



**Etablissement public de
santé mentale**

Georges Mazurelle

**La Roche sur Yon
(Vendée)**

Du 7 au 10 décembre 2009

Contrôleurs :

- *Vincent Delbos, chef de mission ;*
- *Betty Brahmy ;*
- *Bertrand Lory ;*
- *Yves Tigoulet.*

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 du centre hospitalier spécialisé de La Roche-sur-Yon (Vendée), du 7 au 10 décembre 2009.

A l'arrivée à l'établissement, la directrice a reçu l'équipe des contrôleurs.

1 CONDITIONS DE LA VISITE.

Les quatre contrôleurs sont arrivés le lundi 7 décembre 2009 à 13H30 et sont repartis le jeudi 10 décembre 2009 à 13H15.

Une réunion de travail s'est tenue en début de visite avec la directrice qui a présenté le fonctionnement du centre hospitalier, en utilisant le support d'un film vidéo réalisé avec le concours des usagers, puis une visite des locaux a été effectuée. Une réunion s'est tenue avec l'ensemble des chefs de service, le vice-président de la Commission médicale d'établissement (CME), le responsable de la pharmacie, l'équipe de direction, la directrice des soins, les représentants d'organisations syndicales représentatives sur le site et ceux d'associations d'usagers (UNAFAM)¹ de l'établissement, et le président de la CME pour un entretien particulier. Le préfet de Vendée avait été avisé la semaine précédente de la visite, et, à l'issue du contrôle, la mission s'est entretenue téléphoniquement avec le directeur de cabinet du préfet.

Le président et le procureur de la République du tribunal de grande instance de La Roche-sur-Yon ont également été rencontrés au palais de justice. Une réunion s'est également tenue à Paris, avec la présidente du conseil d'administration de l'établissement.

L'essentiel des documents demandés à leur arrivée a été mis à la disposition des contrôleurs. Ils ont pu s'entretenir comme ils le souhaitaient, et en toute confidentialité, avec des patients présents et des membres du personnel. Ils ont participé à un service de nuit, le mercredi 10 décembre de 21h30 à 1h du matin.

¹ UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades psychiques

La qualité de l'accueil et la disponibilité de l'ensemble des personnels soignants et de secrétariat, à l'égard des contrôleurs et pendant tout le temps de leur présence au centre hospitalier, méritent d'être soulignées.

Cette mission a fait l'objet d'un rapport de constat qui a été soumis au chef d'établissement le 29 novembre 2010. Celui-ci a fait connaître ses observations par un courrier du 28 décembre 2010. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport de visite.

2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT.

Le centre hospitalier Georges Mazurelle s'étend sur un domaine de quarante-trois hectares. Il a été construit par l'Etat après la loi de 1838 pour constituer l'établissement de santé mentale départemental prévu par cette loi.

2.1 Le bâtimentaire.

Une partie du bâtimentaire, où sont installées l'administration de l'hôpital, la direction de soins, la cafeteria et différentes unités de soins date de cette époque. Certains des immeubles dédiés à la gestion de l'hôpital ont été rénovés il y a moins de dix ans.

Installé dans un parc boisé, le centre hospitalier a fait l'objet d'une profonde restructuration au milieu des années 70, pour remplacer les bâtis de type asilaire datant de la création de l'établissement par un système de pavillons à un étage, conçus de manière cohérente et occupant de façon rationnelle l'espace. Ces aménagements correspondaient à la concrétisation architecturale d'un projet thérapeutique de l'équipe soignante présente à cette époque, les psychiatres, dans les années 60 ayant été, sous l'impulsion de Georges Mazurelle, directeur, de formation administrative, ayant été parmi les pionniers du développement de la sectorisation en France.

Un plan d'investissement de 65 millions d'euros a été accepté par l'agence régionale de l'hospitalisation des Pays de Loire pour procéder, sur la période 2010- 2015 à un programme de rénovation des locaux, afin de les adapter à la réduction des lits et aux normes actuelles de sécurité et d'environnement.

2.2 La population accueillie.

Au jour du contrôle, l'établissement couvrait une population d'environ 470 000 habitants et était le siège de quatre des six secteurs du département de la Vendée. Il partage avec deux autres établissements publics du département l'obligation de recevoir des malades sans leur consentement.

Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice, indique que : « *l'établissement dessert l'ensemble de la population vendéenne, soit 610 000 habitants, car il assure :*

-l'exclusivité de la couverture hospitalière en psychiatrie infanto-juvénile,

-la psychiatrie de recours pour les deux secteurs du Sud-est et du Nord-Ouest vendéens rattachés à deux hôpitaux généraux,

- des dispositifs intersectoriels accessibles à l'ensemble des 6 secteurs de psychiatrie vendéens. »

En 2008, le taux d'occupation n'a jamais été inférieur à 95 %. Cette même année, le centre hospitalier a reçu 2 132 patients en hospitalisation libre, 778 en hospitalisation à la demande d'un tiers (36,5%), 65 hospitalisations d'office (3%), auxquels s'ajoutent cinq HO au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale et deux résultant de l'application de l'article 122- 1 du Code pénal².

3 HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS.

3.1 Le registre de la loi et les voies de recours judiciaires.

3.1.1 Le registre de la loi.

Les contrôleurs ont procédé à un examen des registres de la loi. Ceux-ci sont à la disposition des autorités de contrôle dans le bâtiment de la direction générale, au bureau des admissions. Il existe, à un instant donné, un registre unique où sont mentionnées les hospitalisations à la demande d'un tiers, les hospitalisations d'office et les hospitalisations dites en procédure d'urgence (H.P.U).

Ils ont examinés les registres portant les numéros 525 à 536. Ils ont relevés les éléments suivants :

- les registres n° 529 et 537 ne portent pas le nom de l'autorité qui a ouvert le registre ; les registres n° 533 et 535 ne mentionnent pas la délégation de l'autorité municipale qui cote le registre à l'ouverture. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice de l'établissement précise que, pour les n°529 et 537, « *il y a une signature sans nom et le cachet de la Mairie de la Roche sur Yon* », et pour les n° 533 et 535, figure : « *la mention du nom de Monsieur B. F., Directeur Général des services, sur chacun de ces registres* ».
- En règle générale, les certificats et les arrêtés sont collés dans le registre, avec au point de colle un tampon qui permet de vérifier qu'il n'y eu ni rajout ni suppression ;

² « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.* »

- Sur le registre n° 525, sous les rubriques n° 20 et 27, le délai de 24h entre le certificat initial et la confirmation n'est pas respecté ; cette carence a été également relevée dans le registre n° 527, sous la rubrique n° 2 et 4, dans le registre n° 536, sous les rubriques n° 7 et 13, dans le registre n° 534 sous la rubrique n° 3 ; Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice indique : « *Respecter scrupuleusement le délai de 24 heures est difficile quand l'admission a été faite durant la nuit, par ailleurs, le raccourcissement de ce délai peut être imputé aussi à l'autorité de tutelle qui souhaite que le Préfet puisse lui-même disposer d'un délai suffisant pour les signatures d'arrêtés (H.P.U.)* ». Le registre n° 525 ne comporte pas d'index, ni de mention de clôture ;
- Dans le registre n° 527, ouvert le 25 mars 2008, la rubrique n° 6, concernant une hospitalisation à la demande d'un tiers, ne mentionne pas les identités et les qualités du tiers ayant demandé l'hospitalisation ; il en va de même pour la rubrique n° 5 du registre n° 532 ;
- Dans le registre n° 534, sous la rubrique n° 8, il a semblé aux contrôleurs que le certificat initial avait été délivré par un praticien hospitalier du même secteur que celui qui avait confirmé le placement, contrairement aux dispositions du code de la santé publique (art. L. 3212-3). Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise que pour le n°534 : « *l'observation n'est pas exacte car le certificat initial a été établi par un praticien du secteur Sud-est (HDT Péril imminent) et le certificat de confirmation a été établi par [un], praticien hospitalier du secteur Est* ».

Le parquet de La Roche-sur-Yon a vérifié les registres le 12 octobre 2007 et le 17 décembre 2008, une visite étant annoncée pour le 14 décembre 2009, quelques jours après la visite du contrôle général.

3.1.2 Les voies de recours judiciaires.

Les magistrats effectuent la visite trimestrielle de l'établissement. Ils indiquent qu'à l'issue de celle ci, au cours de laquelle ils reçoivent des malades, le nombre de recours déposés devant le juge des libertés peut augmenter. En 2008, ce juge a été saisi à trois reprises, et deux décisions ont été rendues. Au 30 novembre 2009, il y avait eu pour l'année en cours, dix saisines, et onze étaient terminées. Les délais entre la saisine et la décision sont de l'ordre de deux mois, essentiellement imputables aux expertises.

3.2 Les visites.

Les visites ont lieu sur prescription médicale. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice indique que « *les visites peuvent être restreintes sur prescription médicale* ».

Dans le secteur Sud-Ouest, elles sont interdites dans les chambres et doivent s'effectuer dans le salon de visite ou dans le parc.

Dans les autres secteurs, les horaires de visite sont de 14h à 18h tous les jours. Dans les pavillons d'admission, il est prévu un accès pour les visiteurs, fermé en dehors de ces horaires.

3.3 Le téléphone.

Les téléphones portables, retirés à l'admission, sont rendus aux patients sur décision médicale. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise que : « *l'usage du téléphone portable peut être restreint sur décision médicale* ».

Dans le secteur Sud-Ouest, il existe deux « points phone » à carte peu utilisés et un téléphone à chaque extrémité des unités.

Le nombre d'appels est limité, par décision médicale en fonction du plan de soins élaboré pour chaque usager, y compris pour les patients en hospitalisation libre.

3.4 Le courrier.

Les patients remettent leur courrier aux personnels soignants. Ceux-ci le confient aux cadres de santé qui les transmet au secrétariat deux fois par jour pour le départ.

Le vaguemestre transmet le courrier « arrivant » aux cadres de santé des unités une fois par jour ; à l'arrivée comme au départ, les courriers ne sont pas lus par le personnel : la confidentialité est préservée.

3.5 Les cultes.

Les possibilités d'accès aux cultes sont indiquées dans le livret d'accueil des patients. Les représentants de l'Eglise réformée de France, de l'Eglise évangélique et du culte musulman sont accessibles par téléphone.

L'aumônerie catholique dispose d'un petit pavillon à l'intérieur de l'hôpital : une permanence y est assurée de 9h à 12h et de 14h30 à 17h du lundi au vendredi. Une messe est célébrée tous les dimanches à la chapelle de l'hôpital et un temps de prière y est proposé quotidiennement de 17h à 17h30, et le samedi à 16 h30 en géro-psycho-geriatrie. Dans les unités de long séjour, les treize représentants de l'aumônerie³ assurent un passage quotidien en fin de matinée. Dans les unités d'admission, les infirmières peuvent transmettre les demandes des patients aux aumôniers qui se déplacent dans les bâtiments afin d'y répondre.

Il a été indiqué aux contrôleurs, que des patients à mobilité réduite désirant se rendre à la chapelle n'auraient pu le faire, faute de l'accompagnement nécessaire.

En 2008, les membres de l'aumônerie ont effectué 3 635 rencontres avec des patients, dont 2 759 hommes et 876 femmes.

Une exposition d'œuvres de patients a été organisée lors de journées « portes ouvertes » à l'aumônerie pendant la semaine de la santé mentale.

³ Deux aumôniers permanents, dont un prêtre, et onze bénévoles.

3.6 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques est présidée par un médecin généraliste qui exerce son activité en ville. Après une assez longue période d'inactivité, entre 2006 et 2009, la CDHP a de nouveau un président désigné, qui a entrepris un programme de visites de l'établissement. La dernière visite s'est déroulée le 1^{er} décembre 2009, et a notamment procédé à un examen des registres de la loi.

Lors de la visite de 2005, dans ses observations transmises à l'établissement, la CDHP soulignait la nécessité de compléter les certificats, d'une part en précisant l'acceptation du patient aux soins et d'autre part le lien entre le placement et cette acceptation.

Il n'existe pas de compte-rendu de réunions de la CDHP entre 2005 et 2009.

3.7 Le traitement des plaintes et des réclamations.

Les plaintes et réclamations sont adressées à la direction de l'établissement. Certains patients ou des proches se rendent directement au bureau des usagers pour les transmettre. L'ensemble est examiné par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC). Celle-ci se réunit habituellement quatre fois par an. En 2009, trois réunions ont eu lieu, la dernière de l'année s'est tenue le 8 octobre ; la date de la prochaine était fixée lors de la visite au 29 janvier 2010.

Lors de la dernière réunion, les plaintes concernaient :

- plusieurs demandes d'un patient souhaitant mettre fin à sa sortie d'essai en HDT. La réponse faite a été qu'il s'agit d'une décision médicale.
- une demande d'une mère d'un patient s'opposant à la décision médicale de levée d'HO de son fils. Elle a été reçue par le médiateur médical.
- les soins dentaires délivrés à une patiente en hospitalisation libre, contestés par sa mère, venue au bureau des usagers, accompagnée d'un représentant de l'UNAFAM. Elle a été reçue par le dentiste, la cadre supérieure de santé et l'assistante dentaire.
- l'inquiétude des amis d'un patient hospitalisé au court séjour, qui s'étaient vus opposés une interdiction du droit de visite. Le patient était sorti à la réception du courrier ; ses nouvelles coordonnées leur ont été communiquées.
- la prise en charge d'un patient hospitalisé au court séjour de géronto-psychiatrie est contestée par son fils: il évoque un manque de dialogue notamment pour gérer le retour au domicile. Le praticien concerné indique qu'une date de sortie avait été précisée à la famille.
- une demande d'un patient hospitalisé à l'unité de long séjour qui utilise déjà sa voiture, sur prescription médicale, d'étendre son autorisation de circuler. Il lui a été répondu de se conformer à la décision médicale.

- la contestation d'une patiente d'être appelée par son premier prénom et son patronyme, et son désaccord avec l'inventaire de ses affaires. Il lui a été conseillé d'évoquer ses difficultés avec son médecin référent et l'équipe soignante du service.
- une inquiétude d'une patiente en sortie d'essai d'HO s'est manifestée auprès du bureau des usagers par rapport à son suivi. Un rendez-vous avec son psychiatre traitant, l'infirmière référente, en présence de son fils, lui a été proposé.
- trois plaintes concernent des prises en charge extrahospitalières.

A l'issue de cette réunion, il a été décidé : « *qu'à l'avenir, dans les réponses faites aux familles ou aux usagers, il faudra proposer une rencontre avec le service concerné et/ou avec un médiateur* ».

Lors de la réunion du 12 mars 2009, les plaintes concernaient :

- une plainte pour maltraitance dans le secteur sud-est. Le praticien référent du patient a répondu que : « *ses propos sont en lien avec sa pathologie et à sa mise en échec des projets qui lui sont proposés* » ;
- une demande de changement de médecin d'un patient du secteur sud-ouest en HO. Le praticien concerné refuse : « *estimant qu'il a une meilleure connaissance de sa dangerosité* » ;
- une plainte de parents adressée à l'UNAFAM concernant la sortie, qu'ils estiment mal préparée, de leur fille majeure du secteur Sud-ouest. La cadre supérieure concernée précise que la famille était en désaccord avec le plan de soin proposé ;
- une plainte concerne un changement de pavillon pour la nuit dans le secteur Sud-Est ;
- une demande de changement de médecin dans le secteur Sud-Ouest, effectuée par la famille ; il est indiqué que la patiente majeure doit faire elle-même cette démarche ;
- une plainte d'une mère, ayant signé la demande d'HDT de sa fille, qui s'est vue refuser des nouvelles par le service. Le médecin concerné sera contacté pour recueillir davantage d'éléments.

3.8 Evaluation de la qualité de la prise en charge par les usagers.

Un questionnaire de satisfaction, à renseigner en fin de séjour, est à disposition des patients dans le livret d'accueil.

Durant les six derniers mois de l'année 2007, puis au cours des six premiers mois de l'année 2008, 400 questionnaires de mesure de satisfaction ont été retournés chaque semestre auprès du service qualité. Depuis, la baisse du nombre de retours a été régulière, le dernier chiffre communiqué étant de 240 pour le premier semestre 2009.

Globalement, les usagers ayant répondu sont satisfaits par les prestations offertes par l'établissement :

- les réponses aux items concernant l'accueil atteignent, en additionnant les réponses bien et très bien, 92 % pour le standard, 96 % pour le bureau des usagers et 92% pour le service où les patients étaient hospitalisés ;
- les chiffres concernant les traitements médicaux atteignent 92,68 % pour les soins dispensés et 90,45 % pour les traitements contre la douleur ;
- les données concernant la clarté des informations médicales communiquées, celles concernant la préparation de la sortie et l'amabilité des soignants atteignent respectivement 90, 91 et 95 % ;
- Les réserves des patients concernent le critère de l'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite qui recueille 82% de satisfaction, 40% des usagers ne se prononçant pas, et les chambres dont l'item « calme » recueille 71% de satisfaction et le critère « confort/environnement » 77%.

Les principales observations recueillies par les contrôleurs auprès des patients concernent le manque d'intimité dans les dortoirs, la vétusté de certaines chambres, les activités en nombre insuffisant et la longueur du temps de mise en place des repas adaptés à la pathologie du patient, comparativement à l'hôpital général. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise que « *les temps de repas sont déterminés de façon à ne pas être inférieurs à 30 minutes.* »

3.9 L'UNAFAM.

L'association des familles dispose d'un local situé au sein de l'établissement, dans le bâtiment qui héberge la direction des soins infirmiers.

Les permanences ont lieu tous les mercredis de 14h30 à 17h30. Un numéro de téléphone permet de joindre un bénévole de l'association 24h sur 24.

Les bénévoles de l'association participent aux réunions de la CRUQPEC, à celles concernant le projet d'établissement et à la restructuration de celui-ci.

Les principales préoccupations des familles sont liées à leur association dans la prise en charge des patients, notamment dans la préparation de la sortie, et à l'application de la charte de l'usager en santé mentale, particulièrement pour la possibilité de changer de médecin.

3.10 L'association des usagers « Le bout du tunnel ».

L'association « Le bout du tunnel », créée en 2001, fait partie de la fédération nationale des patients en psychiatrie (Fnapsy). Elle reçoit une subvention annuelle de 770 euros de l'établissement.

Elle est installée dans un local, équipé par la Fondation de France, mis à disposition par le centre hospitalier. Il comporte des tables, des chaises, une cafetière, un réfrigérateur et un ordinateur.

Les permanences, tenues par deux bénévoles, ont lieu les lundis et mercredis de 15 h à 17h.

Des représentants de l'association participent à différentes commissions consultatives au sein de l'établissement et à l'enseignement à l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Les patients et des ex-patients fréquentent ce lieu pour boire un café, échanger avec les responsables ou solliciter un conseil ou une orientation. L'objectif est de sortir les patients de leur isolement et de s'informer autour des questions de santé mentale.

De novembre 2007 à novembre 2008, la permanence a accueilli 370 personnes et 540 entre novembre 2008 et novembre 2009.

L'association a contribué à la mise en place d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM), structure gérée dans la ville de La Roche-sur-Yon par les adhérents de l'association. Elle permet d'offrir un lieu convivial aux personnes sorties d'hospitalisation en psychiatrie.

4 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION.

4.1 Soins somatiques.

Le plateau technique du centre hospitalier comporte :

- Un bureau médical ;
- Un cabinet de radiologie ;
- Un cabinet dentaire ;
- Une salle de kinésithérapie.

Le pôle de médecine somatique est coordonné par un médecin généraliste ; chaque secteur dispose d'un temps plein de médecin généraliste, à l'exception de la fédération de géronto-psychiatrie, où exerce un praticien à mi-temps.

Les radiographies sont effectuées par deux manipulatrices radio et interprétées par les médecins généralistes. Un radiologue du centre hospitalier général intervient une demi-journée par semaine.

Deux cardiologues, un pneumologue, un gynécologue un neurologue et un pédiatre du centre hospitalier général effectuent des consultations sur le site.

Un dentiste libéral réalise des soins deux fois par semaine.

Un pédicure-podologue libéral se rend au centre hospitalier à la demande des médecins généralistes.

4.2 Le pôle de psychiatrie Nord-Ouest.

4.2.1 L'unité d'admission et de court séjour.

L'unité comporte vingt-huit lits autorisés mais fonctionne avec trente. A l'effectif de l'unité sont affectés dix-huit postes d'infirmiers représentant 17,20 ETP, en raison de la jeunesse des personnels qui bénéficient de temps partiels en nombre.

Un des deux cadres de santé est infirmier psychiatrique à l'origine, ainsi que quatre infirmières. Les services s'effectuent de 6h30 à 14h, de 13h30 à 21h, avec quatre agents, dont au minimum trois infirmières, et de 20h45 à 6h45, avec deux agents dont au minimum une infirmière. En outre, pendant la semaine, les services de journée sont renforcés de 9h à 17h par la présence d'une infirmière.

L'unité de court séjour est semi-fermée. Elle dispose de deux entrées, l'une pour les patients, l'autre pour les visiteurs, la première étant ouverte, la seconde étant fermée lorsque les visites ne sont pas autorisées.

L'unité de court séjour du secteur Nord-Ouest recevait, lors de la visite, trois patients en HO et dix en HDT. Les patients en HO sont systématiquement placés pour la durée de leur séjour en chambre d'isolement, l'un d'eux étant placé dans une chambre dite de sécurité qui présente les mêmes caractéristiques que les deux précédentes, mais dans laquelle le malade devait rester plusieurs années ; il y a donc été installé la télévision à partir d'un sas. Deux des patients hospitalisés selon cette modalité venaient d'unité pour malades difficiles, où ils avaient effectué plusieurs séjours.

Etant unité d'admission, elle assure les transferts des malades vers l'hôpital, lors des hospitalisations sans leur consentement. Depuis le début de l'année 2009, quatre transferts ont été organisés. Un protocole a été établi et des évaluations régulières sont effectuées qui montrent que les infirmiers masculins sont en nombre insuffisant pour assurer cette procédure.

Dans l'unité, la contention ne fait pas l'objet d'une traçabilité autre que l'inscription au dossier du patient ou dans le plan de soins, mais un protocole est en place qui en définit l'usage : dans les premiers instants, l'infirmière effectue la mise sous contention, mais en réfère immédiatement au médecin. Il est indiqué que les contentions ne sont jamais prescrites pour une durée supérieure à vingt-quatre heures.

Les professionnels, souvent jeunes, ont à leur disposition une formation mise en place par le centre hospitalier sur le thème de la violence.

Il est indiqué que le chef de service préfère la négociation à la contention.

La contention s'effectue dans la chambre du patient qui, si elle est doublée, devient chambre individuelle.

Les seuls moyens à disposition sont un nécessaire de contention mains, pieds, ventre, à l'exclusion de tout autre. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise que : « *ce kit (de contention) n'est pas systématiquement utilisé, la chambre constituant elle-même un espace de contention* ».

Il est fait recours en outre à une procédure, dite de « temps chambre », sur prescription médicale, où le malade n'est pas autorisé à sortir, généralement de 12h à 16h. En outre, une « salle de repos » est utilisée, généralement de manière consentie avec le malade, pour l'apaiser. Aucune de ces modalités de soins ne fait l'objet d'une traçabilité autre que l'inscription au dossier du patient.

Il n'y a pas devant la CRUQPEC, depuis plusieurs mois, de contestation ni des recours à la contention, ni des placements à l'isolement.

Dans le service, deux chambres sont dédiées à l'isolement et deux chambres sont dites sécurisées. Elles fonctionnent selon le même protocole qui a été remis aux contrôleurs.

A l'arrivée, tous les malades hospitalisés en HO passent une semaine dans l'une de ces chambres, et quinze jours s'ils viennent d'une UMD.

Au cours des deux dernières années, des agressions se sont produites dans l'unité, et un incendie déclenché par un malade a été maîtrisé.

4.2.2 L'unité de long séjour.

Dénommée « Le coteau », l'unité de long séjour du pôle Nord-Ouest se situe dans le même bâtiment que l'unité « La Fontaine », en prolongement de celle-ci. Elle occupe aussi le premier étage de cet édifice.

En entrant au rez-de-chaussée, on débouche sur un hall de 22 m². Face à l'entrée, se trouve l'escalier d'accès à l'étage et un bloc sanitaire avec trois WC et trois lavabos. A gauche du hall, est installée la salle à manger-séjour, de 96 m², avec un office de 12,5 m².

A droite du hall, se situe un couloir qui conduit, sur la gauche, à un salon pour fumeurs de 15 m², et, à l'arrière, à un local technique réservé au linge sale. Ensuite, on trouve un deuxième salon de 19 m² et trois chambres de 13, 17 et 14,5 m² équipées de lavabo, WC et d'un placard bâti, mais sans douche. Sur la droite du couloir, sont implantés le bureau du cadre, de 10 m², le bureau infirmier de 12 m², la pharmacie de 14,5 m², la salle de repos pour patient agité de 6 m² et la salle de bains de 11,5 m², équipée d'une baignoire. Au bout du couloir, se trouve un WC.

A l'étage, en sortant de l'escalier, on débouche sur un vestibule de 13 m² qui comprend quatre blocs WC et un lavabo, accessibles à tous. Sur la droite, un couloir ouvre, d'un côté sur deux chambres de 16,5 m² avec lavabo et placard bâti, et, sur l'autre, sur une première salle d'eau avec trois douches, et une seconde avec deux douches dont une de grande dimension, accessible aux personnes à mobilité réduite. Ce couloir prend en enfilade un second corridor, qui comporte un ascenseur, et qui conduit à la partie du bâtiment où se trouvent les salles d'activités.

Le long de l'escalier, un passage permet d'accéder à deux pièces, dont un local de linge sale et une douche réservée au personnel.

Sur la gauche, un autre couloir dessert dix chambres :

- cinq chambres, quatre de 12,5 m² et une de 10,6 m², équipées chacune d'un lavabo et d'un placard bâti ;
- cinq chambres de 18 m² équipées comme les précédentes.

Aucune chambre ne comporte de bouton d'appel.

Le jour de la visite, l'unité comprenait trois patients au rez-de-chaussée et dix-neuf à l'étage, pour quinze chambres. Il s'agit de patients lourdement déficitaires. Certains présentent en outre des troubles sévères du comportement. Selon les soignants, dix d'entre eux sont « inadéquats » à la structure.

La contention est pratiquée selon le protocole en vigueur dans le secteur. L'isolement en chambre est mis en place sur prescription médicale. Cette contrainte peut être modulable quant aux horaires et peut durer plusieurs semaines. Elle est réévaluée par le médecin chaque semaine.

Le jour de la visite, un patient se trouvait placé en chambre fermée entre 12h et 16h. Trois autres pouvaient être en chambre ouverte de 13 h 30 à 16 h 30 et sous surveillance, le reste du temps ils étaient en chambre fermée.

Il a été précisé que l'usage de ces moyens de contrainte était fait sur prescription médicale dans le cadre du protocole et du plan de soins de chaque patient, et noté dans son dossier médical. Les contrôleurs n'ont pu en avoir confirmation faute de traçabilité en dehors du dossier médical.

Au rez-de-chaussée, il existe une pièce dénommée par les personnels « salle de repos », utilisée pour apaiser les patients énervés ou agités en attendant l'arrivée du médecin. Elle comprend un canapé rouge ainsi que deux poufs jaunes, sans autre équipement que la lumière au plafond et le détecteur de fumée. Elle est d'un agencement récent et en bon état. Elle comprend aussi une fenêtre manœuvrée par le personnel ; la porte comporte une lucarne pour la surveillance.

Il a été indiqué qu'il s'agissait d'une solution intermédiaire pour éviter que les situations ne s'enveniment. La chambre peut être ouverte, lorsque le malade accepte d'y être placé, ou fermée en cas de trop forte agitation. Dans tous les cas une surveillance rapprochée est exercée. Les personnels viennent, selon leurs indications toutes les dix minutes.

Il n'existe pas de traçabilité sur l'utilisation de ce dispositif.

Les postes de service comportent quatorze soignants pour treize ETP, et sont organisés comme sur les autres unités, soit

- Le matin de 6h30 à 14h : trois personnes dont deux infirmiers et un aide-soignant.

- L'après-midi de 13 h 30 à 21 h : trois personnes dont un infirmier minimum et deux aides-soignants.
- La nuit de 20 h 30 à 7 h : deux personnes dont un infirmier au minimum et un aide-soignant ;
- Pendant la journée : un poste de 9 h à 17 h dont les horaires peuvent être modifiés

Les équipes de nuit sont constituées sur la base du volontariat pour une durée de six mois renouvelable, avec un maximum de deux ans.

4.3 Le pôle de psychiatrie Nord-Est.

Le pôle de psychiatrie Nord-Est accueille des patients en hospitalisation libre (HL), en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou en hospitalisation d'office (HO). Il peut aussi accueillir des patients détenus dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale.

Il est constitué d'une unité d'accueil et d'admission de trente-deux lits et deux chambres d'isolement, ainsi que d'une unité de long séjour de seize places en interne et sept places en externe : quatre en maison thérapeutique et trois en appartement. La durée moyenne de séjour est de 26,20 jours et le taux d'occupation de 92,18 % sur l'ensemble du secteur

4.3.1 L'unité d'accueil et d'admission.

L'accueil se fait à partir de 18 ans et va au-delà de 60 ans. Le service est ouvert et les patients peuvent sortir dans le domaine, sans compter les permissions de sortie au nombre de quatre à cinq chaque week-end.

Le taux d'occupation y est de 98,11 % et la durée moyenne de séjour de 46,2 jours en 2008.

La majorité des patients sont des psychotiques, notamment des schizophrènes avec un fond alcoolique ou d'addiction à d'autres substances psycho-actives. La police est intervenue deux fois en deux ans pour démanteler un trafic, ce qui a eu pour effet de sécuriser les personnels.

Le taux d'occupation de l'unité est de 95 % en moyenne annuelle, et il est fréquent que les lendemains de week-end, celle-ci se trouve en sur-occupation. Dans cette hypothèse, les soignants sont amenés à anticiper des sorties ou des permissions. Il a été aussi précisé que devant l'état d'encombrement, pour forcer l'hospitalisation, il est constaté que le mode d'entrée pouvait se faire par l'HDT d'urgence (HDT U). Sur les registres de la loi examinés par les contrôleurs, il a été relevé, que dans les 48 heures suivantes, le préfet prenait, fréquemment un arrêté de levée de la mesure sur la base d'un certificat médical émanant de l'hôpital.

L'unité d'admission est constituée par deux bâtiments identiques en vis-à-vis, appelés « Le bois » et « Le jardin », surélevés d'un étage et reliés au rez-de-chaussée par un couloir qui dessert les services communs et administratifs : salons de visite, locaux de consultation, poste infirmier, et bureau du cadre de santé. L'ensemble a été construit au cours de la décennie 1970, et n'est pas en mauvais état général ; les espaces ne correspondent cependant plus aux critères actuels d'hospitalisation : certaines chambres sont issues d'anciens dortoirs et peuvent contenir jusqu'à quatre lits, d'autres sont sans commodités hormis la présence d'un lavabo.

La capacité actuelle est de trente places et de deux chambres d'isolement, répartis sur deux niveaux.

Au rez-de-chaussée, outre les locaux techniques et ceux réservés au personnel, on compte :

- six chambres individuelles de 9,5 m²;
- deux chambres doubles de 28 m² ;
- deux chambres d'isolement de 9 m² ;

Deux anciennes chambres d'isolement sont actuellement en travaux, avec l'aménagement d'une pièce de vie contiguë, comprenant un téléviseur et une radio sous protection, pour des séjours d'observation. L'ensemble, équipé de locaux sanitaires complets, occupe une surface de 41m² dont 7m² réservés à deux locaux techniques qui permettent par ailleurs d'observer les patients à travers une lucarne. Ceci explique la réduction actuelle de capacité à trente places.

A cet étage, se trouvent également :

- deux espaces sanitaires comprenant chacun deux WC, deux douches et deux lavabos ;
- deux salles à manger de 37 m² ;
- deux salles de séjour : l'une de 57 m², l'autre de 79 m² ;
- une salle de visite de 34 m²
- deux salles d'activité : l'une de 21 m², l'autre de 34 m² et une cuisine thérapeutique de 20 m² ;
- deux salles de bains avec baignoire, de 5,2 m².

A l'étage, on trouve, outre les locaux techniques :

- dix chambres individuelles de 9,5 m² ;
- quatre chambres doubles de 28 m² ;
- deux chambres individuelles de 14,5 m², constituées à partir d'un cloisonnement d'anciens dortoirs ;

- deux blocs sanitaires avec deux douches, deux WC et deux lavabos ;
- deux salles de bains, comportant chacune une baignoire.

Chaque chambre est équipée d'un ou deux lits selon la surface, de chaises, et de placards bâtis pour le rangement. Certaines ne comportent aucune autre commodité que le lavabo. Un plafonnier est en place dans chacune avec quelquefois un chevet. Les fenêtres sont verrouillées et commandées par le personnel. Un détecteur de fumée est présent dans chaque pièce. Les chambres restent ouvertes, mais, pour limiter les vols, les patients disposent d'une clé qui condamne leur placard. Elles ne comportent pas de bouton d'appel.

Deux chambres sont médicalisées.

Les salles de bains ne servent plus.

Le jour de la visite, l'unité était complète avec trente patients et deux isolés. Parmi eux, deux HO, dont un isolé en retour d'une unité pour malades difficiles (UMD), et dix HDT. Selon le médecin chef de l'unité, l'isolement est un outil de soins et non de gestion de la vie du patient.

Peu de contestations des mesures d'hospitalisation sous contrainte ont été effectuées: le juge des libertés et de la détention a été saisi à deux reprises depuis le début de l'année 2009.

La mise sous contention est pratiquée non seulement en chambre d'isolement, mais aussi parfois dans la chambre du malade. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un « *isolement en chambre* », et la contention peut durer 24 heures au maximum. De façon générale, selon les soignants, les situations sont réexaminées toutes les 24 h et notifiées dans le plan de soins et transcrites dans le dossier médical du patient. Ces mesures sont réalisées sur la base et dans le cadre du protocole en vigueur dans le secteur.

Il n'existe pas de fiche de suivi, donc pas de traçabilité. De façon générale, les statistiques ne sont pas accessibles au plan global, toutes les données étant consignées au fil de l'eau dans les dossiers médicaux. Les soignants paraissent sensibles à cette carence, d'autant que certains d'entre eux considèrent que la contention ne peut être que la mesure « ultime ».

Un cahier par unité, dit « de suivi », visé par le cadre supérieur de santé, reporte les problèmes techniques, tels que les incidents dans les commodités, les dysfonctionnements des systèmes de fermetures, ainsi que les entrées et sorties des patients.

Il arrive que le transfert des patients hospitalisés en HO ou HDT de leur domicile vers l'hôpital soit assuré par une équipe du service qui réalise cette prise en charge selon un protocole. Un compte rendu de l'intervention est établi dès le retour et en précise les conditions.

Au jour de la visite, cinq transferts avaient été effectués depuis le début de l'année : trois pour des HDT, deux pour des HO. Quatre avaient aussi été organisés dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Il n'y a pas d'équipe d'intervention spécifiquement dédiée, le personnel requis, en priorité masculin, étant pris dans les services. Par contre, depuis quelques mois, le service de nuit prévoit quotidiennement une présence masculine d'au moins quatre personnes dans l'hôpital qui participent au maintien de la tranquillité dans les unités. Selon les dires, cette organisation en cours d'essai, donne satisfaction et devrait être pérennisée.

Le service du pôle est organisé en équipes de jour et de nuit, à raison de 50,80 ETP soignants et quatre personnels administratifs. Les horaires sont fixés comme suit :

- matin de 6 h 30 à 14 h : trois à quatre soignants selon les possibilités ;
- après-midi de 13 h 30 à 21 h : quatre soignants ;
- la nuit, de 20 h 45 à 6 h 45 : deux soignants.

Lorsque des disponibilités peuvent être dégagées, un poste de journée est mis en place du lundi au vendredi, pour participer aux animations et aux accompagnements, de 8h30 à 16h30.

Le service de nuit est assuré par une équipe constituée sur la base du volontariat pour une période de six mois qui peut être prolongée jusqu'à 18 mois maximum.

Enfin il est rapporté que, de manière certes peu fréquente mais qui existe, en contradiction avec les dispositions du code de la santé publique, l'assistante sociale de l'unité, comme parfois le prêtre, sont sollicités pour être le tiers demandeur, à titre personnel, dans le cas de transformation d'une HL en HDT.

4.3.2 L'unité de long séjour.

Dénommée « La fontaine », l'unité de long séjour est située dans un des bâtiments historiques de l'établissement (1853), dont elle occupe la partie Nord. L'autre partie est occupée par l'unité de long séjour du pôle Nord-Ouest. Entre les deux se situe une barre centrale perpendiculaire qui donne à l'ensemble une forme en T. La durée moyenne de séjour y était en 2008 de 159,1 jours et le taux d'occupation de 89,7 %.

Cette unité, de seize places, est implantée sur deux niveaux : le rez-de-chaussée et le premier étage.

En entrant au rez-de-chaussée, on découvre un hall de 19 m² avec en face de la porte l'escalier d'accès à l'étage, auquel est accolé à gauche, un local sanitaire avec WC et lavabos. A gauche de l'entrée se trouve le bureau infirmier qui communique avec la pharmacie. En face de ces deux locaux, sont installés une salle de séjour de 46 m² et un local de service. En avançant vers le fond à gauche, on trouve de part et d'autre du couloir, un local WC, une salle de bain de 10,5 m², et trois chambres avec WC et lavabo, la douche étant commune et située au fond du couloir. Les chambres occupent respectivement une surface de 17 m², 23 m² et 12 m². Les deux premières sont occupées chacune par deux patients, la troisième par un seul.

A droite de l'entrée se situe la salle à manger- séjour de 105 m² avec un office de 5 m².

A l'étage, l'escalier accède à un hall de 20 m² qui donne en face à droite, sur un bloc sanitaire avec WC et lavabo, et à gauche sur le bureau du cadre de l'unité. Contre la cage d'escalier on trouve à droite un local de service, et à gauche le vestiaire des personnels de 25 m², avec les commodités. De part et d'autre du hall partent deux couloirs qui distribuent huit chambres, dont deux, d'environ 20 m², accueillent deux patients. Les autres ont une surface comprise entre 9 et 16 m². Au bout du couloir de droite sont disposées, à gauche, une salle de bains, à droite une salle d'activité de 23 m², et au milieu, une douche, les chambres n'en disposant pas. Toutes les pièces sont équipées de détecteurs de fumée, aucune ne dispose de sonnette d'appel.

L'unité dispose aussi, dans la ville de La Roche-sur-Yon, de trois appartements thérapeutiques et d'une maison thérapeutique de quatre places, où les personnes placées sont suivies par les soignants du service. Six patients y séjournaient au moment de la visite.

Le rez-de-chaussée de la barre centrale est aussi occupé par l'unité, mais seulement en hôpital de jour.

Le jour de la visite, quinze patients étaient présents : cinq au rez-de-chaussée, dix à l'étage. Huit d'entre eux étaient en HDT, et quatre étaient « inadéquats » à la structure, selon les informations recueillies.

Il s'agit de personnes souffrant de troubles neurologiques, moteurs ou schizophréniques, en séjour de longue durée, dont un autiste profond en HL, et pour certaines en attente d'un placement en structure extérieure. L'âge moyen est évalué à quarante ans ; la population est mixte.

L'unité est ouverte de 8h à 18h et les patients peuvent aller et venir, sauf au moment de la transmission des consignes, qui dure quinze minutes lors de la relève. Les chambres sont ouvertes la nuit pour que les patients puissent se rendre aux toilettes.

Trois soignants sont présents le matin et l'après-midi, selon les mêmes horaires que dans l'unité d'accueil, avec la possibilité de décaler celui de l'un d'entre eux en fonction des besoins. Il existe aussi un poste en journée pour le rez-de-chaussée et l'étage. L'équipe de nuit est constituée de deux personnes.

Bien que disposant du matériel adéquat, l'unité se refuse à pratiquer des mises sous contention. Selon les dires des soignants, le choix thérapeutique va vers l'isolement en chambre pour un temps déterminé par le médecin, négocié autant que possible avec le patient, avec la porte ouverte ou fermée. Cet isolement peut aller jusqu'à 72 heures au maximum ; il est réévalué toutes les 24 heures. Cela peut aussi être défini avec le patient pour des temps plus courts qui peuvent être de quelques heures.

Le jour de la visite, les contrôleurs ont pu constater un isolement « négocié » avec le consentement du malade en chambre ouverte de 13 h 30 à 16 h 30. Les heures et l'amplitude peuvent être modulées.

Toutes ces prescriptions sont inscrites sur le dossier médical, mais les contrôleurs n'ont pu vérifier leur importance, faute de traçabilité distincte.

Deux patients, entendus par les contrôleurs, ont fait état pour l'un, de l'insuffisance de permissions de sortie, et pour l'autre de l'inadéquation des médicaments qui, dit-il, le font dormir trop tôt.

Selon les soignants, le caractère mixte de l'unité ne poserait pas de difficultés.

Le médecin-chef et les soignants attendent beaucoup du programme de rénovation qui doit porter la capacité de leur nouvelle unité à quarante lits dont un certain nombre seront des lits de transition en attendant la sortie.

4.4 Le pôle de psychiatrie Sud-Ouest.

Le secteur Sud-Ouest comporte une unité d'accueil et d'admission, dénommée « Tilleuls-Roseraie », et une unité de longue hospitalisation, dénommée « Le luon ».

Les ressources en personnel comprennent cinq médecins psychiatres, trois psychologues, un cadre supérieur de santé, quatre cadres de santé, cinquante postes d'infirmiers à l'effectif et 48,5 en réel, 5,6 ETP d'aides-soignants, neuf ASH, une assistante sociale et une conseillère en économie sociale et familiale.

4.4.1 L'unité d'admission « Tilleuls Roseraie ».

Construite en 1978, elle comprend trente-quatre lits dont deux lits dédiés à l'isolement. En 2008, le taux d'occupation a été de 92,71%, la durée moyenne de séjour de 15,63 jours et le nombre de journées d'hospitalisation s'est élevé à 11 537. La sur-occupation y est fréquente : les lits de patients en permission de week-end sont parfois utilisés pour l'admission de patients en urgence.

Le jour du contrôle, trente-quatre patients étaient hospitalisés et un jeune homme était hébergé en géronto-psychiatrie, faute de place. Parmi les patients hospitalisés, sept étaient en HDT et deux en HO. L'unité reçoit en moyenne trois patients détenus par an qui sont, selon les informations recueillies sur place, tous systématiquement placés en chambre d'isolement, durant toute la durée de leur séjour. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise que « *les détenus ne sont pas tous systématiquement placés en chambre d'isolement durant toute la durée de leur séjour* ».

Les seize chambres individuelles mesurent 9,70 m² : cinq possèdent un cabinet de toilettes de 1,43 m², comportant lavabo et WC, les onze autres un simple lavabo.

Les chambres d'isolement mesurent 9 m² et sont associées à une salle d'eau mesurant 4,25 m², comportant lavabo, douche et WC.

Les huit chambres à deux lits mesurent 27,80 m² et ne possèdent pas de séparation qui permettrait de préserver l'intimité des patients ; elles comportent un cabinet de toilettes de 2 m² environ accueillant un lavabo et deux placards fermés d'une surface au sol de 0,20 m².

Dans toutes les chambres, sauf celles d'isolement, chaque patient dispose d'un lit avec table de chevet, d'un bureau avec une chaise et d'un placard. Le mobilier est vétuste et la décoration inexistante.

Au rez-de-chaussée, les patients disposent de deux salles de bains avec baignoire et d'un espace sanitaire comportant trois lavabos, deux douches et trois WC. Au premier étage, ils disposent de deux salles de bains avec baignoire et de deux espaces sanitaires comportant trois lavabos, deux douches et deux WC. Les espaces sanitaires sont propres mais vétustes et la ventilation n'apparaît pas suffisante.

Le règlement intérieur spécifique à l'unité est affiché dans la salle de visite et dans toutes les chambres. La visite du procureur de la République est annoncée avec la possibilité de le rencontrer en prenant rendez-vous.

Le bâtiment est ouvert pour les patients de 9h00 à 12h30 et de 14h00 à 19h00. Les visites sont autorisées de 14h30 à 18h30 et exclusivement réalisées au sein d'une salle de 30m², séparée par un paravent permettant de recevoir deux familles en même temps sans garantir la confidentialité des échanges.

Quatre « points phones » sont à disposition des patients mais ne permettent pas d'assurer la confidentialité des conversations au regard de leur implantation dans le couloir ou dans des salons collectifs.

Les patients sont, selon les informations recueillies sur place, systématiquement habillés en pyjama au début de leur hospitalisation pendant une période variable pouvant aller jusqu'à quinze jours. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice conteste le caractère systématique de cette pratique.

Ils peuvent effectuer, à l'intérieur de l'unité, différentes activités : pâtisserie, décoration, jeux de société, ping-pong, vélo d'appartement, lecture. Ils ont accès quotidiennement au journal *Ouest-France* et à de très nombreuses revues hebdomadaires ou mensuelles obtenues gracieusement par l'hôpital sous la forme d'exemplaires invendus.

Les bureaux comprennent un bureau infirmier central de 19,72 m², deux bureaux de cadre de santé de 8,91 m² chacun, un bureau médical et un bureau partagé par l'assistante sociale et la conseillère en économie sociale et familiale.

Les repas ont lieu dans une salle à manger d'une surface de 36 m² : les patients entendus le jour du contrôle se sont dit satisfaits par la qualité et la quantité de la nourriture.

4.4.2 L'unité de longue hospitalisation « Le luon ».

L'unité, construite dans les années 1970, dispose d'une capacité de vingt-quatre lits sans espace thérapeutique différencié. Le jour de la visite, vingt-deux patients étaient présents ; un à deux patients, en moyenne, quittent l'unité chaque année. En 2008, le taux d'occupation a été de 94,22 %, la durée moyenne de séjour de 201,88 jours, et le nombre de journées d'hospitalisation réalisées s'est élevé à 8 277.

Le bâtiment comporte :

- deux dortoirs de trois lits dont l'un cloisonné et l'autre sans séparation qui permettrait de préserver l'intimité des patients ;
- quatre chambres à deux lits dont l'une dotée d'une séparation ;
- huit chambres individuelles dont seules deux possèdent des WC et dont une mesurant seulement 6m².

Les peintures et tapisseries sont défraîchies. Les patients ne peuvent ouvrir les fenêtres : les chambres sont aérées par les ASH.

Les patients disposent d'une salle de bains avec douche et baignoire au rez-de-chaussée, d'une salle de bains avec baignoire au premier étage.

Ils peuvent, avec l'aide d'un soignant, s'exercer au ping-pong, aux jeux de fléchettes et au punching-ball.

L'unité dispose d'une salle de visite de 15 m² comprenant une table, quatre chaises et une petite bibliothèque.

4.5 Le pôle de psychiatrie Sud-Est.

Le secteur Sud-Est comprend une unité d'admission et de court séjour dénommée « Le Hameau » et une unité de réinsertion et de resocialisation, appelée « La Source ».

La file active a été de 1 962 en 2006, 2 151 en 2007, 2 209 patients en 2008.

L'effectif du personnel est de :

- cinq psychiatres ;
- un médecin généraliste ;
- deux psychologues ;
- un cadre supérieur de santé ;
- quatre cadres de santé ;
- cinquante infirmiers ;
- trois aides-soignants ;
- 6,5 ASH ;
- une assistante sociale ;

- dix agents hôteliers ;
- un moniteur d'atelier ;
- quatre secrétaires médicales.

Une présence soignante 24 heures sur 24 permet de garantir la continuité des soins et la permanence pour les usagers. Les équipes du matin, de l'après-midi et de la nuit se relaient et les informations relatives aux patients sont partagées pendant des temps de transmission de 15 à 30 minutes, de 13h30 à 14h, de 20h45 à 21 h et de 6h30 à 6h45.

4.5.1 L'unité d'admission « Le hameau »

L'unité dispose de vingt-trois lits, et un supplémentaire dédié à l'isolement. En 2008, le taux d'occupation a été de 90,47 %, la durée moyenne de séjour de 11,61 jours et le nombre de journées d'hospitalisation s'est élevé à 7 616. Le jour du contrôle, vingt-quatre patients étaient présents dont l'un en chambre d'isolement sans nécessité médicale mais faute de place dans une chambre ordinaire.

Un vingt-cinquième malade était hospitalisé provisoirement dans un autre secteur pour la même raison. Huit patients sur les vingt-cinq étaient hospitalisés à la demande d'un tiers. Un patient hospitalisé d'office était en fugue depuis plusieurs semaines.

Le bâtiment comporte :

- huit chambres individuelles mesurant 9,70 m² : toutes possèdent une fenêtre de 1,50 m par 1,50 m et un lavabo, deux disposent en plus d'un WC à cuvette. Elles comportent chacune un lit d'une personne avec une table de nuit, une table mesurant 1 m par 0,50 m et une chaise. Le sol est recouvert de linoléum et les murs de papiers peints ;
- une chambre a deux lits de 14,53 m² dont les murs sont défraîchis comportant une porte-fenêtre que les patients ne peuvent ouvrir même partiellement ; ils disposent chacun d'une table de nuit, d'une chaise et d'une armoire fermant à clef. L'absence de cloisonnement et d'éclairage individuel ne permet pas de préserver l'intimité des patients ;
- trois dortoirs cloisonnés de trois lits mesurant 27,80 m² au sein desquels les patients disposent chacun d'une armoire, d'une table de nuit et d'une chaise ;
- un dortoir cloisonné de quatre lits, mesurant aussi 27,80 m², et laissant peu d'espace vital pour les patients qui disposent chacun d'un placard (1,90 m x 1 m) fermant à clef, d'une table de nuit et d'une chaise. Ce dortoir comporte un lavabo et trois fenêtres à ouverture limitée mesurant 2 m x 1m. Le papier peint des murs est partiellement arraché.

Au rez-de-chaussée et au premier étage, les patients disposent d'une pièce avec baignoire, et d'une salle d'eau d'une surface de 12 m² environ, comportant deux cabines de douches, deux lavabos, deux WC à cuvette et un urinoir. La ventilation y apparaît insuffisante. La salle d'eau du rez-de-chaussée est accessible aux personnes à mobilité réduite.

La chambre d'isolement mesure 7,65 m², avec une fenêtre de 1,95 m par 1,20 m, un lit scellé d'une personne avec bouton d'appel et un support plateau en mousse ; un sas sécurisé, avec une pendule encastrée indiquant le jour et l'heure, donne accès à une salle d'eau mesurant 4,25 m², qui comporte un lavabo en émail avec eau chaude et froide, un miroir et un WC.

Au rez-de-chaussée, une salle de séjour de 68,34 m² est divisée par moitié en salle de repas avec six tables et chaises et moitié en salle de détente avec poste de télévision, petite bibliothèque avec livres et revues très usagées. Les patients peuvent y consulter le journal *Ouest France* chaque jour.

Un panneau d'affichage présente les menus de la semaine. Il annonce la visite du président et du procureur de la République du tribunal de grande instance, ainsi que celle du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le règlement intérieur de l'unité y est aussi apposé et une affichette rappelle la présence obligatoire à la réunion hebdomadaire soignants/soignés le vendredi de 14h à 15h.

Le bâtiment est ouvert en permanence dans la journée entre 8h30 et 20h. L'accès aux chambres est libre, sauf pendant le nettoyage de la cage d'escalier afin de limiter les risques de chutes.

Certains patients bénéficient d'activités à vocation thérapeutiques à la fédération des thérapies médiatisées⁴, d'autres participent, avec des personnels soignants, à l'atelier pâtisserie, à l'atelier peinture, à des jeux de pétanque ou de baby-foot, ou encore à des sorties accompagnées.

Un téléphone mural situé dans un couloir permet aux patients de recevoir, sans confidentialité, des appels téléphoniques et un « point phone » à carte situé à l'entrée du bâtiment leur permet d'appeler leurs correspondants.

Les patients en hospitalisation libre peuvent conserver leur téléphone portable.

Une salle de 36m² est utilisée à la fois pour les visites et les réunions. L'accès des visiteurs est interdit dans la salle de séjour, les chambres et les parties communes.

4.5.2 L'unité de réinsertion et de resocialisation « La source ».

⁴ Cf. 4.10

L'unité dispose de dix-neuf lits : le jour du contrôle, dix-neuf patients, dont quinze sous tutelle étaient présents, dix en HL, neuf en HDT. En 2008, le taux d'occupation a été de 92,78%, la durée moyenne de séjour de 97,76 jours et le nombre de journées d'hospitalisation s'est élevé à 6 452.

L'admission est le plus souvent réalisée par mutation en provenance de l'unité « Le hameau ». Dans le cadre du partenariat réalisé avec les maisons thérapeutiques, une ré-hospitalisation, motivée par une recrudescence des symptômes, peut être réalisée.

Le bâtiment comprend :

- deux dortoirs cloisonnés, de 27,80 m², à la peinture défraîchie et aux murs parfois lacérés, comportant trois lits avec un placard et une chaise pour chaque patient, et un lavabo commun. Ces dortoirs comportent deux fenêtres de 1,50 m par 1,50 que les patients peuvent ouvrir sous une forme oscillo-battante ;
- deux dortoirs cloisonnés de 27,80 m², comportant un lavabo commun, deux lits avec une table de nuit, un placard et une chaise pour chaque patient ;
- une chambre à deux lits, d'une surface de 14,53 m², sans séparation permettant de préserver l'intimité des patients ;
- sept chambres individuelles de 9,70 m² à la peinture très défraîchie avec une fenêtre oscillo-battante et une partie toilettes comportant un lavabo et un placard de rangement ; une seule chambre individuelle dispose d'un WC ;
- une chambre d'isolement de 7,67 m² avec un accès sécurisé à un cabinet de toilettes de 4,25 m² offrant lavabo et WC.

Les patients disposent au rez-de-chaussée et à l'étage d'une salle de bain avec baignoire et d'une salle d'eau avec un lavabo, deux douches et deux WC.

Ils déjeunent dans une salle de séjour mesurant 58 m² associée à un salon de 36 m². La restauration est assurée sous la forme de deux services : le premier pour les patients déficitaires et le deuxième, sous la forme de repas thérapeutiques⁵, midis et soirs tous les jours de la semaine.

Les patients peuvent recevoir des appels téléphoniques sur un poste fixe situé dans un couloir et disposent d'un poste à carte à l'entrée du bâtiment.

A l'intérieur de l'unité, les patients peuvent effectuer des activités :

- de bricolage avec un moniteur d'atelier le lundi après-midi ;

⁵ Les soignants prennent leurs repas avec les malades.

- de pâtisserie le mercredi après-midi, en présence de deux soignants.

L'accès au bâtiment, libre à l'origine, est filtré afin d'éviter que deux patients séjournant actuellement dans l'unité ne regagnent régulièrement la route et la voie ferrée proches et ne mettent ainsi leur sécurité en danger.

4.6 Le pôle de psychiatrie de l'adolescent.

Le pôle « adolescents » accueille des jeunes de 12 à 18 ans et propose des prises en charge selon quatre modalités de soins :

- les soins ambulatoires ;
- l'hospitalisation de jour ;
- l'hospitalisation temps plein ;
- l'hospitalisation de nuit.

Le centre de soins pour adolescents (CSA), ouvert en 1993, est accessible par un escalier et une rampe pour les personnes à mobilité réduite. Il offre douze lits d'hospitalisation et une chambre d'isolement. Le jour de la visite des contrôleurs, une chambre est hors d'usage, après le passage d'un jeune très violent.

En 2008, le taux d'occupation a été de 81,51%, la durée moyenne de séjour, de 19,04 jours, le nombre de journées d'hospitalisation a été de 3 580 pour une file active de 483 patients.

Un jeune de 16 ans est hospitalisé depuis plus de deux ans, tandis qu'un autre de 14 ans est là depuis dix-huit mois.

Un jeune, de 17 ans et 11 mois, avait été admis en hospitalisation d'office ; il a été transféré le 10 décembre 2009 à l'unité pour malades difficiles de Cadillac. Ce mode d'hospitalisation est exceptionnel, selon les déclarations des personnels. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice indique : *« Il est erroné de dire qu'un jeune de 17 ans et 11 mois avait été admis en HO. En fait, son mode d'hospitalisation a été transformé en HO au cours de son hospitalisation, afin de permettre son admission en UMD »*.

Le jour de la visite des contrôleurs, sept garçons et quatre filles étaient présents dans le service ; deux sorties et deux entrées étaient prévues dans la semaine ; un jeune se trouvait sur la liste d'attente. Il n'est pas rare qu'il y ait dix jeunes en attente d'hospitalisation.

Les admissions sont généralement réalisées à la suite d'une consultation dans un centre médico-psychologique (CMP) ou dans le service. Deux ou trois jeunes sont régulièrement hospitalisés par décision d'un magistrat dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire (OPP).

Selon les informations recueillies, les principales indications d'hospitalisation sont : l'anorexie mentale, les troubles du comportement, les phobies scolaires, les passages à l'acte ; peu de bouffées délirantes ou de prises de toxiques sont à l'origine des admissions.

L'effectif du service des adolescents comporte :

- 2,5 ETP de psychiatre et 0,7 ETP de psychologue ; ils exercent également dans les structures extrahospitalières ;
- 11,2 ETP d'infirmier ;
- 1 éducateur spécialisé ;
- 2,6 ETP aides-soignants ou aides médico-psychologiques ;
- 4,2 ASH.

Le planning prévoit la présence d'un médecin dans le service tous les matins et après-midi.

Le personnel soignant est présent selon le dispositif suivant :

- deux agents le matin et trois l'après-midi en semaine ;
- deux le matin, deux l'après-midi durant les week-ends ;
- deux la nuit.

Si un jeune avait été suivi au CMP avant son hospitalisation, il conservera le même psychiatre. Il aura également un ou deux infirmiers référents.

Il a été rapporté que le cadre institutionnel strict permettait de donner des repères aux jeunes ; cependant, l'unité ne dispose pas de règlement intérieur.

Le petit déjeuner a lieu avant 9h en semaine, avant 10h les samedis et dimanches. Les repas sont réalisés sous forme thérapeutique. Le pyjama est autorisé seulement dans la chambre, à laquelle les jeunes n'ont pas accès dans la journée, sauf entre 13h et 14h pour un moment de repos.

Des activités thérapeutiques sont proposées : atelier cirque, chant, musicothérapie, peinture, sport. Certains patients se rendent au pôle des thérapies médiatisées sur prescription médicale⁶. La psychologue anime un groupe de paroles.

Les jeunes peuvent se rendre en ville, avec l'autorisation de leurs parents.

Une convention avec le ministère de l'éducation nationale permet de mettre à disposition des adolescents du CSA, des enseignants qui peuvent proposer une prise en charge individuelle. Il s'agit d'un enseignement de trois heures par semaine correspondant au niveau acquis par l'élève.

Il est indiqué que, dans ce cadre, un volume de 300 heures annuelles est dispensé par des professeurs des écoles spécialisés enseignant dans les classes de SEGPA, des professeurs de collèges et de lycées, tous volontaires.

⁶ cf. § 4.10

Les parents sont tenus informés de cette prise en charge, même si elle est brève. L'éducatrice spécialisée coordonne tous les aspects de la scolarité des adolescents.

Les locaux du service occupent deux niveaux : au rez-de-chaussée ; les locaux d'activité et de vie, à l'étage, les chambres. L'unité dispose d'une cour permettant de réaliser des activités sportives.

o Au rez-de-chaussée :

Ce niveau est constitué d'une zone destinée aux bureaux d'entretiens et aux consultations ambulatoires : elle comporte deux bureaux de médecin un de psychologue, un de cadre, le secrétariat, une salle d'attente de 22m², équipée d'une table basse, de six chaises, de deux WC dont l'un pour personnes à mobilité réduite et de deux lavabos séparés. Une salle de réunion, d'une surface de 24m², équipée de deux ordinateurs, sert également à la pratique de l'informatique pour les adolescents.

Dans le couloir, un téléphone permet aux jeunes de recevoir des appels téléphoniques : il est précisé aux contrôleurs que les appels peuvent être transférés dans un bureau infirmier afin d'assurer une plus grande confidentialité.

Au fond du couloir, une petite bibliothèque comporte quelques romans et des bandes dessinées : les adolescents, comme les autres patients, n'ont pas accès à la bibliothèque de l'hôpital qui est, jusqu'à présent, réservée au personnel.

De l'autre côté par rapport à l'entrée, se situent les différentes pièces utilisées dans la journée pour les activités et les soins :

- une salle polyvalente de 30m² comportant une table avec dix chaises, un évier, un réfrigérateur, des armoires pour les activités manuelles, maquettisme, peinture notamment;
- une salle de jeux de 48m² comportant une table de ping-pong, un jeu de baby-foot, une table avec quatre chaises et un canapé d'angle ;
- la salle à manger de 40m² comprenant deux tables rondes et trois tables rectangulaires et dotée d'un office de 12,75m² et d'une plonge de 6m² ;
- un bureau infirmier de 16m², la pharmacie de 12m² et la future chambre d'isolement de 9m² avec un cabinet de toilette de 3,90m².

o A l'étage :

On accède à ce niveau soit par un escalier, soit par un ascenseur ; il existe douze chambres dont la superficie varie de 8,61m²⁷, 8,72m²⁸ 9,96m⁹, la chambre d'isolement et une salle polyvalente comportant un poste de télévision.

Toutes les chambres sont individuelles et disposent d'un lit, d'une table de chevet, d'un placard comportant étagères et penderie, d'un cabinet de toilette carrelé de 2,55m² avec WC, lavabo et douche. Il a été signalé aux contrôleurs des difficultés d'évacuation de la vapeur d'eau des douches en raison de l'inadaptation du dispositif dédié à cet effet et une luminosité nocturne permanente résultant d'un signal d'évacuation obsolète dans la chambre d'un jeune gênant son sommeil.

Les chambres comportent le nom de leur occupant sur la porte d'entrée et disposent d'un panneau d'affichage. Elles sont propres et bien entretenues.

Selon les informations recueillies, la chambre d'isolement devait être transférée au rez-de-chaussée à la fin de l'année 2009. Les contrôleurs ont constaté que les travaux étaient en cours. La chambre d'isolement actuelle mesure 3,25m de long sur 2,35m de large et dispose d'un lit de 2m de long pour 0,90m de large : elle donne accès à une salle d'eau fermée mesurant 2,45m sur 2m et comportant un WC, un lavabo et une douche avec eau chaude et froide.

Actuellement, sa situation soulève trois ordres de difficultés :

- elle est éloignée du poste infirmier auquel elle est cependant reliée par un bouton d'appel ;
- sa situation au premier étage rend son accès parfois difficile dans les cas de grande agitation, que ce soit par l'escalier ou l'ascenseur ;
- un salon télévision de 39m² avoisine la chambre : il ne peut être utilisé dès lors qu'un patient se trouve en isolement dans celle-ci.

Les principales plaintes exprimées par les jeunes auprès des contrôleurs concernent des restrictions pour recevoir leurs parents ou leurs amis, des interdictions de téléphoner et l'insuffisance des repas en quantité et en temps dédié.

Le contrôle des portions effectué le soir du 8 décembre 2009 a permis cependant de constater que la quantité de nourriture était adaptée à celle d'un dîner.

4.7 La fédération « Mosaïque ».

La fédération Mosaïque accueille des patients déficients mentaux dans quatre unités qui peuvent accueillir quatre-vingt dix huit patients :

⁷ n° 9 et 1.

⁸ n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

⁹ n° 10 et 11.

- « Bruyères A » : vingt-six places et un lit d'urgence ;
- « Bruyères B » : vingt-six places ;
- « Le Cullère » : vingt-trois places ;
- « La Vallée » : vingt-deux places.

Le jour de la visite des contrôleurs, deux lits étaient vacants aux Bruyères B, un aux Bruyères A et un au Cullère.

Le fonctionnement en fédération a été mis en place en 2007 mais les conditions d'admission au sein de la structure n'ont pas encore fait l'objet d'un accord entre les quatre secteurs de psychiatrie adulte.

En février 2010, quarante patients, déjà identifiés, vont partir dans une maison d'accueil spécialisée (MAS), ce qui va entraîner la fermeture du pavillon « la Vallée ». De ce fait, les contrôleurs n'ont pas visité cette unité.

L'effectif de la fédération comporte :

- 0,7 ETP de psychiatre ; il effectue le temps restant à la MAS située au sein du centre hospitalier ;
- 1 cadre supérieur de santé ;
- 0,5 ETP de médecin généraliste ;
- 3 cadres de santé ;
- 24 infirmières ;
- 70 aides-soignantes ou aides médico-psychologiques (AMP) ;
- 19,50 ETP d'agents hôteliers ;
- 0,5 ETP de psychologue ;
- 0,5 ETP d'assistante sociale ;
- 0,4 ETP d'ergothérapeute ;

Il n'existe pas de poste de psychomotricienne ni d'orthophoniste.

Des réunions de synthèse à propos de deux patients ont lieu tous les mercredis de 14h à 15h30. Une réunion panoramique du groupe a lieu le mardi ou le vendredi.

Pour tous les soignants de la fédération Mosaïque, il existe une réunion institutionnelle mensuelle le premier mardi du mois de 14h à 15h30.

Tous les deux mois, unité par unité, a lieu une réunion de fonctionnement entre l'équipe de nuit et deux représentants de l'équipe de jour de 20h à 22h30 pour évoquer la situation de tous les patients

4.7.1 « Les Bruyères A ».

Le jour de la visite, seize hommes et neuf femmes étaient hospitalisés dans cette unité. Un lit était vacant. La moyenne d'âge des patients était de 35 ans. La répartition des vingt-cinq lits s'établissait ainsi :

- cinq chambres individuelles se trouvent au rez-de-chaussée, pour lesquelles les sanitaires sont installés dans le couloir. Il est indiqué aux contrôleurs que les occupants de ces chambres sont mis sous contention durant toute la nuit et dorment avec des couches. Le lit est muni des sangles de contention. Un seau est à disposition : « *une chaise percée serait impossible à proposer car les patients la jetteraient.* »

A l'étage on trouve douze chambres avec lavabo, douche et WC ainsi réparties :

- Cinq chambres individuelles ;
- Six chambres à deux lits : un lit avec une table de chevet et un box en aluminium à parois vitrées, de 2,50m sur 2,90m dont une partie est occultée par un film de 1,05m de haut et 0,45m de large. Au total la chambre mesure 3,50m sur 3,35m. Du côté « libre », le patient peut se rendre au WC.
- Une chambre à trois lits, constituée d'un lit et de deux boxes.

La salle d'eau comprend un lavabo en émail, cinq patères, un WC dont la porte ne ferme pas à clé, sans abattant, sale, muni de deux rampes, un placard contenant les produits d'hygiène, une douche à l'italienne dotée d'une rampe carrelée du sol jusqu'à une hauteur de 2,10m.

Pour faire fonctionner l'unité, une infirmière et quatre aides-soignantes ou AMP (aide médico-psychologique) sont présentes le matin et l'après-midi ; la nuit deux aides-soignantes ou AMP assurent les soins dans les unités Bruyères A et B, la porte séparant les deux demeurant ouverte.

Les repas sont distribués en deux services :

- Le petit déjeuner de 8h45 à 9h30 ;
- Le déjeuner de 12h15 à 12h45 avec des plateaux en chambre,
- Une collation à 16h ;
- Le dîner de 18h15 à 18h45.

Dix repas étaient mixés, six hachés, quatre normaux et cinq avaient une spécificité. Tous les régimes sont établis avec la diététicienne du centre hospitalier.

Les vêtements sont changés tous les jours, les draps en fonction des besoins. Le linge est marqué au nom du patient et de l'unité.

A l'exception de cinq patients, tous se rendent à l'« atelier Mosaïque » ou à la fédération des thérapies médiatisées pour des activités programmées.

Une pièce, d'une superficie de 40m², dont le mobilier a été financé par la Fondation de France, est à la disposition des familles de toute la fédération : elle comprend une table orange, huit fauteuils, quatre chaises, un vaisselier, une kitchenette équipée de plaques chauffantes, d'un évier, d'un réfrigérateur, d'une bouilloire et de vaisselle.

Selon les informations recueillies, trois familles viennent régulièrement pour des repas ou des visites l'hiver quand il fait trop mauvais pour sortir dans le parc ou lorsque le patient n'est pas capable de sortir.

Les vingt-cinq patients sont pris en charge par groupes qui disposent chacun d'une pièce de vie d'environ 48m². Les patients peuvent circuler d'une pièce à l'autre à l'exception de l'un d'eux dont la vie est circonscrite dans un espace, appelé « Les genêts », comprenant une chambre avec sanitaires, une pièce intérieure et une terrasse aménagée entièrement close. Tous les objets ont été retirés car il a des pulsions pour tout manger y compris les vêtements ou les matériaux. Il lui arrive de pouvoir prendre ses repas avec les autres, quand son état le permet.

Certains patients sont maintenus par une sangle sur un fauteuil relax dans la salle de vie. Il a été indiqué que la prescription se trouvait dans le dossier médical.

Les patients disposent d'un espace extérieur clos pour chaque groupe, équipé de bancs et de tables scellés et de bac à sable et d'une salle d'ergothérapie, « le pain d'épices », d'une surface de 20m² qui est notamment utilisée tous les après-midi pour une activité gâteau-repas thérapeutique pris sur place. La pièce est équipée de tout le matériel indispensable à cette activité.

4.7.2 « Les Bruyères B ».

Dans cette unité se trouvent six chambres à un lit au rez-de-chaussée et à l'étage, vingt lits dans la même configuration qu'aux « Bruyères A ».

Dans cette unité il existe un groupe de quatre enfants âgés de 10 à 16 ans séparés des autres par une simple porte fermée, au rez-de-chaussée, un autre groupe dit de « jeunes vulnérables » et les résidents.

Selon les informations recueillies, les enfants seraient hospitalisés dans l'unité depuis longtemps ; l'un d'eux n'est présent qu'une semaine par mois, il n'était pas là durant la visite des contrôleurs.

L'examen dans un premier temps des dossiers administratifs communiqués par le bureau des admissions ne comportait pas les titres de placement de ces enfants mineurs. A la demande des contrôleurs, le bureau des admissions, a indiqué qu'il ne disposait pas de ces éléments. Invité à les rechercher, il n'a pu fournir que des autorisations d'opérer signées par des représentants légaux.

Dans le temps imparti à la visite, il n'a pas été possible de réitérer la demande de disposer des titres de placement (ordonnances judiciaires, décisions de l'autorité administrative ou accord des parents). Par un courrier du Contrôleur général du 15 décembre 2009, il a été demandé de préciser la situation de ces enfants au sein d'une unité pour adultes, la nature juridique du placement de ces mineurs dans l'établissement et les titres afférents. La direction en réponse à cette demande, a fourni ces documents.

Les quatre garçons disposent chacun d'une chambre de 3,20m sur 2,10m soit 6,72m², équipée d'un lit, d'un placard, d'une chaise. Le sol est en linoléum, les murs peints en jaune sont propres. Quelques photos décorent la chambre.

Une salle de jeux, aménagée par la Fondation de France est à la disposition des quatre enfants et des familles qui viennent en visite. Elle comprend cinq fauteuils, une piscine à bulles, une roue et des jeux de psychomotricité.

Les autres patients ont des salles d'activités au rez-de-chaussée.

4.7.3 « Le Cullère ».

Dans cette unité, aucun patient ne possède la communication verbale.

L'unité dispose de vingt-quatre lits répartis ainsi :

- six chambres à un lit ;
- trois chambres à deux lits ;
- quatre chambres à trois lits ;

Les salles de bains sont communes à deux chambres ; aucun patient n'est autonome pour la toilette. Chacun possède un casier à son nom avec ses produits de toilette. Les baignoires sont équipées d'élévateur.

Le jour de la visite des contrôleurs, treize hommes et huit femmes étaient présents dans l'unité ; un homme était hospitalisé au centre hospitalier départemental pour des soins somatiques.

Dans cette unité, un patient, âgé de 30 ans, est hébergé depuis très longtemps ; des patients admis à l'âge de 4 ans en 1960 vont être transférés à la maison d'accueil spécialisée en février 2010.

Pour faire fonctionner l'unité, il faut une infirmière le matin et l'après-midi, cinq aides-soignantes ou AMP le matin, quatre l'après-midi, une ASH, le matin et l'après-midi.

La nuit, une infirmière a la charge de l'ensemble de la fédération « Mosaïque ».

Les toilettes durent de 7h à 10h30 ce qui conduit à faire prendre par certains patients leurs petits déjeuners au lit.

L'unité a bénéficié d'une rénovation récente. Un ascenseur permet de circuler entre les niveaux.

Cinq à six patients participent à un repas thérapeutique deux fois par semaine dans la salle d'activités. Les AMP de l'atelier Mosaïque se déplacent dans l'unité pour proposer des activités adaptées : stimulation visuelle et sonore, mobiles pour les patients alités, décoration des chambres, personnalisation des chambres.

Selon les informations recueillies, les personnels sont volontaires pour continuer à travailler dans ce service. La Fondation de France a mis en place une formation de tous les agents et des familles sur « l'accompagnement des gestes quotidiens sur la prévention de la douleur »

Des réunions de synthèse à propos de deux patients ont lieu tous les mercredis de 14h à 15h30.

4.7.4 L' « atelier Mosaïque ».

Un atelier appelé « atelier Mosaïque » est dédié aux patients de la fédération. Animé par trois AMP, il est ouvert de 9h15 à 17h du lundi au samedi. Il propose des activités régulières :

- la piscine tous les mardis et jeudis pour quatre ou six patients ;
- l'équithérapie le vendredi pour quatre patients ;
- un atelier cuisine, le mardi pour six patients, comprenant l'achat des courses à l'extérieur, la préparation du menu et la dégustation ;
- l'écoute musicale pour huit patients durant vingt-cinq minutes ;
- tous les jours un repas thérapeutique est confectionné soit dans les unités, soit à l'atelier.

L'atelier « Mosaïque » met en œuvre également des séjours thérapeutiques :

- randonnée dans un gîte en Auvergne durant sept jours, avec quatre soignants pour huit patients ;
- cerf-volant à La Tranche-sur-mer durant sept jours, avec quatre soignants pour huit patients ;
- séjours thérapeutiques avec quatre patients du Cullère : un soignant pour un patient à Royan en 2008 et à La Tranche en 2009.

Il existe également des sorties pour aller au cinéma, aux marchés de Noël, des promenades en forêt, des visites au Puy du Fou, ou dans un parc zoologique.

4.8 La fédération de géronto-psychiatrie.

La fédération de géronto-psychiatrie comporte deux unités, l'une d'admission et de court séjour, de quarante-huit lits et l'autre de long séjour, de cinquante lits. Ces deux entités constituent des ressources mutualisées à la disposition de l'ensemble des secteurs installés au centre hospitalier, mais aussi pour l'unité de long séjour à la disposition des secteurs de Chalans et Fontenay-le-Comte.

Est rattachée à cette unité, une équipe mobile de géronto-psychiatrie qui assure des soins en ambulatoire. Le protocole élaboré avec les chefs de service des secteurs indique que la continuité des soins est assurée par les médecins psychiatres des secteurs. Selon les informations fournies, la gériatrie ne serait pas le critère d'admission principal, mais l'association de pathologies délirantes, de troubles majeurs du comportement, et des états dépressifs chroniques.

Un travail d'information est conduit avec les établissements d'accueil pour personnes âgées, dépendantes ou non, du département, afin de déterminer par voie conventionnelle les conditions d'admission et de retour dans les structures d'origine des personnes âgées venant effectuer un séjour en milieu hospitalier. Cette démarche vise à éviter les patients indésirables.

Les deux unités ne disposent pas de règlement intérieur, et l'une et l'autre sont fermées.

4.8.1 L'unité d'admission.

L'unité d'admission est installée dans un bâtiment construit postérieurement à la rénovation des pavillons dans les années 70. Conçue par les architectes comme une unité intersectorielle, et disposant à cet effet de services communs, dans laquelle les malades devaient être répartis par une gradation de la dépendance, elle a été remaniée lorsqu'il a été décidé d'en faire une unité de type fédératif, chaque secteur disposant de lits répartis dans différentes ailes. De ce fait, certains aménagements particulièrement fonctionnels et une conception d'ensemble de la structure tournée vers le patient n'ont pas été redéfinis lorsqu'il a été décidé de faire dans cette unité une sectorisation calquée sur celle en place dans le reste de l'établissement.

Les admissions s'effectuent à partir de 15h, et les sorties en début de l'après midi.

Occupée à 95 %, il y avait dans l'unité, au jour de la visite, seize malades en HDT.

L'unité est fermée de l'intérieur, mais les familles peuvent entrer sans restriction, dans les limites des horaires de visite.

Aux deux entrées de l'unité, un guichet d'accueil permet aux familles d'obtenir des informations. La répartition des lits s'effectue selon les secteurs de provenance, chacun d'entre eux disposant d'une aile avec douze lits. Dans l'un des accès, un poste infirmier sert également pour ouvrir les portes tant à l'entrée qu'à la sortie de l'unité. Il n'existe pas à cet endroit de liste ou d'état définissant les malades autorisés à sortir, ce qui conduit à, par principe, empêcher la sortie à tous.

Il existe une petite équipe soignante, sous l'autorité de deux cadres de santé, dont l'un est en cours de départ pour un autre établissement. Les horaires sont les suivants :

- 6h30 à 14h ;
- 13h30 à 21H ;
- 20h45 à 6h45, l'équipe de nuit étant dédiée pour une période de six mois renouvelable dans une limite maximale de dix-huit mois ;
- une équipe de jour intervient de 9 h à 17h ;
- chaque service comprend un minimum de quatre infirmières, une par secteur, est-il indiqué. Sur chaque service, trois agents hôteliers sont présents (ASH).

La pharmacie est commune, ainsi qu'un plateau technique pour les biologiques. Les repas sont préparés pour chaque secteur. Des personnels de la fédération des thérapies médiatisées, interviennent dans l'unité pour certaines activités, et des malades se rendent sur le plateau de cette entité.

Pour chaque malade, un plan de soins est établi par l'équipe médicale du secteur. Ce plan de soins peut comprendre des restrictions de circulation pour le patient. Il n'existe pas de traçabilité autre que celle figurant au dossier du malade, inscrit dans le logiciel Cortex. Ce logiciel comporte un module « restriction de droits » qui n'est pas activé. L'usage de moyens de contention ne peut donc être quantifié. La contention se fait sur prescription médicale, mais les infirmières peuvent, dans des cas d'urgence, y avoir recours, notamment face à des malades très agités.

Il est indiqué que sont utilisées essentiellement des tablettes autobloquantes installées sur des fauteuils qui empêchent le malade d'être libre de ses mouvements. Il est également fait état de recours, non quantifiés également, aux ceintures pelviennes posées sur des fauteuils roulants, avec la même finalité.

Selon les informations fournies, un travail a été entrepris sur le recours à la contention dans un but de prévention. Il est indiqué que, chez la personne âgée, lorsque la liberté de mouvement est restreinte, l'état de santé se dégrade rapidement.

4.8.2 L'unité de long séjour « La colline ».

L'unité de long séjour pratique davantage l'intersectorialité. Elle dispose de deux unités de vingt-cinq lits pour des patients de l'ensemble du département, ayant plus de soixante ans, et pour l'essentiel ayant connu de multiples hospitalisations. L'unité dispose de quatre médecins psychiatres référents, et d'un médecin somaticien à mi temps. Lors de la visite, il a été indiqué que des places étaient réservées pour les secteurs implantés dans l'hôpital. Le principe est qu'il n'y pas d'admission directe dans cette unité, mais une commission d'admission se réunit toutes les semaines, avec le chef de service de la fédération, le directeur, le médecin généraliste et le cadre de santé.

S'agissant d'une unité de long séjour, celle-ci peut constituer le domicile du patient.

Il y avait lors de la visite, un patient en hospitalisation d'office. Celui-ci ne disposait pas de sorties d'essai. Son plan de soins comporte des inspections régulières de sa chambre. L'inspection s'effectue une fois par semaine, en présence du malade, par le cadre de santé et un infirmier. Il est indiqué que ces inspections se font sans protocole puisqu'elles relèvent d'un plan de soins. Il a été découvert dans cette chambre, des cordelettes et un couteau à bout rond, vraisemblablement soustrait lors d'un repas. Aucune plainte n'a été déposée à la suite de ces recherches, et les objets suspects ont été écartés.

Il est fait mention d'une gradation dans l'usage de la contention. Il est pratiqué l'isolement dans la chambre, pour quelques heures. Cet isolement est inscrit dans le plan de soins si nécessaire et la décision est prise par le personnel infirmier. Il n'est pas indiqué si le médecin est informé. Les moyens de contention sont les bracelets, les ceintures pelviennes, les tablettes autobloquantes et les bat-flanc de lits qui peuvent se remonter et empêcher un patient à mobilité réduite de déambuler. Il n'existe aucune traçabilité dans l'usage des moyens de contention.

Seuls quatre à cinq malades peuvent sortir librement dans le parc du centre hospitalier : l'interdiction de sortir qui est appliquée aux autres patients figure pour quelques-uns dans les plans de soins, mais ce ne serait pas la majorité. Cette interdiction, qui est le principe, l'unité étant fermée, est justifiée par les troubles de malades.

4.9 La fédération des urgences.

La fédération des urgences, mise en place en 2007, est placée sous la responsabilité du praticien hospitalier chef du secteur de psychiatrie adulte Sud-Ouest. Elle assure des prestations psychiatriques dans deux hôpitaux du département :

- Dans les locaux des urgences du centre hospitalier départemental (CHD) de La Roche-sur-Yon de 9h à 0h selon la répartition suivante :
 - Une infirmière de 9h à 16h ;
 - Une infirmière de 16h à 0h.
- Aux urgences du centre hospitalier Côte de lumière des Sables-d'Olonne, une infirmière est présente de 10h à 20h, sept jours sur sept.

L'effectif de la fédération comprend :

- Un cadre de santé dont le poste est budgété à mi-temps mais qui exerce son activité à 0,83 ETP ; le jour de la visite des contrôleurs, elle ne figurait plus à l'effectif de la fédération. Selon les informations recueillies, le poste devrait être proposé au choix des cadres du centre hospitalier à bref délai.
- Une psychologue à mi temps, effectuant en fait un quart de temps ;
- Dix infirmiers pour le CHD et trois pour les Sables-d'Olonne ;

- Un adjoint administratif, dont le poste est budgété à mi-temps mais qui n'exerce son activité que sur 0,3ETP.

La permanence des psychiatres est assurée à tour de rôle par chaque secteur aux urgences, mais également dans l'ensemble du centre hospitalier. Elle fait l'objet d'un tableau disponible dans chaque secteur, ainsi qu'à la permanence de nuit. Il s'agit d'une astreinte opérationnelle à domicile.

En 2008, 2 498 entretiens ont été réalisés au CHD dont 1 170 aux urgences, 760 pour le SAMU-Centre 15, les autres étant effectués dans les services de l'hôpital, dans le cadre de la psychiatrie de liaison, dont soixante-douze en soins de suite, soixante-et-onze en réanimation, soixante-trois en pneumologie, cinquante en néphrologie.

Le nombre d'actes effectué par les soignants aux urgences des Sables-d'Olonne ne figure pas dans le rapport d'activité 2008. Par ailleurs, l'équipe de la fédération intervient une fois par trimestre au comité local des pêches pour assurer un soutien psychologique, au centre de secours des pompiers, au centre local d'information et de coordination pour les personnes âgées (CLIC) et au centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). Elle organise une fois par mois un « staff de parentalité » pour aider les parents ayant des difficultés dans leurs relations avec leurs enfants et une rencontre avec le centre d'accueil et d'orientation (CAO).

4.10 La fédération des thérapies médiatisées.

Cette fédération constitue un pool de soins thérapeutiques ouvert à tous les secteurs de soins de l'hôpital. Elle s'adresse aux patients suivis en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour, ou en ambulatoire.

Elle comprend plusieurs unités de traitement sur le site de l'hôpital ou à l'extérieur, à savoir :

- Les thérapies à médiation corporelle (TMC) accessibles sur prescription médicale. Elles utilisent les grandes fonctions psychomotrices, soit en salle (zone sèche) ou en bassin (zone humide), avec prise en charge en groupe ou individuelle. Elles sont réalisées *intramuros*, dans une structure dédiée.
- Les thérapies à médiation par l'objet (TMO) accessibles sur prescription médicale avec prise en charge en groupe ou individuelle. Elles sont organisées en différents ateliers :
 - Production-réalisation d'objets utilisant des supports tels que le bois en *intramuros*, le fer, la terre, la reliure en *extramuros*.
 - Expression-crédation en *intramuros* avec l'utilisation de différents supports tels que le bois, le cuir, la mosaïque, le rotin ;

- Expression-autonomisation en *extramuros* ;
 - Médiation cognitive s'adressant à des patients en phase de stabilisation.
- Les thérapies à médiation par l'art (TMA) accessibles sur prescription médicale avec prise en charge par groupe ou individuelle. Elles regroupent différentes activités :
 - Musicothérapie, médiation picturale, la scène, argile en *extramuros* ;
 - Musicothérapie, la scène, médiation picturale, argile en *intramuros*.
 - Les thérapies à médiation sociale (TMS) sur prescription médicale avec prise en charge de groupe. Elles sont organisées à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, en utilisant les ressources existant dans la ville ;
 - Les thérapies à médiation maritime (TMM), sur prescription médicale reposent sur une prise en charge de groupe en *extramuros*, et visent à la découverte et de l'utilisation du milieu marin dans le cadre de journées ou de séjours thérapeutiques.

Une unité de soins, « Les magnolias », est en accès libre. Située sur le site de l'hôpital, à proximité de l'unité des TMC, cet espace de soins s'adresse à l'ensemble des patients, adultes et adolescents, suivis par le centre hospitalier qui peuvent y venir librement pendant les heures d'ouverture.

L'ensemble de ces unités est supervisée par un médecin coordonnateur assisté par un cadre supérieur et deux cadres de santé, un troisième poste étant actuellement vacant. Un psychologue est en charge de la supervision des équipes. Cette structure de coordination est basée dans le bâtiment dénommé « Le cormier », où se trouve également le secrétariat de la fédération.

Selon les informations recueillies, les prescriptions sont plus nombreuses que ce que peuvent accueillir les unités thérapeutiques. Cela génère une attente d'environ deux mois pour les TMC, qui concerne vingt-deux personnes, et qui amène les médecins à s'autoréguler. A cet égard il a été précisé qu'un recrutement d'une psychomotricienne était en cours.

Une réunion clinique, destinée à réguler les flux, se réunit tous les quinze jours pour vérifier les indications et définir la fin de la prise en charge. Elle est aussi informée des difficultés éventuelles pouvant survenir en cours de thérapie.

Les prises en charges sont tracées dans le dossier médical du patient (Cortex) où sont aussi notées les absences aux séances ainsi que les appels de relance pour ceux qui ne sont pas en hospitalisation complète. Cette manière d'opérer a surtout pour objectif de se rendre compte que les personnes ne sont pas en difficulté.

Les personnes en HO ou HDT sont accompagnées par du personnel de l'unité de soins pour les séances de thérapie. Toutefois, en cas de difficulté ou de violence, la prise en charge peut se faire dans l'unité. En cas d'isolement, la tendance est de prescrire de la TMC. Il peut en être de même pour les patients déficitaires qui sont alors pris en charge par le service. Les patients en provenance de la géronto-psychiatrie sont accueillis, ainsi que les jeunes en provenance du centre de soins pour adolescents.

Dans le cas de soins de longue durée, un bilan d'étape est rendu tous les six mois au service prescripteur.

S'agissant toujours des TMC celles-ci sont aussi dispensées aux patients extérieurs en ambulatoire et en groupe.

La majorité des animateurs des thérapies sont des soignants, y compris dans le cadre des sorties maritimes sur voiliers où l'on trouve quatre infirmiers pour six patients.

Outre les cadres, la fédération dispose de 27,9 ETP infirmiers, 3,4 ETP ergothérapeutes, 5,8 ETP psychomotriciens, 1 auxiliaire puéricultrice mutée à la suite d'une suppression de poste, 1 ETP maître ouvrier, 1 ETP moniteur d'atelier.

Ces emplois sont répartis comme suit :

- TMC : deux ETP infirmiers, cinq ETP psychomotriciens ;
- TMO : 8,8 ETP infirmiers, 3,4 ETP ergothérapeutes, un ETP moniteur d'atelier ;
- TMA : 5,5 ETP infirmiers, 0,8 ETP psychomotricien ;
- TMS : 3,6 ETP infirmiers, un ETP maître ouvrier ;
- TMM : quatre ETP infirmiers ;
- Unité « Les magnolias » : quatre ETP infirmiers, un ETP auxiliaire de puériculture.

Selon les informations fournies, les effectifs devraient être renforcés, compte tenu de la demande. De plus, le poste occupé par l'auxiliaire de puériculture devrait revenir à un soignant.

5 SUR-OCCUPATION ET TRANSFERTS.

Selon les données du centre hospitalier, le calcul de la capacité installée de 384 lits en hospitalisation complète n'inclut pas les lits d'isolement ; cependant, il est fréquemment attesté dans les unités d'un décompte de ces lits comme relevant de l'offre disponible d'hébergement.

Au pôle Nord-Ouest, dans l'unité d'admissions, quatre transferts avaient été effectués depuis le début de l'année 2009.

Dans le même secteur, un décompte des malades dits inadéquats a été effectué : il porte sur quatre à cinq patients par an, qui ne relèveraient pas de l'hospitalisation complète.

Il est fait état, compte tenu du nombre de lits occupés, d'une pratique, difficile à quantifier, par laquelle des médecins généralistes useraient de l'hospitalisation en urgence ou à la demande d'un tiers, en sachant que le régime de l'hospitalisation libre serait possible et appropriée à l'état du patient. Cette pratique permettrait ainsi de contourner la liste d'attente pour les admissions, les malades étant admis à l'hôpital, leur sortie s'avérant plus délicate à effectuer.

6 RECOURS A LA CONTENTION ET A L'ISOLEMENT.

Dans l'unité d'accueil du secteur Nord-Est, le service de sécurité incendie n'est pas expressément informé des mises sous contention, mais il a été indiqué qu'un groupe de travail réfléchit à cette question et devait faire des propositions prochainement.

Dans l'unité Nord-Ouest, la contention ne fait pas l'objet d'une traçabilité autre que l'inscription au dossier du patient ou dans le plan de soins, mais un protocole est en place qui en définit l'usage : dans les premiers instants, l'infirmière effectue la mise sous contention, mais en réfère immédiatement au médecin. Les contentions ne sont jamais supérieures à vingt-quatre heures. Il est indiqué que le chef de service préfère la négociation à la contention.

Dans l'unité « Bruyères A », les cinq patients hébergés dans les chambres du rez-de-chaussée sont en contention toutes les nuits, sur prescription médicale permanente. Certains patients sont attachés sur des fauteuils relax durant la journée.

Dans l'unité « Bruyères B », certains patients sont en contention permanente, d'autres seulement pour le début de la nuit « *pour les rassurer* ».

A la fédération Mosaïque, aucune traçabilité des mesures de contention n'est mise en œuvre.

La mise sous vidéosurveillance de l'isolement a été rejetée au niveau de l'établissement par la communauté des soignants.

7 CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS.

La direction de l'établissement conduit une politique sociale active, avec la mise en place d'une crèche, dont il est rapporté qu'ouverte à des parents extérieurs à l'hôpital, elle jouit d'une excellente réputation. En outre, un centre de loisirs est à la disposition des enfants des personnels de trois à huit ans.

Les contrôleurs ont fait le constat que l'établissement n'a pas d'assistante sociale dédiée au personnel. Seuls existent la médecine de prévention et la possibilité d'une consultation de psychologue en cabinet libéral, dans le cadre d'une convention avec l'établissement.

Selon les informations recueillies, à la fédération Mosaïque, lors des demandes de mutation de postes, effectuées tous les quatre ans, 90% des personnels indiqueraient ce service en premier choix. Les personnels de la fédération sont très impliqués dans leur travail. Ils souhaitent être formés pour mieux accomplir leur mission.

La Fondation de France a mis en place une formation à destination de tous les agents de cette fédération, mais aussi des familles, sur l'accompagnement des gestes quotidiens, notamment sur la prévention de la douleur chez les patients déficients mentaux.

La situation des cadres de santé serait difficile sur l'ensemble du centre hospitalier quant à leur positionnement institutionnel dans les services et leurs rapports avec la direction des soins.

Dans le secteur Nord-Est, dans le cadre du suivi, les soignants sont amenés à travailler aussi bien en milieu hospitalier qu'à l'extérieur, ce qui est très apprécié eu égard à la lourdeur du milieu intra-hospitalier.

Les contrôleurs ont reçu, à leur demande, les représentants de deux organisations professionnelles : la CFDT, et le Syndicat National des Cadres Hospitaliers (SNCH).

La première organisation a évoqué une affaire concernant la MAS, ayant eu une suite pénale, qui s'est achevée par un non-lieu, et dont ils craignaient les retombées, l'incident ayant fait l'objet d'une mobilisation syndicale forte.

Par ailleurs, les représentants de cette organisation ont indiqué aux contrôleurs que, selon eux, l'état des relations sociales dans l'établissement était satisfaisant.

Les contrôleurs ont reçu les représentants du SNCH qui leur ont fait part de leur mal-être et de leurs difficultés au travail.

Selon les représentants de ce syndicat, la hiérarchie ne prend pas en compte leurs capacités professionnelles et leurs savoir-faire. Cette situation entraînerait une dégradation de leurs conditions de travail et des difficultés à comprendre leur positionnement entre, d'une part l'administration qui exerce une forte pression au niveau de la gestion, et d'autre part des praticiens hospitaliers qui ne communiquent pas avec eux, les laissant souvent dans l'ignorance.

Les cadres se sentent victimes de désinformation, obligés de tenir compte d'injonctions paradoxales provenant de différentes sources.

Certains seraient en grande souffrance à la suite d'agressions déclarées et restées sans suite. Plusieurs seraient employés dans des postes qui ne correspondent pas à leur statut de cadre, d'autres encore seraient chargés de mener des projets à bien sans moyen et avec une exigence de résultats.

Ces difficultés ne sont pas sans répercussion dans les services, et l'ambiance s'en ressent.

Ces personnels se sentent isolés et non entendus par la direction des soins.

Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise que : « *l'ensemble des cadres et cadres supérieurs de santé ne se sentent pas solidaires de ces propos et ceux qui ont eu accès à la lecture du présent rapport de constat m'ont demandé à ce que cela soit indiqué à votre intention* ».

CONCLUSIONS

Observation n° 1 : Le nombre de patients hospitalisés d'office est particulièrement faible.

Observation n° 2 : Le registre de la loi est généralement bien renseigné, et l'autorité judiciaire visite régulièrement l'établissement.

Observation n° 3 : Le règlement intérieur devrait prévoir une harmonisation des pratiques sur l'ensemble des pôles concernant notamment l'exercice des droits de visite et de l'usage du téléphone ;

Observation n° 4 : Il appartient au secrétariat de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques d'établir régulièrement les comptes-rendus de ses réunions ;

Observation n° 5 : Il doit être relevé comme un aspect très positif la mise à disposition de locaux affecté aux associations d'usagers au sein de l'établissement, dans un espace très aisément accessible aux patients et à leurs familles ;

Observation n° 6 : La mise en place d'une fédération pour déficients mentaux, qui peut être considérée comme une amélioration dans la prise en charge de ces patients accueillis à l'EPSM, n'a cependant pas encore fait l'objet d'un accord formalisant les conditions de leur admission ; il doit être relevé comme un facteur positif la qualité et la diversité des activités proposées au sein de cette fédération ;

Observation n° 7 : La présence d'enfants mineurs au sein d'une unité pour déficients mentaux compromet gravement leur droit à bénéficier de soins adaptés. Le respect des règles de prise en charge par la psychiatrie infanto-juvénile doit être strictement appliqué, quant à l'âge, à la séparation des mineurs de moins de 16 ans d'avec les adultes et à la nature des soins à prodiguer ;

Observation n° 8 : Les règles de fonctionnement en vigueur, en l'absence de règlement intérieur, au sein de la fédération de géronto-psychiatrie conduisent à des restrictions de circulation appliquées à l'ensemble des patients âgés qui y sont hébergés, quel que soit leur mode d'hospitalisation ; la conception originelle des lieux, abandonnée en raison du mode de fonctionnement retenu, permettrait de différencier les espaces dédiés aux personnes autonomes de ceux nécessitant une surveillance plus étroite ;

Observation n° 9 : L'existence au sein de l'EPSM d'une fédération de thérapies médiatisées, permet en mutualisant les moyens de mettre à la disposition de l'ensemble des patients une gamme importante d'activités qui participent à la prise en charge ; cette initiative très positive doit être soulignée ;

Observation n° 10 : Le calcul de la capacité des unités de l'EPSM intègre fréquemment les chambres d'isolement, alors que le patient placé sous cette modalité de soins doit pouvoir réintégrer son lit à l'issue ;

Observation n° 11 : Une large information devrait être effectuée sous l'autorité de l'agence régionale de santé, auprès des médecins généralistes, afin de leur rappeler le cadre légal de l'hospitalisation sans consentement et de les éclairer sur leur responsabilité en ce domaine ;

Observation n° 12 : Il a été relevé une absence généralisée de toute traçabilité de la mise à l'isolement, de la contention, qu'elle soit appliquée en chambre d'isolement ou par des moyens annexes dans des lieux de vie (usage de tablettes autobloquantes notamment) ; il n'est pas établi que les décisions prises concernant le placement ou le maintien en contention quel qu'en soit la modalité, le soient systématiquement par un médecin, contrairement aux recommandations de la Haute autorité de santé ;

Observation n° 13 : Un important travail de concertation a été entrepris au sein de l'établissement sur l'éventualité du déploiement d'un système de vidéosurveillance, y compris dans les chambres d'isolement ; il a conduit à en rejeter l'usage ;

Observation n° 14 : Il a été fait état lors de la visite en décembre 2009, de difficultés importantes entre certains soignants et la titulaire à l'époque du poste de directeur des soins ; celle-ci étant partie à la retraite depuis lors, a été remplacée le 1^{er} janvier 2010.

Table des matières

1 Conditions de la visite.	2
2 Présentation de l'établissement.	3
2.1 Le bâtimentaire.	3
2.2 La population accueillie.	3
3 Hospitalisations sans consentement et exercice des droits.	4
3.1 Le registre de la loi et les voies de recours judiciaires.	4
3.1.1 Le registre de la loi.....	4
3.1.2 Les voies de recours judiciaires.....	5
3.2 Les visites.	5
3.3 Le téléphone.	6
3.4 Le courrier.	6
3.5 Les cultes.	6
3.6 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	7
3.7 Le traitement des plaintes et des réclamations.	7
3.8 Evaluation de la qualité de la prise en charge par les usagers.	8
3.9 L'UNAFAM.	9
3.10 L'association des usagers « Le bout du tunnel ».	9
4 Les conditions d'hospitalisation.	10
4.1 Soins somatiques.	10
4.2 Le pôle de psychiatrie Nord-ouest.	11
4.2.1 L'unité d'admission et de court séjour.....	11
4.2.2 L'unité de long séjour.....	12
4.3 Le pôle de psychiatrie Nord-est.	14
4.3.1 L'unité d'accueil et d'admission.....	14
4.3.2 L'unité de long séjour.....	17
4.4 Le pôle de psychiatrie Sud-ouest.	19
4.4.1 L'unité d'admission « Tilleuls Roseraie ».....	19
4.4.2 L'unité de longue hospitalisation « Le luon ».....	20

4.5	Le pôle de psychiatrie Sud-est.....	21
4.5.1	L'unité d'admission « Le hameau »	22
4.5.2	L'unité de réinsertion et de resocialisation « La source ».....	23
4.6	Le pôle de psychiatrie de l'adolescent.....	25
4.7	La fédération « Mosaïque ».....	28
4.7.1	« Les Bruyères A ».....	30
4.7.2	« Les Bruyères B ».....	31
4.7.3	« Le Cullère ».....	32
4.7.4	L' « atelier Mosaïque ».....	33
4.8	La fédération de géronto-psychiatrie.....	34
4.8.1	L'unité d'admission.....	34
4.8.2	L'unité de long séjour « La colline ».....	35
4.9	La fédération des urgences.....	36
4.10	La fédération des thérapies médiatisées.....	37
5	sur-occupation et transferts.....	39
6	Recours à la contention et à l'isolement.....	40
7	Conditions de travail des personnels.....	40