposer d'une clé du placard de leur chambre (§ 4.1.3.) et (§ 4.1.6.).
4. Les patients doivent pouvoir accéder quotidiennement à des activités (§ 4.2.).
5. La localisation et la conception de la cabine téléphoniques doivent assurer la confidentialité des communications (§ 4.2.).
6. La présence d'aumôniers de différents cultes doit être sollicitée auprès des autorités religieuses (§ 4.2.)
7. L'hospitalisation de mineurs de moins de 16 ans en secteur adulte ne permet pas de prise en charge adaptée. L'établissement devrait saisir l'Agence régionale de santé de cette difficulté (§ 4.3.).
8. La qualité de la prise en charge somatique des patients doit être soulignée. (§ 4.3.).
9. Une dérogation devrait être obtenue de l'Agence régionale de santé pour permettre l'approvisionnement local en médicaments (§ 4.3.).
10. Les contrôleurs partagent le sentiment de l'équipe soignante sur la situation insatisfaisante d'un patient présent depuis trois ans en chambre d'isolement. Ils invitent la direction et le corps médical à renouveler leurs efforts pour trouver l'orientation la plus pertinente (§ 4.4.2.).
11. Les registres doivent être renseignés précisément (§ 4.4.2.).

12. L'aménagement de la chambre d'isolement devrait comporter un lit (§ 4.4.2.).

13. Il est à souligner positivement la prise en compte de certaines préconisations de l'équipe soignante comme la création d'une baie vitrée sur l'extérieur (§ 4.4.2.).