



Rapport de visite
Centre hospitalier
ARIEGE COUSERANS
(Ariège)
(pôles psychiatriques)
du 18 au 20 octobre 2011

Contrôleurs :

- Gino NECCHI, chef de mission ;
- Martine CLEMENT DOLLE ;
- Michel JOUANNOT ;
- Jean LETANOUX ;
- Bernard RAYNAL.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC).

Les contrôleurs sont arrivés le mardi 18 octobre 2011 à 14h et sont repartis le jeudi 20 octobre à 18h10.

Ils ont été accueillis sur le site par deux directrices-adjointes avec lesquelles ils ont eu un entretien de présentation générale.

A l'issue de la visite, un échange a eu lieu avec le directeur du CHAC.

Il faut souligner la qualité de l'accueil réservé aux contrôleurs et la réactivité de la direction face à la visite inopinée. Il a été mis à disposition des contrôleurs un bureau. Ils se sont entretenus en totale liberté et confidentialité avec des patients, des salariés et divers intervenants.

Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), le directeur de cabinet du préfet de l'Ariège et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Foix ont été informés de la visite au cours de la première journée.

L'ensemble des unités accueillant des patients privés de liberté et hospitalisés sous contrainte et la plupart des lieux collectifs ont été visités. L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition ou adressés par message électronique aux contrôleurs.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement, le 18 janvier 2012, pour recueillir ses éventuelles observations. Il a été répondu à ce courrier par une lettre en date du 16 mars 2012 reçue au Contrôle le 20 mars. Les observations faites ont été intégrées au présent rapport.

2 LA PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) est un établissement public de santé à statut départemental, situé sur la commune de Saint-Lizier.

En 1811, un dépôt de mendicité est créé dans l'ancien palais des évêques de Saint-Lizier. Il recevra successivement les appellations suivantes : asile d'aliénés en 1850, maison de santé départementale en 1929 et hôpital psychiatrique départemental en 1937.

Distinctement, un hôpital général est créé en 1842 : l'hôpital-hospice de Saint-Girons.

En 1969, l'hôpital psychiatrique est transféré sur un nouveau site à un kilomètre de l'ancien.

En 1975, un syndicat inter-hospitalier est constitué avec regroupement de toutes les structures immobilières tant de l'hôpital psychiatrique que de l'hôpital général sur un même site.

En 1995 est créé un seul établissement de santé : le CHAC. Il exerce des missions multiples :

- hôpital départemental pour la psychiatrie, d'où Ariège dans son appellation ;
- hôpital de proximité pour les spécialités somatiques et la réadaptation, d'où Couserans dans son titre ;
- hébergement et prises en charge médico-sociales (gériatrie, handicap).

Ses activités de soins et d'hébergement sont organisées au sein de quatre pôles :

- psychiatrie générale ;
- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- hospitalisation générale ;
- handicap, réadaptation et gériatrie.

Globalement, l'offre en soins du CHAC représente 383 lits.

L'établissement emploie un millier de salariés dont soixante-quinze médecins.

Les structures immobilières sont implantées dans un espace de verdure, sans aucune séparation faite de murs ou de grillages. La continuité entre les soins somatiques et psychiatriques est réalisée grâce à des voies de circulation reliant toutes les parties de l'ensemble sans rupture avec des panneaux de couleur identique, quelle que soit l'affectation du bâtiment. De plus, le bâtiment de la direction et des services administratifs se trouve à proximité des bâtiments dédiés à la psychiatrie.

Les unités d'hospitalisation du CHAC se trouvent sur un site avec vue, d'un côté, sur le mont Valier et, de l'autre côté, sur la cité de Saint-Lizier, classée « parmi les plus beaux villages de France ».

Le CHAC est signalé par des panneaux qui se trouvent sur les voies de circulation à trois kilomètres du lieu en venant tant de Toulouse que de Foix.

Les visiteurs viennent sur le site avec des véhicules personnels ou des taxis ; il n'existe pas en effet de transport en commun en provenance de Saint-Girons. Il a été dit aux contrôleurs qu'aucune doléance en la matière n'avait jamais été formulée.

2.1 L'organisation du service de psychiatrie

Sur le site, la psychiatrie est organisée autour de deux pôles : psychiatrie générale, d'une part, et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, d'autre part.

Le pôle psychiatrie générale regroupe :

- l'unité de soins intensifs psychiatrie intersectorielle (USIP) ;
- l'unité d'accueil psychiatrie A accueillant les patients du secteur A (UAP A) ;
- l'unité d'accueil psychiatrie B accueillant les patients du secteur B (UAP B) ;
- l'unité de réadaptation psychiatrie intersectorielle (URP) ;
- l'unité psycho-gériatrie intersectorielle (UPG).

Chaque pôle est dirigé par un médecin chef de pôle qui travaille plus particulièrement « en coopération » avec un cadre supérieur de santé et le directeur adjoint opérationnel de pôle.

Au 30 septembre 2011, le pôle psychiatrie générale pour l'hospitalisation complète comprend 119 salariés non médecins avec 111,84 ETP et le pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dix-neuf salariés non médecins avec 17,7 ETP.

Pour ce qui concerne les médecins, le chef d'établissement dans son courrier du 16 mars 2012 précise : « le pôle de psychiatrie générale dispose d'un médecin, chef de pôle actuellement en activité réduite à 80%, de deux chefs de service chefs de secteur et un total de onze praticiens hospitaliers répartis sur les deux secteurs assurant le fonctionnement des unités d'hospitalisation et des centres médico-psychologiques ».

Le pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est sous la responsabilité d'un chef de pôle, attaché au centre médico-psychologique de Pamiers, et de cinq praticiens dont un à 0,6 ETP. Le responsable de l'unité d'hospitalisation complète est un praticien contractuel.

Il existe, à l'extérieur, une équipe en charge des urgences psychiatriques au centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège, situé à trois kilomètres de Foix et quatre centres médico-psychologiques (CMP) : Saint-Girons (avec ses antennes du Mas d'Azil et de Seix), Foix (avec ses antennes d'Ax-les-Thermes et de Tarascon-sur-Ariège), Lavelanet (avec son antenne de Mirepoix) et Pamiers (avec son antenne de Saverdun). Le chef d'établissement dans son courrier du 16 mars 2012 précise : « cette équipe est animée par un praticien hospitalier temps plein ».

2.2 L'activité

Le 18 octobre à 14h :

- l'USIP, avec dix-huit lits, accueille treize personnes soignées sans consentement à la demande d'un tiers et quatre soignées sans consentement sur décision du représentant de l'Etat ;

- l'UAP A, avec vingt-deux lits, accueille dix personnes soignées sans consentement à la demande d'un tiers et une soignée sans consentement sur décision du représentant de l'Etat ;
- l'UAP B, avec vingt-quatre lits, accueille huit personnes soignées sans consentement à la demande d'un tiers et deux soignées sur décision du représentant de l'Etat ;
- l'URP, avec 20 lits, accueille trois personnes soignées sans consentement à la demande d'un tiers ;
- l'UPG, avec quatorze lits, accueille deux personnes soignées sans consentement à la demande d'un tiers.

Au moment de la visite, le pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, avec une unité de sept lits, n'accueillait aucun mineur sous contrainte.

En 2009, le pôle psychiatrie générale a comptabilisé, pour l'hospitalisation complète, 903 entrées et en 2010, 1000. Du 1^{er} janvier 2010 au 30 septembre 2010, 738 entrées et du 1^{er} janvier 2011 au 30 septembre 2011, 869 entrées, soit une augmentation de 18%.

En 2009, le pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour l'hospitalisation complète, a comptabilisé 75 entrées et en 2010, 70. Du 1^{er} janvier 2010 au 30 septembre 2010, 57 entrées et du 1^{er} janvier 2011 au 30 septembre 2011, 63 entrées, soit une augmentation de 11%.

Parmi toutes ces entrées, les hospitalisations à la demande d'un tiers étaient au nombre de 163 en 2009 et de 180 en 2010, soit une augmentation de 10,4% ; pour les hospitalisations d'office : 67 en 2009 et 52 en 2010, soit une diminution de 22,4%.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, trente-trois personnes ont été placées d'office ou sur décision du représentant de l'Etat et 142 à la demande d'un tiers.

Aucun mineur n'a été placé sous ces régimes juridiques en 2010 et 2011.

2.3 Les données financières

Les produits d'exploitation du compte de résultat principal du centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) se sont élevés en 2010 à 52 144 342 euros et ceux des deux budgets annexes à 6 289 927 euros.

Les dépenses de personnel soignant - médical et paramédical - affectés directement à la psychiatrie se sont élevées en 2010 à 13 711 714 euros ; celles-ci ne comprennent pas les diverses autres catégories de personnel - administratif, technique, médico-technique, logistique...- travaillant pour la psychiatrie.

En 2011, la dotation annuelle de financement de la psychiatrie atteint 22 093 141 euros.

Le tarif journalier de prestation est le suivant :

	2010	2011
Hospitalisation complète psychiatrie adulte	564,61 €	571,85 €
Hospitalisation complète psychiatrie infanto juvénile	1 054,38 €	1 112,30 €
Forfait journalier	13,50 €	13,50 €

3 LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

3.1 Les modalités d'arrivée des patients

3.1.1 La procédure d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (ASPDRE) :

Lorsqu'un patient fait l'objet d'une ASPDRE, l'établissement met en place un accompagnement par quatre personnes :

- une équipe de soignants d'au moins deux personnes parmi lesquelles au minimum un homme et un infirmier ou une infirmière, diplômé d'Etat. Des personnels sont appelés, à partir d'une liste de volontaires, pour composer l'équipage.
- En même temps que cette équipe, est mobilisée une ambulance du CHAC avec un chauffeur et un ambulancier.

Si l'ambulance du CHAC est utilisée par ailleurs, il est fait appel à un ambulancier privé avec également deux personnes.

Cet équipage se rend au lieu qui lui a été indiqué aux fins de prendre en charge le patient et ce, en se munissant d'une « valise ASPDRE » qui comprend : un cahier de consignes, des pansements, des gants, une trousse de petite pharmacie, un téléphone portable et des sangles de contention.

Les membres de l'équipage doivent avoir fait l'objet d'un ordre de mission mentionnant « le lieu sur lequel ils doivent se rendre, la personne qui se trouve près du patient, le nom du patient ». Cet ordre de mission indique également le nom des infirmiers désignés avec la mention suivante :

« Les infirmiers, chargés d'intervenir en vue d'une hospitalisation d'office doivent refuser la prise en charge du patient jusqu'à la remise effective de l'original de l'arrêté municipal. Ils peuvent solliciter les forces de l'ordre pour emmener le patient et ne doivent en aucun cas, pénétrer au domicile du patient ».

En cas de difficulté administrative survenant au cours de leur mission, ces personnels doivent prendre leurs instructions par téléphone portable auprès du cadre de direction de garde à l'exception de toute autre autorité.

Tout problème d'ordre médical est soumis au psychiatre de garde.

Les patients faisant l'objet d'une ASPDRE sont conduits, dans la quasi-totalité des cas, au service des urgences du centre hospitalier intercommunal du Val d' Ariège (CHIVA) à Foix ou celui du centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) à Saint-Girons.

Les patients ne font pas l'objet systématiquement d'une contention ; celle-ci n'est réalisée qu'au cas par cas ; dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « l'initiative peut être prise par un infirmier en cas d'urgence et suivie d'une prescription écrite dans les deux heures ».

Dans ces deux services d'urgence, un examen somatique est pratiqué par le praticien de garde.

Dans la mesure où le patient n'est pas présent au service des urgences, l'équipage transite par le service des urgences du CHAC aux fins de réaliser l'examen somatique.

Le CHAC a mis à la disposition du service des urgences du CHIVA une équipe médicale et paramédicale assurant une permanence 24h sur 24.

Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « le service des urgences comprend un praticien somaticien de garde et le psychiatre d'astreinte pour l'ensemble de l'établissement auquel il est fait appel de 18h30 à 8h30 et dans la journée au psychiatre de permanence de 8h30 à 18h30 pour l'ensemble de l'établissement ». La journée, de 7h30 à 19h30, est présente une infirmière somaticienne et de 8h à 20h est présente une autre infirmière ayant une compétence en psychiatrie. Deux infirmières sont présentes toutes les nuits.

Les examens concernant les patients en ASPDRE sont effectués soit dans un bureau de huit mètres carrés situé à proximité de la salle des soins infirmiers, soit dans un des boxes médicalisés commun à toutes les entrées.

Les membres de l'équipage ayant amené le patient restent au service des urgences du CHAC le temps de l'examen et sont chargés de le conduire à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP). Si le patient est arrivé directement au service des urgences, les personnels de celui-ci peuvent, en cas de nécessité, faire appel à l'équipe de l'USIP.

Les contrôleurs ont effectué une étude du nombre de passages au service d'urgences du CHAC en la comparant au nombre d'entrées de patients en psychiatrie pour la même période (10 au 18 octobre) :

Patients faisant l'objet de soins psychiatriques accueillis dans les unités du CHAC					
Date	Passage au service d'urgences CHAC de patients de psychiatrie	Soins psychiatriques libres	ASPDT	ASPRE	Total des entrées
10/10/11	2	1	2	0	3
11/10/11	0	1	0	0	1
12/10/11	0	3	0	0	3
13/10/11	0	0	0	0	0
14/10/11	1	1	0	0	1
15/10/11	0	1	1	0	2
16/10/11	0	0	0	0	0
17/10/11	2	5	0	0	5
18/10/11	2	2	0	1	3
TOTAL	7	14	3	1	18

Tous les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement sont accueillis à l'USIP.

A leur arrivée, il est effectué un inventaire noté sur une fiche pré imprimée comprenant le nom et prénom de l'agent hospitalier qui réalise l'inventaire, le nom et prénom du second agent présent durant l'inventaire ainsi que leur signature. Cette fiche comprend également le descriptif des objets et valeurs retirés au patient sur trois colonnes :

- les moyens de règlement, par exemple chéquier avec numéro du premier et du dernier chèque, carte bancaire, billets, monnaie ;
- les bijoux, par exemple boucles d'oreilles, montre, médaille... ;
- les divers, par exemple portable, carte téléphone, permis de conduire, carte d'identité...

Tout patient est informé qu'il ne doit garder avec lui aucun objet de valeur pendant son séjour à l'hôpital et qu'il a la possibilité de faire un dépôt au coffre du régisseur.

Le patient doit dater et signer cette fiche précitée.

En arrivant à l'USIP le patient est obligatoirement mis en pyjama, décision qui est réévaluée par le psychiatre à la première consultation qui peut être réalisée soit par le praticien hospitalier de l'unité, soit par le praticien hospitalier de garde, une astreinte de psychiatrie pour les nuits, le week-end et jours fériés étant prévue.

L'USIP se doit d'avoir à tout moment une chambre libre pour accueillir un patient. C'est la raison pour laquelle certains patients en ASPRE ou ASPDT se trouvent dans d'autres unités, les transferts se faisant parfois « de façon un peu rapide », a-t-il été indiqué aux contrôleurs.

En ce qui concerne les admissions d'ASPRE provenant de la maison d'arrêt de Foix, c'est un équipage de même composition qui doit se rendre à l'établissement pénitentiaire pour les prendre en charge.

3.1.2 La procédure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) :

L'établissement ne met pas en place d'équipage pour aller chercher un patient ASPDT.

Tout patient faisant l'objet d'une ASPDT transite par les urgences du CHAC ou du CHVA.

Il y est conduit soit par la famille, ce qui est indiqué comme très rare, soit par l'intermédiaire d'une ambulance privée.

Il arrive très fréquemment que le/ou les certificats médicaux soient réalisés par les praticiens des urgences soit du CHIVA, soit du CHAC.

L'examen somatique étant réalisé, le patient est amené, éventuellement avec le concours des personnels de l'USIP, dans cette unité. Par la suite la procédure est identique à celle pratiquée pour les patients ASPDRE : mise en pyjama, inventaire...

3.1.3 L'accueil des patients dans le cadre de soins psychiatriques libres :

Si le patient est suivi par l'équipe d'un secteur, l'hospitalisation est réalisée directement dans l'unité d'admission du secteur concerné sans passage par le service des urgences. Toutefois, dans la mesure où l'équipe du secteur estime nécessaire un examen somatique préalable, celui-ci est pratiqué aux urgences.

Si l'hospitalisation d'un patient venu en consultation aux urgences est proposée et décidée, elle est réalisée dans l'unité d'admission de son secteur après les examens somatique et psychiatrique.

3.2 Les informations données au malade arrivant et les possibilités de recours

3.2.1 Le livret d'accueil

Le centre hospitalier distribue aux personnes hospitalisées un livret d'accueil de vingt-et-une pages commun à toutes les unités du centre hospitalier (CH). Son titre est le suivant « votre santé, c'est notre métier ».

L'édition est d'avril 2007.

A la page 4, vingt-quatre lignes sont consacrées à l'hospitalisation en psychiatrie, avec les paragraphes suivants : hospitalisation libre, hospitalisation sous contrainte, commission départementale des hospitalisations psychiatriques, tribunal de grande instance et tribunal administratif.

A la page 7, le contact téléphonique avec l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) est précisé ainsi que les permanences de cette association.

A la page 8, il est fait référence dans un chapitre « après l'hospitalisation », de « la prise en charge par les équipes extrahospitalières pour la psychiatrie ».

Aux pages 20 et 21 sont mentionnés les noms des médecins spécialisés en psychiatrie et les horaires des consultations.

Il faut noter que les informations données ne sont pas à jour et que l'adresse du tribunal de grande instance ne figure pas dans ce document.

Toutes les personnes rencontrées par les contrôleurs ont reconnu « l'aspect complètement dépassé de ce livret » ; il a été précisé « qu'une nouvelle écriture était en cours et qu'elle tiendrait compte des dispositions législatives nouvelles ».

Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « la nouvelle édition du livret d'accueil de l'établissement a été mis en place en février 2012 ».

3.2.2 La procédure de notification de l'ASPDRE :

« Lorsque les personnes arrivent dans l'unité, la notification de la mesure de contrainte s'effectue dans la chambre affectée au patient ou dans le bureau dédié aux infirmiers ou dans le bureau du médecin. C'est le médecin ou l'infirmier qui procède à la notification, selon les disponibilités des uns ou des autres. Les explications sont orales et données à toute personne quel que soit son état de santé mentale. Il n'est pas fait de sélection en fonction des capacités présumées de compréhension du patient. Une copie de l'arrêté est donnée à la personne ainsi qu'un document de notification qu'elle signe. Si la personne n'est pas en état de signer, deux infirmiers signent pour attester que la notification a bien eu lieu mais que la personne n'est pas en état de signer. L'arrêté est reçu par télécopie. Le document de notification est photocopié : un exemplaire est placé dans le dossier de soins, un autre est adressé au bureau des admissions psychiatriques et l'original est remis au cadre de santé. Oralement, il est bien précisé que des recours existent mais le détail n'est pas donné. On renvoie au document remis ».

Après avoir exposé leurs pratiques professionnelles, certains interlocuteurs des contrôleurs ont porté une appréciation sur le contenu de la loi : « ces notifications confiées au médecin ou à l'infirmier sont nécessaires pour informer les personnes de leur situation juridique et de leurs droits ; mais alors s'opère un mélange entre les fonctions de soins et les fonctions régaliennes. Loin de faciliter la compréhension, ces notifications entraînent une confusion dans l'esprit des patients. Il faudrait bien séparer le rôle du soignant et de l'administrateur. Ces notifications devraient être faites par un agent administratif et certainement pas par un soignant. De plus, ces notifications viennent trop tôt ; les personnes sont encore en crise au moment de leur arrivée. Elles devraient être retardées dans le temps

pour qu'elles aient un sens. Il n'est pas neutre de constater que la moyenne des séjours sous contrainte est de l'ordre de vingt-deux jours. Enfin, la référence à un juge perturbe les personnes. Elle renvoie à la notion de culpabilité, de faute et s'agissant du juge des libertés et de la détention aux procédures pénales, ce qui accentue la confusion. Elle rappelle aussi pour beaucoup des procédures antérieures : juge des tutelles, divorce, garde des enfants, tribunal correctionnel... La primauté de la forme casse la confiance entre patients et personnels soignants. Le dispositif est à revoir s'agissant surtout des personnes chargées des notifications ».

Les contrôleurs ont pris connaissance de cinq arrêtés de maires pris entre le 6 août et le 27 août 2011 aux fins d'admission au centre hospitalier Ariège Couserans « pour y recevoir les soins que nécessite son état ». Chaque arrêté fait référence à un certificat médical établi le jour même ; trois des cinq arrêtés font référence à un procès-verbal d'enquête établi par une brigade de gendarmerie ; quatre fois sur cinq, les arrêtés sont rédigés en termes généraux : « comportement dangereux pour lui-même et son entourage ; ...personne atteinte de troubles mentaux susceptibles de compromettre la tranquillité publique, la sûreté des personnes... » ; une fois sur cinq, la rédaction est plus précise : « troubles du comportement, a incendié son domicile, propos délirants, non structurés, bizarrerie du contact ». Quatre de ces arrêtés sont suivis d'un arrêté portant admission en soins psychiatriques.

Le dernier article de chaque décision prévoit les recours qui peuvent être formés :

- « sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif 68 rue Raymond IV BP 7007 31 Toulouse dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;
- sur le bien-fondé de la mesure (pour demander qu'il y soit mis fin) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Foix ;
- la commission départementale des soins psychiatriques peut également proposer la levée de la mesure de soins psychiatriques au préfet ou au juge des libertés et de la détention. Elle peut être saisie par courrier adressé à son président 1 boulevard Alsace Lorraine BP 30076 09 008 Foix cedex ».

Il a été constaté par les contrôleurs que dans l'un des cas examinés, il a été mis fin immédiatement aux mesures provisoires d'admission en soins psychiatriques par le représentant de l'Etat aux motifs suivants : « considérant qu'il résulte du certificat médical de vingt-quatre heures que l'état de santé du patient permet de mettre fin aux mesures provisoires d'admission en soins psychiatriques ordonnées par le maire... »,

A chaque fois, les arrêtés ont bien été notifiés au patient concerné.

3.2.3 La procédure de notification de l'ASPD :

Les contrôleurs ont examiné de façon aléatoire six bulletins d'entrée concernant des admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. A chaque fois, la personne à l'origine de la demande de soins est bien identifiée : son nom, sa date de naissance, son domicile, sa profession, son lien de parenté. La référence à un certificat médical apparaît avec la date, le nom du praticien ainsi que le lieu de son exercice.

Cette admission est portée à la connaissance de la personne concernée. Le document notifié mentionne les voies de recours ouvertes : la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, le tribunal de grande instance (sans référence au juge des libertés et de la détention) et le tribunal administratif, avec précision du délai de deux mois à compter de la notification.

Dans un cas, un médecin a signé le document de notification avec la mention : « état psychologique qui ne lui permet pas de remplir cette notification » (document du 12 septembre 2011).

3.3 Le juge des libertés et de la détention

3.3.1 Les saisines :

Pour les personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), depuis le 1^{er} août 2011 et jusqu'au 19 octobre 2011, le juge des libertés et de la détention (JLD) a été saisi deux fois, les 11 et 23 août ; il a rendu une ordonnance les 18 et 30 août. A chaque fois, il s'agissait d'une ordonnance de maintien.

Pour les personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, depuis le 1^{er} août 2011 et jusqu'au 19 octobre 2011, le juge des libertés et de la détention (JLD) a été saisi vingt-neuf fois. Dans trois cas, l'audience n'a pas encore eu lieu car il a été saisi le 17 octobre et le 18 octobre (deux fois).

Dans deux cas, sa saisine est devenue sans objet ; une fois, la personne est décédée et une fois la mesure a été levée par l'autorité administrative, avant la tenue de l'audience.

Toutes les ordonnances rendues sont des décisions de maintien.

Les contrôleurs ont pris connaissance au hasard de sept ordonnances rendues par le JLD entre le 18 août 2011 et le 17 octobre 2011. Une de ces ordonnances constate que la demande est devenue sans objet ; la radiation de l'affaire est ordonnée et retirée du rôle : « l'examen clinique de M X... permet de constater que son état mental est à nouveau stabilisé et totalement exempt de production délirante, projective et interprétative ; un certificat de levée de l'hospitalisation à la demande d'un tiers a déjà été prononcée... ».

S'agissant des six autres affaires :

- pour quatre, la personne « n'était pas en état, selon un certificat médical établi en application de l'article L3211-12-2-2^{ème} alinéa du code de la santé publique, de participer à l'audience, à laquelle elle était représentée par un avocat désignée d'office à cet effet » ;
- deux personnes soignées avaient donné leur accord pour participer à l'audience par visioconférence ; l'une d'entre elles « n'avait pas voulu être assistée par un avocat » et une autre était assistée par un avocat désigné d'office ;
- dans tous les cas, l'audience s'était déroulée « hors la présence du public, en chambre du conseil, une atteinte à la vie privée pouvant résulter de la publicité des débats » ;

- les ordonnances rendues ordonnent, à chaque fois, le maintien de la personne « à l'hôpital psychiatrique de Saint-Girons ».

3.3.2 L'audience :

Le système de la visioconférence a été retenu pour des raisons pratiques. Il est indiqué aux contrôleurs que le CHAC a été l'un des premiers hôpitaux à le mettre en place. La présentation systématique de la personne soignée devant le juge des libertés et de la détention dans les quinze jours au plus tard de son placement exige une mobilisation importante de moyens d'autant plus que le magistrat siège au tribunal de grande instance de Foix et que le déplacement de ce magistrat au centre hospitalier a été exclu par celui-ci.

Le juge a retenu le lundi après-midi comme jour d'audience. Le recours à la visioconférence exige l'avis conjoint de deux psychiatres : celui qui a en charge le patient et l'un de ses confrères. Le patient doit remplir un imprimé donnant ainsi son accord à la visioconférence. « L'agent du service des admissions psychiatriques et des soins sous contraintes chargé de préparer le dossier de chaque patient au regard de l'usage de la visioconférence n'a reçu aucune formation. Il s'est formé tout seul avec l'aide de l'ARS et il a participé à des réunions organisées par la directrice-adjointe chargée de ce dossier ».

Les personnes rencontrées par les contrôleurs ont insisté sur le fait que la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 n'avait pas été préparée. « Tous se sont retrouvés la tête dans le guidon. Nous ne disposions que de trois semaines pour la connaître. On s'est appuyé sur le site du ministère avec les huit points-clé. On attendait des modèles mais ils sont arrivés bien trop tard, après le début de la mise en œuvre ».

Une première réunion s'est tenue avec l'ARS puis une autre avec le juge des libertés et de la détention qui a annoncé qu'il n'y aurait pas d'audience sur le site, d'où le choix de la visioconférence. Entre le 10 juillet et le 1^{er} août, onze réunions se sont tenues dans une finalité d'information et de formation. Y assistaient tous les psychiatres, les membres des secrétariats de psychiatrie, les agents du service des admissions psychiatriques et des soins psychiatriques sans consentement, les urgentistes. Il ressort des entretiens avec les contrôleurs que :

- « le système des audiences publiques n'est pas satisfaisant ; les psychiatres insistent sur l'atteinte à l'intimité ; la chambre du conseil, sans public, est de loin préférable ;
- l'appareil utilisé pour la visioconférence n'est pas de grande qualité en ce qui concerne le matériel ;
- il faut aussi redouter des réactions de la part des patients ; au moment de l'audience, les personnes sont encore le plus souvent dans un pic de leur maladie ; la visioconférence est vécue comme inquisitrice voir persécutrice ; elle déstabilise le patient et la confusion est grande pour eux entre l'acte de soigner et l'acte de juger ;
- la multiplication des notifications pose problèmes ; certains patients ne veulent plus signer ; on va y perdre notre âme ;

- le défaut de préparation de la mise en œuvre de la loi fait l'unanimité des critiques ;
- il devrait y avoir une coopération entre la justice et la santé ; ce n'est pas le cas ; la justice décide et la santé exécute : l'appareil de visioconférence est équipé d'un logiciel de cryptage mais la juridiction adresse les ordonnances rendues par télécopie sans système de protection ; l'audience a été fixée en cas de besoin le lundi à 15h et ce unilatéralement ; il est souhaité une réunion prochainement pour faire le point avec le magistrat ;
- si le patient refuse la visioconférence, il est conduit au tribunal de grande instance de Foix, ce qui mobilise deux infirmiers et un chauffeur pour une durée de deux heures trente minutes en moyenne ;
- aucune formation permanente n'est prévue dans la loi du 5 juillet 2011 même si en cas de demande individuelle une formation pourra être organisée ».

La visioconférence est mise en œuvre dans une pièce de 28 m², située au premier étage de l'USIP. Cet emplacement a été choisi puisque l'USIP est l'unité qui reçoit le plus de personnes sous contrainte. Un accès pour les personnes à mobilité réduite est prévu dans cet immeuble. La pièce est très claire grâce à trois grandes ouvertures vitrées. Elle est meublée d'une table en T, de trois chaises et d'une autre table pour permettre la rédaction des procès-verbaux.

Assistent à la visioconférence la personne soignée, deux soignants et un technicien appartenant au pôle informatique du centre hospitalier. Il est chargé d'établir les liaisons cryptées avec le tribunal de grande instance de Foix. Il a prêté serment devant la juridiction avant d'exercer cette mission. C'est ce technicien qui rédige un procès-verbal après chaque audience. Ce document est ensuite envoyé au greffe du tribunal. Le technicien vient dans cette salle quinze minutes avant le début de l'audience pour s'assurer de la bonne marche de l'appareil.

Bien avant l'audience, la personne soignée est consultée pour connaître son choix : la visioconférence ou l'audience au TGI de Foix. La procédure doit être conclue avant le quinzième jour du début de la contrainte, sinon la personne voit sa prise en charge cesser par décision du juge des libertés et de la détention.

La personne soignée est reçue par un médecin ou un infirmier qui lui explique les modalités de la procédure.

La personne reçoit notification de son choix et elle signe un document qui sera adressé au tribunal. De même, quand le juge a rendu son ordonnance, la personne soignée en reçoit notification et signe une nouvelle fois le document.

« Il est nécessaire d'assurer le retour de l'information ; si la personne soignée appréhende cette audience, il n'en demeure pas moins qu'elle en attend beaucoup. C'est pourquoi, l'ordonnance de maintien n'est pas sans effet sur elle ».

« Ce qui aggrave la situation, c'est que la personne soignée, durant la visioconférence, voit très mal l'expression des visages : le matériel dont dispose la juridiction à Foix ne

permet pas d'identifier l'expression du juge, de l'avocat, du greffier, ce qui peut entraîner un certain malaise ».

Quand la personne soignée se déplace au tribunal et si elle est agitée, une question inquiète les soignants : « quelle est leur responsabilité en tant qu'accompagnateurs ? » Leur responsabilité devrait, selon eux, s'arrêter à l'entrée du tribunal et la juridiction devrait assurer la sécurité du patient et des tiers.

La présidente du tribunal de grande instance de Foix a, quant à elle, développé les points suivants :

- « l'entrée en vigueur de la loi ne s'est pas faite dans les meilleures conditions : dans l'urgence et pendant les vacances judiciaires ;
- malgré tout, deux réunions ont été tenues associant le siège, le parquet, le barreau, l'ARS, la préfecture et la direction de l'établissement ; une convention doit être signée ; en octobre 2011, elle n'est pas encore finalisée ; elle devrait prévoir notamment le lieu, la fréquence et les moyens déployés pour tenir les audiences ;
- le premier président de la cour d'appel de Toulouse et les présidents des tribunaux de grande instance du ressort ont une position commune : il n'est pas question pour les magistrats de se rendre dans les centres hospitaliers ; le centre hospitalier n'est pas un lieu neutre ;
- d'où l'exigence du recours à la visioconférence, d'autant plus que le CH se trouve à quarante-cinq kilomètres de Foix ; cela représente des économies de transport, de temps et garantit une meilleure sécurité ;
- la qualité de l'image ne serait pas satisfaisante mais une telle constatation n'est pas faite lors des visioconférences avec la Chancellerie, d'autres juridictions et les établissements pénitentiaires ;
- les dossiers adressés par le CH ne présentent aucune lacune ; les délais sont respectés ; toutes les pièces obligatoires s'y trouvent ; les renseignements sont complets ; les éléments versés au tribunal n'appellent que des remarques positives ;
- il est certain que l'audience est une épreuve pour les personnes soignées ; pour mieux l'appréhender, il conviendrait que l'école nationale de la magistrature (ENM) organise une formation spécifique confiée à des psychiatres en direction des magistrats appelés à siéger aux audiences ;
- parallèlement, un enseignement devrait être dispensé aux personnels soignants accompagnants les patients afin qu'ils ne commentent pas les décisions rendues sur le fond et les conditions de tenue des audiences ».

Les contrôleurs ont consulté, le 20 octobre 2011, un récapitulatif des présentations au JLD tenu par le cadre de l'USIP. Sur ce document, il apparaît que du 8 août au 17 octobre 2011 :

- vingt-trois personnes soignées ont comparu devant le JLD ; quinze personnes soignées par le truchement d'une visioconférence et huit se sont rendues devant le JLD au palais de justice de Foix ;
- s'agissant de l'audience au tribunal, la durée du déplacement a été de trois heures quinze minutes (trois fois), deux heures et quarante cinq minutes (trois fois) et deux heures et cinq minutes (deux fois).

La bâtonnière de l'ordre des avocats de Foix a expliqué aux contrôleurs que :

- « la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 aurait nécessité plus de concertation entre la direction du CHAC et le barreau ;
- les avocats étaient prévenus très tardivement (le jeudi pour le lundi) de la tenue d'une audience ; dans ces conditions, ils ne rencontraient pas la personne soignée comparante et ils prenaient connaissance au tribunal de Foix du dossier dont était saisi le juge ; tous les avocats étaient jusqu'à présents des avocats désignés d'office et non des avocats choisis ; ils étaient désignés à tour de rôle, parmi les douze volontaires qui assurent la permanence pénale, sur les trente-six avocats que compte le barreau de Foix ;
- le principe de la visioconférence était bien admis par le barreau qui ne voyait aucune objection à cette option, de plus en plus mise en œuvre en matière judiciaire ».

Le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Foix a expliqué aux contrôleurs « qu'il avait demandé au magistrat du parquet en charge du service civil d'assister, dans les deux mois à venir, dans la mesure du possible, aux audiences de visioconférence afin que le ministère public puisse faire le bilan de cette expérience ; que les services techniques du service administratif régional (SAR) avaient été saisis pour améliorer la qualité de l'image et qu'une solution autre que la visioconférence pourrait être trouvée avec la tenue d'une audience au tribunal d'instance de Saint-Girons en nommant comme juge dans cette juridiction un magistrat ayant rang de vice-président ce qui lui permettrait de siéger en qualité de JLD ».

3.4 Le collège des soignants

L'établissement a élaboré une décision type portant formation du collège en application de l'article L3211-9 du code de la santé publique :

L'article 1 rappelle la composition qui doit comprendre :

- « le psychiatre référent du patient ou, en cas d'absence, le psychiatre qui le remplace pour sa prise en charge ;
- un membre de l'équipe assurant la prise en charge ;
- un psychiatre ne participant pas à sa prise en charge.»

Cette composition est nominative et est adaptée à chaque cas eu égard de la nécessité induite par le texte d'avoir des soignants du patient et un non soignant du patient;

L'article 2 traite de la convocation du collège : il y est indiqué le nom du patient concerné et la date avant laquelle l'avis doit être rendu ;

L'article 3 rappelle que le « certificat type doit être transmis au service des admissions au plus tard un jour et une heure indiqués » ;

L'article 4 rappelle les modalités pratiques, à savoir que « si les membres du collège sont dans l'impossibilité de se réunir dans les délais impartis, ils peuvent tenir une conférence téléphonique ».

Le collège des soignants s'est réuni à six reprises, soit :

- le 1er août 2011 ;
- le 4 août 2011 ;
- le 7 août 2011 ;
- le 11 août 2011 ;
- le 16 septembre 2011 ;
- le 29 septembre 2011 ;

Et cela pour examiner la situation de quatre patients ; deux des patients ont eu leur programme de soins initial lors d'un premier collège et un programme de soins modifié lors d'un deuxième collège.

La prochaine réunion du collège des soignants est prévue le 5 novembre 2011.

Les contrôleurs ont examiné trois procès verbaux établis suite à la réunion d'un collège des soignants :

- la réunion du 1er août 2011 a fait l'objet d'une convocation datée du 27 juillet 2011 ; elle concernait une demande pour un patient qui devait être rendue avant le 1er août à 15 heures ; du fait du passage du patient en unité pour malade difficile (UMD), le directeur a convoqué le collège pour se prononcer sur le programme de soins, lequel a été confirmé ; une notification de cette décision a été signée le 1er août par le patient ; un arrêté du 2 août 2011 a été effectué par le représentant de l'état, lequel confirme la proposition du programme de soins ;
- la réunion du 4 août 2011 a fait l'objet d'une convocation datée du 3 août 2011 ; elle concernait une demande pour un patient qui devait être rendue avant le 5 août ; le collège a estimé justifié le placement en ASPDRE et il a été indiqué qu'un programme de soins sera élaboré ultérieurement ; une notification de cette décision a été signée le 8 août par le patient ;
- la réunion du 11 août 2011 a fait l'objet d'une convocation datée du 9 août 2011 ; elle concernait une demande pour un patient qui devait être rendue avant le 12 août 2011 ; le collège a estimé justifié le placement en ASPDRE et proposé un programme de soins ; une notification de cette décision a été signée le 11 août par le patient ; un arrêté du 12 août 2011 a été effectué par

le représentant de l'Etat, lequel confirme la proposition du programme de soins.

3.5 Le programme de soins

Le programme de soins élaboré par l'établissement comprend plusieurs parties :

- l'identification du patient ;
- le régime d'hospitalisation précédant l'élaboration du programme ;
- les modalités de prise en charge associées au programme de soins :
 - hospitalisation à temps partiel : forme, durée, lieu, date d'effet ;
 - soins ambulatoires : forme des consultations, durée, lieu, date d'effet ;
 - soins à domicile : fréquence des visites, durée, lieu, date d'effet ;
 - existence d'un traitement médicamenteux
- la communication du programme soins : date de l'entretien au cours duquel l'information a été délivrée sur le programme de soins et l'avis du patient recueilli, date de la notification de ses droits suite à l'établissement du programme de soins, date de transmission du programme de soins au directeur.

L'imprimé de ce programme de soins est daté et signé par le médecin.

La fiche de notification suite à l'établissement du programme de soins psychiatriques, est datée et signée par le patient, lequel peut éventuellement faire des observations.

Au 17 octobre 2011, vingt-quatre programmes de soins ont été établis : treize pour des patients en ASPDRE et onze pour des patients en ASPDT.

Les contrôleurs ont examiné six programmes de soins :

- du 3 août 2011 pour un patient en ASPDRE entré le 16 juin 2011 ; celui-ci bénéficie de soins ambulatoires tous les quinze jours au CMP de Foix ainsi que d'un traitement médicamenteux ; il est signé par le patient le 3 août 2011 ; l'arrêté préfectoral le concernant a été signé le 5 août 2011 ;
- du 12 août 2011 pour un patient en ASPDT entré le 27 mai 2011 ; celui-ci bénéficie de soins ambulatoires avec rendez-vous tous les mois avec le médecin et toutes les semaines avec l'infirmier au CMP de Lavelanet ainsi que d'un traitement médicamenteux ; il est signé par le patient le 12 août 2011 ;
- du 30 août 2011 pour un patient en ASPDRE entré le 6 avril 2011 ; celui-ci bénéficie de soins ambulatoires avec rendez-vous tous les mois avec le médecin, toutes les semaines avec l'infirmier, tous les quinze jours pour prise d'un traitement au CMP de Pamiers ; il est signé par le patient le 31 août 2011 ; l'arrêté préfectoral le concernant a été signé le 31 août 2011 ;

- du 10 octobre 2011 pour un patient en ASPDT entré le 7 juin 2011 ; celui-ci bénéficie de soins ambulatoires avec consultation médicale tous les mois et de soins à domicile avec visite des IDE à domicile tous les quinze jours ainsi que de la mise en œuvre d'un traitement dont l'injection retard est distribuée quotidiennement par des infirmières libérales ; la notification au patient n'a pas été communiquée ;
- du 14 octobre 2011 pour une patiente en ASPDT entrée le 17 septembre 2011 ; celle-ci bénéficie d'une sortie à domicile chaque semaine, sous la responsabilité de son époux, du vendredi 17h au dimanche 18h ; il est signé par la patiente le 14 octobre 2011 ;
- du 17 octobre 2011 pour un patient en ASPDT entré le 7 septembre 2011 ; celui-ci bénéficie de sorties régulières lui permettant de réintégrer son environnement du vendredi 13h au dimanche 13h ; il est signé par le patient le 17 octobre 2011.

3.6 Le livre de la loi

Les livres de la loi se trouvent au « service des admissions psychiatriques et des soins sous contraintes ». Ce service est tenu par deux fonctionnaires, l'un est fonctionnaire de catégorie B, l'autre de catégorie C.

Ce bureau, en l'absence des deux fonctionnaires, est toujours fermé à clé. Les clés sont détenues par eux et, la nuit ainsi que le samedi, le dimanche et les jours fériés par le directeur de garde.

Deux livres étaient en cours lors de la visite ; l'un pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDR) et l'autre pour les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT).

Jusqu'au 31 décembre 2010, toutes les pièces (arrêtés, certificats médicaux) étaient collées sur les pages des livres. Depuis le 1^{er} janvier 2011, ces pièces sont placées dans le dossier individuel de chaque patient.

Les deux livres en cours ont une présentation identique : ils font apparaître pour chaque patient son identité (nom, prénom, date de naissance, domicile, profession), la date de l'arrêté du maire et du préfet, la qualité de la personne s'agissant du tiers, la date de l'hospitalisation, le numéro du patient donné par le service.

Sur les livres sont notées les pièces concernant chaque patient : arrêtés, certificats médicaux, certificat de sortie, certificat de programmes de soins... Les décisions de justice ne sont pas portées sur les livres.

Les dossiers des patients dans lesquels sont classées les pièces se trouvent dans une armoire métallique, qui n'est pas fermée à clé. Chaque patient a une chemise. Ces chemises sont classées par ordre alphabétique. Sur la chemise, sont portés : le nom, le prénom, la date d'hospitalisation, le numéro donné par le service au patient ainsi que le numéro attribué au patient dans le livre de la loi.

Dans le dossier, il existe une fiche qui récapitule toutes les pièces se trouvant dans la chemise.

Le registre en cours concernant les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat a été ouvert le 15 octobre 2010. Il est signé par le maire de la commune de Saint-Lizier sur la page de garde, sur le premier et le dernier feuillet. Le dernier feuillet porte le numéro 100.

Le 10 octobre 2011 à 9h le dernier feuillet rempli porte le numéro 55.

La première personne soignée depuis le début de l'année 2011, soit le 2 janvier 2011, a été inscrite sous le numéro 24.

La première personne soignée depuis le 1^{er} août 2011, soit le 6 août 2011, est identifiée sous le numéro 49.

Le livre en cours concernant les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers a été ouvert le 10 septembre 2011. Il est signé du maire de la commune de Saint-Lizier.

Les deux livres précédents avaient été ouverts respectivement les 13 avril 2010 et 22 février 2011.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, 142 personnes ont été et admises à des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, sans leur consentement.

S'agissant des admissions en soins psychiatriques sur décisions du représentant de l'Etat, sept personnes sont arrivées depuis le 1^{er} août 2011.

Cinq procédures sont initiées par un arrêté municipal en date respectivement des 6, 9, 17, 19 et 27 août. Sur ces cinq personnes, une est encore présente dans l'établissement ; elle y est arrivée le 6 août ; un arrêté de maintien a été pris par le préfet le 10 ; le juge des libertés et de la détention a été saisi le 11 et le magistrat a rendu une ordonnance le 18 août. Une autre, arrivée le 19 août et pour laquelle un arrêté de maintien a été pris le 23 août, a été transférée au centre hospitalier Marchant ; le juge des libertés et de la détention, saisi le 23 août, avait rendu une ordonnance le 30 août.

Trois personnes ont quitté l'établissement ; elles étaient arrivées les 9, 17 et 27 août ; elles l'ont quitté respectivement les 12, 24 et 27 août, soit pour des périodes de quatre jours, huit jours et un jour.

Deux personnes se trouvaient présentes dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale, à la suite d'un arrêté du préfet.

S'agissant des admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT), quarante personnes sont arrivées dans l'établissement depuis le 1^{er} août 2011.

La procédure a été initiée trente fois par un proche : huit fois par le conjoint, six par la mère, cinq par le père, trois par l'ami(e), trois par le tuteur, deux par le fils, une par la sœur, une par l'employeur et une par le directeur d'une colonie de vacances. Dix fois, la décision vient du directeur, dans le cas du danger imminent (L 3213-2).

Sur ces quarante personnes, vingt sont présentes dans l'établissement au 19 octobre 2011.

Une personne, arrivée le 14 septembre, est décédée le 26 septembre.

Une autre a été transférée dans un autre établissement, après cinq jours de présence.

Dix huit personnes ont donc quitté l'établissement après un séjour d'une moyenne de onze jours : un mois et deux jours pour le plus long et un jour pour quatre personnes.

3.7 L'information donnée aux familles et la confidentialité de l'hospitalisation

« A la demande du patient, l'anonymat est organisé à partir du bureau des entrées ou par le service d'accueil. Si le patient le souhaite, des consignes peuvent être données au standard, en cas d'appels téléphoniques car certains ne veulent pas rendre publique leur présence sur le site. L'exercice est complexe. En cas de problème, dans le cadre des appels téléphoniques, l'agent du standard doit rendre compte à un membre de la direction qui sera appelé à gérer le problème. Ce cas de figure est très rare. Totalemment différent est la situation de la personne qui veut être soignée sous X... dans ce cas-là, un autre nom lui est donné. Ce cas est rarissime en psychiatrie ».

« Les médecins voient les patients avec ou sans les proches selon les situations différentes. L'exercice est difficile car le projet intéresse l'environnement familial (il doit être partie prenante) mais il faut aussi préserver le secret médical. Les rapports avec les familles varient donc avec les patients et leurs proches, dans le temps car les situations évoluent et aussi selon les médecins car chacun peut avoir une approche qui lui est propre ».

3.8 L'accès au dossier médical par le patient

Une procédure de communication de « dossier patient » a été établie.

Un formulaire de demande d'information de santé est à la disposition du patient ; ce formulaire comprend :

- l'identité du demandeur : patient, représentant légal, ayant droit ;
- l'identité du patient ;
- l'objet de la demande ;
- les modalités d'informations choisies : consultation sur place, retrait des documents sur place, envoi postal au domicile, envoi postal au médecin choisi ;

S'il y a transmission, les frais sont les suivants : 0,10 euros pour une photocopie (format A4), 3 euros pour les copies de radios, scanner et IRM, frais de port selon les tarifs de la poste en vigueur.

En 2010, sur cinquante-cinq demandes de consultations de dossier médical, dix-sept ont concerné des patients de psychiatrie.

En 2011 et jusqu'au 19 octobre, sur cinquante-neuf demandes de consultations de dossier médical, cinq ont concerné des patients de psychiatrie.

Lors d'un entretien avec les contrôleurs, un médecin a fait état des commentaires suivants :

« Trois cas de figure bien différents se rencontrent. Dans un premier cas, la demande est formulée par écrit et elle est adressée au directeur. Ce dernier s'adresse alors au médecin qui suit le patient pour obtenir des éléments de langage. C'est rarissime en psychiatrie. Dans un deuxième cas, le plus fréquent, le patient s'adresse aux infirmiers ou au médecin ; c'est toujours le médecin qui va alors reprendre avec le patient le dossier et lui donner des explications. La méthode est contradictoire ; le patient peut poser les questions qu'il estime utile. Dans le dernier cas, les patients qui sortent de l'établissement demandent des documents relatifs à leur état : résultats d'analyses, par exemple. Copie leur est donnée et un courrier peut être fait, exclusivement à leur demande, au médecin de ville ».

3.9 La communication avec l'extérieur

3.9.1 Le courrier

Selon les informations recueillies, les courriers destinés aux patients sont triés et regroupés selon l'unité d'hébergement pour être remis par le vagemestre au personnel soignant. Celui-ci en assure la distribution auprès de chaque patient.

Le courrier départ suit le même processus inverse.

Le traitement du courrier étant différent dans chacune des unités, il est traité dans les paragraphes le concernant.

3.9.2 Le téléphone et les visites

Leurs modalités diffèrent d'une unité à l'autre sont indiquées dans le chapitre « règles de vie » de chaque unité contrôlée.

3.9.3 Les cultes

Le seul culte accessible et organisé est le culte catholique.

Le calendrier des offices religieux pour les mois d'avril, mai, juin et juillet était affiché, lors du contrôle, dans le hall central de l'USIP.

Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « pour l'islam, un membre d'une association musulmane à Toulouse est joignable ».

3.9.4 L'Union Nationale des Amis et Familles de Malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM)

Dès 2004 le CHAC est entré en relation avec l'UNAFAM. Un bénévole de cette association est présent au sein de l'établissement depuis 2006.

Le représentant de l'UNAFAM est membre de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) ainsi que du conseil d'administration du CHAC. Il a également participé au groupe de travail constitué en vue de la certification du CHAC.

Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « un bénévole de l'UNAFAM participe aux instances de l'établissement : conseil de surveillance, commission des soins commission des relations avec les usagers ».

Selon les informations recueillies, la prise en compte par l'établissement des doléances des familles est satisfaisante : un certain nombre d'améliorations en ont découlé, notamment la moindre cohabitation de pathologies très lourdes et de pathologies légères dans une même unité.

Une permanence mensuelle de l'UNAFAM est assurée dans le bâtiment administratif chaque premier mercredi, de 15h30 à 17h00.

Des formations organisées par la structure nationale de l'UNAFAM sont régulièrement proposées au bénévoles de la section locale de l'Ariège.

La section multiplie des interventions dans les médias locaux et régionaux pour se faire bien connaître de la population générale. Elle a aussi assuré une présence lors de la semaine de la santé mentale.

A l'initiative d'un des médecins chefs de service de psychiatrie du CHAC, un cycle d'informations pour les familles a été organisé en 2010 à Foix, à raison d'une journée par mois. Ce cycle a été très apprécié par la quinzaine de bénévoles qui en ont bénéficié. Faute de participants inscrits en nombre suffisant, ce cycle n'a pu avoir lieu en 2011.

3.10 Les informations sur les visites des autorités

En 2010, le 22 septembre, l'établissement a reçu la visite du préfet de l'Ariège, accompagné du secrétaire générale de la préfecture, du président du tribunal de grande instance et du procureur de la République.

Le 9 mars, le 29 juin et le 17 septembre, un magistrat du parquet s'est rendu sur le site.

En 2011, l'établissement a été visité :

- le 11 février, par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques ;
- le 24 mai, par le préfet de l'Ariège ;
- le 14 juin, par le vice-procureur près le tribunal de grande instance de Foix ;
- et le 7 juillet, par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

A chaque visite, des visas sont portés sur les livres de la loi en cours.

3.11 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)¹

La dernière décision fixant composition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques de l'Ariège (CDHP) est datée du 2 octobre 2008 ; un des deux sièges réservés aux représentants des associations agréées respectivement de personnes malades et de familles et de personnes atteintes de troubles mentaux n'est pas attribué ; au cours de l'année 2010, le médecin généraliste a démissionné.

¹ Appellation résultant de la loi du 5 juillet 2011

Il a été communiqué aux contrôleurs un document de synthèse de l'activité et des conclusions de la CDHP de l'Ariège pour l'année 2010. Il leur a été indiqué par écrit : « concernant les procès-verbaux de la commission, je ne peux vous les diffuser puisqu'ils ne doivent être remis qu'aux membres de la commission conformément à l'article R 3223-5 du code de la santé publique ».

Pendant l'année 2010, la CDHP s'est réunie quatre fois dont deux au CHAC ; elle a examiné cinquante-huit dossiers sans observation sur la régularité des procédures ; lors des réunions au CHAC elle a visité deux pavillons sans observation ; il a été fait état d'un patient en HO qui avait bénéficié d'un non lieu avec HO judiciaire et de sorties d'essais.

La CDHP a examiné des éléments statistiques reproduits ci-dessous :

	2007	2008	2009	2010
Nombre HDT	118	145	172	171
Dont HDT + 3 mois	14	8	19	18
Nombre levées HDT	118	143	162	171
Nombre HO	55	58	63	49
Dont HO + 4 mois	8	11	13	16
Dont HO D 398	4	5	4	3
Nombre levées HO	44	44	50	32

Sur l'année 2011, il a été indiqué aux contrôleurs que la commission « s'est réunie également quatre fois, dont deux au sein de l'établissement ».

La composition de la commission départementale des soins psychiatriques de l'Ariège (CDSP) a été fixée par arrêté préfectoral du 16 octobre 2011 ; il est indiqué que « le siège de médecin généraliste n'est toujours pas pourvu faute de volontaire, le conseil de l'ordre de la Haute Garonne ayant été sollicité sans succès ».

Pour 2012 les dates de réunions sont programmées :

- le 11 janvier 2012 au CHAC à Saint-Girons ;
- le 11 avril 2012 à la délégation territoriale ARS à Foix ;
- le 11 juillet 2012 au CHAC à Saint-Girons ;
- le 11 octobre 2012 à la délégation territoriale ARS à Foix.

3.12 Le traitement des plaintes et des réclamations

3.12.1 La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUCQPEC)

La décision fixant composition de la CRUCQPEC est datée du 18 février 2011. La commission comprend sept membres titulaires et six membres suppléants.

Elle s'est réunie trois fois en 2010 et quatre fois en 2011.

Elle concerne tout l'établissement.

Les plaintes significatives concernant la psychiatrie sont au nombre de six :

- le 2 février 2011, un mari ayant amené son épouse aux urgences du CHIVA s'est plaint que sa demande d'admission à la demande d'un tiers n'ait pas été confirmée par un certificat médical ;
- le 1er mars 2011, une mère a déploré l'absence de la psychomotricienne ;
- le 14 mars 2011, une mère s'est plainte d'avoir retrouvé son enfant hospitalisé en pédopsychiatrie avec des ecchymoses qui résultaient d'une bagarre entre enfants ;
- le 15 mai 2011, une mère ne souhaite plus que le pédopsychiatre s'occupe de son enfant ; il lui a été indiqué qu'elle pouvait éventuellement s'adresser à un psychiatre libéral ;
- le 1er juin 2011, un patient a regretté qu'on ne lui ait pas restitué les armes qui avaient été saisies et confiées à la gendarmerie ;
- le 26 juillet 2011, une mère s'est plainte au nom de sa fille adulte que celle-ci soit tombée la nuit dans les escaliers ; la fille s'est rendue en consultation à l'unité d'accueil des victimes indiquant qu'elle aurait été frappée par l'équipe infirmières ; d'après l'équipe, cette personne se laisserait tomber sciemment de toute sa hauteur ; une enquête a été effectuée par les représentants de l'ARS ; le dossier n'est pas clos.

3.12.2 Le questionnaire de satisfaction

Il a été indiqué aux contrôleurs que tous les patients reçoivent le questionnaire de satisfaction.

Sur la totalité du nombre de sorties de l'ensemble des unités de psychiatrie, seulement cinq pour cent de ces questionnaires sont remplis.

La majorité des patients fait des observations sur la signalétique de l'établissement, sur l'accueil au niveau de l'admission et dans les services de soins, sur l'identification du personnel, sur sa disponibilité, sur les informations données par le médecin.

La majorité des patients s'estime satisfaite de la propreté de la chambre, des repas, des horaires de visite, de la télévision, des liaisons avec l'extérieur, de la préparation à la sortie.

3.12.3 Les effets indésirables associés aux soins

Le nombre des déclarations d'effets indésirables (DEI) associés aux soins est traduit dans le tableau ci-après :

	2008	2009	2010
DEI ensemble de l'établissement	572	651	513
DEI pôle psychiatrie adulte	138	103	68
DEI pôle psychiatrie enfant et adolescent	12	27	43
Ratio DEI/agents-ensemble de l'établissement	/	0,7	0,5
Ratio DEI/agents-pôle psychiatrie adulte	/	0,4	0,3
Ratio DEI/agents-pôle psychiatrie enfant	/	0,5	0,7

La baisse du nombre de déclarations en psychiatrie adulte résulterait de l'effet du changement de mode de déclarations.

L'augmentation du nombre de déclaration en psychiatrie de l'enfant résulterait de la sensibilisation des personnes sur deux thèmes : malveillance et conditions de travail.

3.12.4 Les violences hospitalières

Pour l'année 2010, les actes de violence entre les personnes y compris les violences verbales, que ce soit envers le personnel ou entre les patients, ont représenté sur l'ensemble de l'établissement cinquante-sept déclarations, soit :

- quarante-et-une concernant les conditions de travail ;
 - trente-et-une agressions physiques ;
 - un risque lié au port d'arme ;
 - neuf violences verbales.
- seize actes de malveillance :
 - quatorze agressions entre patients ;
 - deux problèmes d'insécurité.

En ce qui concerne les agressions physiques, dix ont été déclarées au pavillon de pédopsychiatrie, une seule au service des urgences.

Pour l'année 2010, ces violences ont représenté pour les deux pôles de psychiatrie, trente-trois déclarations sur les cinquante-sept.

Les contrôleurs ont examiné quelques dossiers de déclarations de violences aux fins de connaître le motif :

- coup de pied de la part d'une patiente au niveau des jambes de la soignante ;
- lunettes de la soignante arrachées ;
- couteau de chasse trouvé sur le lit ;

- morsure d'une patiente sur une autre patiente ;
- ton agressif d'une patiente et gifle à l'agent ;
- morsures, griffures d'une patiente à l'égard d'un agent ;
- tentative de strangulation d'une patiente à l'égard d'une autre patiente ;
- morsures de la cuisse de l'agent par une patiente ;
- au moment de la douche, agressivité et griffure au niveau du visage de l'agent par une patiente ;
- menace de mort d'un patient à l'égard d'un agent ;
- propos irrespectueux et xénophobes à l'égard d'un agent ;
- violence d'une patiente à l'égard d'autres patiente.

4 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Les conditions matérielles d'hospitalisation

Il a été remis aux contrôleurs un règlement intérieur des unités en psychiatrie, daté de décembre 2006 et adopté par le conseil d'administration du centre hospitalier du 6 janvier 2006. Il est indiqué en préalable que ce règlement est tenu à disposition des personnes hospitalisées, de leurs familles ou de leurs conseils, sur simple demande auprès du cadre du service.

Dans les unités visitées par les contrôleurs, il n'est pas connu et lorsqu'il l'est, il est qualifié d'obsolète.

Le premier chapitre rappelle les modalités d'admission. A la suite des dispositions générales, des paragraphes concernent les spécificités d'admission des mineurs, des incapables majeurs, des malades toxicomanes, des patients nécessitant une protection dans les actes de la vie civile et des détenus. Pour ces derniers, il est indiqué que l'établissement pénitentiaire se doit de transmettre une fiche de liaison pour ce qui est des visites et de la correspondance.

Le deuxième chapitre est consacré aux conditions de séjour et aux droits des personnes hospitalisées. Après le rappel des dispositions générales, les droits des personnes hospitalisées sous contrainte sont évoqués. Parmi ceux-ci sont rappelés : la liberté de culte, le principe de liberté de correspondance écrite, le droit de vote et les possibilités de recours.

Le troisième chapitre concerne la sortie des personnes hospitalisées et le dernier chapitre traite des mesures à prendre en cas de décès.

La personne de confiance est introduite dans plusieurs de ces chapitres : il a été indiqué aux contrôleurs que « le recueil du nom de la personne de confiance dans les dossiers doit être amélioré ».

4.1.1 L'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP)

Le bâtiment Stanislas Tomkiewicz, qui abrite l'USIP est situé à environ 150 mètres du bâtiment administratif.

En forme de T, il comprend trois niveaux : un rez-de-chaussée bas, un rez-de-chaussée haut (au sein duquel se trouvent les lieux principaux de vie), un étage.

4.1.1.1 Les locaux

Le rez-de-chaussée bas est composé de deux vestiaires pour le personnel équipés chacun d'un WC, de trois locaux techniques (sous-stations et machinerie ascenseur), de six locaux pour l'entreposage (linge propre, bagagerie, ménage, matériel divers).

L'étage comprend à son extrémité Nord-Est : une salle d'attente de 13 m² avec un WC attenant ; la salle de 28 m² dédiée à la vision conférence ; un local de 25 m² dédié à la « friperie » ; une salle de repos de 12 m² pour le personnel, équipée d'un évier ; une salle de 19 m² dédiée à la cuisine thérapeutique, équipée d'un bac de plonge et d'un lave-mains ; un bureau médecin de 19 m² ; un bureau psychologue de 19 m² ; un bureau aide-soignant de 19 m² ; une salle de réunion de 19 m².

La salle « friperie » sert à entreposer des vêtements pour les patients sans ressources financières. Elle est accessible aux patients, sous surveillance du personnel. Son utilisation se fait sous forme d'une bourse d'échanges ; certains effets étant déposés par du personnel ou des organismes caritatifs.

Une rampe d'accès extérieure est aménagée au rez-de-chaussée haut pour les personnes à mobilité réduite².

Pour pénétrer dans le bâtiment, tout visiteur doit actionner un bouton d'appel et attendre qu'un membre du personnel vienne ouvrir la porte vitrée extérieure.

Le sas vitré de l'entrée principale dessert également le salon d'accueil réservé aux visites des familles. Cet espace de 10 m² est équipé d'une table basse et de 4 sièges.

Après franchissement du sas, on accède à un hall de 24 m² environ.

Ce hall donne accès à une petite salle de 5 m² (point phone) - équipée d'une cabine téléphonique à carte et d'un combiné téléphonique pour recevoir des appels de l'extérieur - ainsi qu'à une salle de 15 m² dite d'« accueil médical » à l'arrivée d'un patient.

Il dessert par ailleurs deux couloirs de 33 mètres de long chacun, l'un orienté Nord-Est et l'autre orienté Sud-Ouest, et un couloir de circulation, orienté Sud-Est, desservant la salle d'ergothérapie, un WC, un bureau médecin, le réfectoire des patients et l'office cuisine.

Le réfectoire est équipé de six tables de quatre places, d'une vingtaine de chaises, d'une micro-onde, d'un bahut ouvert pour le rangement de la vaisselle.

¹ L'accès de l'extérieur est aussi possible par une autre porte vitrée, située à environ vingt mètres de l'entrée principale. Un sas dessert un ascenseur adapté au fauteuil roulant et un escalier, conduisant tous deux à l'étage. Comme pour l'entrée principale, un bouton d'appel doit être actionné pour permettre son ouverture par un membre du personnel.

L'office cuisine est équipé d'un bac-évier, de deux armoires de rangement pour la platerie et différents ingrédients, d'une armoire réfrigérée pour la liaison froide, d'un réfrigérateur contenant les ingrédients alimentaires des patients, de divers ustensiles (machine à café, bain-marie, ...).

Une cour sécurisée et grillagée de 200 m² environ comprenant un espace arboré et jardiné est accessible du hall d'accueil, seulement après ouverture d'une porte vitrée par le personnel.

Côté Sud-ouest, le premier couloir de circulation dessert :

- huit chambres individuelles,
- deux chambres d'isolement,
- une pièce de 11 m² pour la stérilisation du matériel médical (salle dite de décontamination) équipée d'un évier double bac et d'un lavabo,
- une buanderie avec un WC attenant,
- une salle de bains de 12 m² équipée d'une baignoire et d'un lavabo,
- un poste de transmissions de 23 m² desservant lui-même et successivement une salle de 11 m² pour la préparation des soins, une salle de soins de 11 m² et un bureau de 11 m² pour l'infirmière.

Lors du contrôle, trois systèmes portatifs d'alarme PTI (Protection Travailleur Isolé) étaient fixés au mur de la salle de transmission mais, selon les informations recueillies, étaient peu utilisés car ils se déclenchaient accidentellement et provoquaient des alarmes intempestives. Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « les nouveaux PTI ont été commandés et sont en attente de livraison ».

Côté Nord-est, le second couloir de circulation dessert :

- huit chambres individuelles ;
- un premier salon TV de 15 m² équipé d'un lecteur de DVD, d'une tablette avec des livres et revues à disposition, de dix fauteuils ;
- une salle de 11 m² dédiée aux activités et équipée de jeux de sociétés, d'un rameur, d'un vélo d'appartement, d'un piano ;
- un second salon TV de 23 m², équipé d'une table ronde et de neuf fauteuils;
- une salle de repos de 23 m² pour le personnel. Outre une table ronde et des fauteuils, cette salle est équipée d'un réfrigérateur, d'une micro-onde et d'une cafetière.

La salle d'activités et le second salon de TV donnent chacun accès à une cour d'environ 50 m², clôturée complètement par un grillage métallique renforcé de 3 mètres de haut. Cette cour s'avère être le seul endroit extérieur librement accessible aux patients, de 6h30 à 23h00, pour fumer.

A l'extrémité de chacun de ces deux couloirs, une porte vitrée anti panique ouvre sur l'extérieur ; cette porte est fermée à clé.

Les chambres individuelles au nombre de seize, sont identiques. D'une superficie de 13 m² habitable, elles disposent chacune d'un placard de rangement, d'un lit d'une personne, et ouvrent sur un cabinet de toilette d'environ 4 m² (équipé d'un WC, d'une douche, d'un lavabo avec une tablette et un support de serviette). Seules deux de ces chambres sont accessibles, de par la disposition particulière du cabinet de toilette, aux patients en fauteuil roulant.

Chaque patient détient la clé de sa chambre et peut, lorsqu'il est à l'intérieur, compléter la fermeture par une targette. Cette targette peut, si nécessaire, être déverrouillée de l'extérieur par le personnel.

Toutes les fenêtres (1,30 m x 1,30 m) sont coulissantes latéralement sur une largeur d'environ 15 cm. Le verrouillage de cette partie coulissante peut être actionné par le personnel.

L'occultation de la fenêtre par un volet roulant électrique peut être actionnée soit par le patient, soit par le personnel depuis le poste de transmissions.

Les deux chambres d'isolement ont chacune une superficie de 11 m². Elles sont équipées d'un lit d'une place avec systèmes de contention et d'un placard de rangement. Elles donnent accès à un cabinet de toilette d'environ 4 m² comportant un WC, une douche et un lavabo.

Les fenêtres et leur occultation sont identiques aux chambres normales.

Les deux chambres d'isolement sont fermées à clé par le personnel ; la clé étant détenue par lui.

Une enceinte grillagée extérieure formant - un rectangle de 7,50 m de long, 2 m de large et 3 m de haut - empêche tout contact direct avec une personne extérieure à l'unité. Le 19 octobre, lors du contrôle, un membre de la famille d'une personne détenue, qui venait d'être admise la veille dans une des chambres d'isolement, a tenté à plusieurs reprises de franchir cette enceinte grillagée et la direction de l'établissement a dû faire appel à la gendarmerie pour éviter que cet incident ne se reproduise.

Aucune des chambres, normales ou d'isolement, n'est équipée pour l'accès à l'internet.

4.1.1.2 Le personnel

Il correspond au projet thérapeutique³ de l'unité.

Il comprend :

² Ce document de quinze pages date du 6 octobre 2003. Il était, lors du contrôle, toujours appliqué. Il a été indiqué aux contrôleurs que son actualisation n'avait pas pu être faite car le médecin-chef de l'unité n'était affecté que depuis un an.

- une équipe médicale proprement dite avec un médecin psychiatre, responsable de l'unité, aidé de deux autres médecins psychiatres et d'un médecin somaticien intervenants tous trois dans les autres unités du site. Le médecin chef de l'unité était, lors du contrôle, en poste depuis septembre 2010.

- une équipe paramédicale composée de :

- un cadre de santé (son titulaire, lors du contrôle, étant en poste depuis septembre 2010) ;

- 17,3 ETP d'infirmiers ;

- un ergothérapeute (à 0,8 ETP), intervenant également à l'UA2T (unité d'activités thérapeutiques transversales) ;

- six aides-soignants et aides médico-psychologiques ;

- deux agents de services hospitaliers

Un psychologue et un assistant social, intervenants tous deux également à l'UAP A, complètent cette équipe.

4.1.1.3 Les règles de vie

Un document d'une page, actualisé en septembre 2011, fixe les règles de vie au sein de l'unité. Ce livret n'est pas affiché dans les parties communes mais est remis au patient dès son admission, si le patient est accessible à l'information.

Y sont traités successivement les sujets suivants : les médicaments ; l'alcool ; les toxiques ; le tabac ; la consommation de denrées périssables ou de boissons type thé ou café ; les relations sexuelles ; les véhicules personnels ; les téléphones portables ; le point phone ; la télévision ; les objets de valeur et l'argent ; les sorties à l'extérieur ; les horaires (coucher et repas) ; les visites ; la chambre ; la tenue vestimentaire à l'admission ; les violences : la mise en chambre d'urgence.

Il est ainsi précisé que « la chambre est un lieu de soins et reste accessible au personnel soignant ».

Il est mentionné également que « l'établissement ne fournit ni vêtement, ni matériel de toilette ». Comme indiqué en supra, il est cependant possible, pour des patients indigents, de bénéficier de prêts de vêtement disponibles dans la salle « friperie ».

A l'arrivée dans l'unité, chaque patient revêt un pyjama ; il ne peut s'habiller de ses vêtements personnels qu'après autorisation du médecin. Son linge et ses effets personnels sont inventoriés à l'arrivée et au départ de l'unité.

Dans la salle de préparation des soins attenante au poste de transmissions, sont entreposés - dans 18 casiers numérotés- les objets personnels jugés dangereux de chaque patient : rasoirs, objets tranchants ou en verre mais aussi le tabac appartenant au patient, si celui-ci n'est pas en capacité de le gérer.

Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « ainsi chaque patient peut fumer. Pour les patients dont le tabac est géré par le personnel, il doit s'adresser à celui-ci présent au poste de transmissions pour pouvoir avoir accès à son stock

de tabac ». Selon les informations recueillies, cette procédure particulière de contrôle permet d'éviter des vols ou rackets de tabac entre les patients.

Le contenu des courriers personnels des patients (envoyés ou reçus) n'est pas contrôlé par le personnel. Par contre, est contrôlée la nature des colis postaux adressés aux patients.

Les courriers départ des patients détenus sont adressés à l'établissement pénitentiaire de rattachement de la personne détenue. A cet égard, il existe un protocole particulier pour l'accueil d'une personne détenue dans l'unité.

Les appels téléphoniques sont libres, à partir du point phone du hall central ou du téléphone portable du patient, sauf prescription médicale limitant ou interdisant les appels.

Selon l'état du patient et sur recommandation médicale, les communications téléphoniques (appel ou réception) s'effectuent en présence d'un membre du personnel soignant.

Il en est de même pour les visites de proches des patients.

En règle générale, ces visites se déroulent l'après-midi et font l'objet d'une préparation puis d'une évaluation avec chaque patient.

Toute demande de sortie de l'unité du patient (rendez-vous chez un avocat, emplettes, etc.) est soumise à un accord du médecin psychiatre et soit du directeur pour les ASPDT, soit du préfet pour les ASPRE. L'autorisation peut stipuler que le patient doit être accompagné lors de sa sortie par un ou deux soignants de l'unité.

L'information de la présence du patient à l'USIP est donnée à la famille, sauf opposition du patient lui-même.

La vie quotidienne :

Les horaires des repas au réfectoire sont les suivants : Petit-déjeuner : 8h30 - Déjeuner : 12h - Goûter : 16h - Dîner : 19h.

Les repas en chambre sont possibles mais autorisés conjointement par le médecin psychiatre et l'équipe soignante.

Les sorties à la cafétéria ont lieu deux fois par jour et les promenades dans le parc du site ont lieu deux à trois fois par semaine : une infirmière est chargée des accompagnements des patients autorisés à sortir du lundi au vendredi de 9h à 17h.

En fonction de l'effectif disponible et de la disponibilité du personnel infirmier et aide-soignant, sont proposées au sein de l'unité des activités de sport, de musique ou de jardinage (dans la cour sécurisée).

L'atelier d'ergothérapie USIP est accessible aux patients de l'USIP et d'autres unités.

La salle d'ergothérapie est équipée d'un point d'eau, d'un équipement informatique accessible aux patients, de matériaux divers pour l'animation et l'expression artistique (peinture et dessin).

L'horaire de l'atelier, affiché dans le hall central, est le suivant :

Lundi : de 14h à 17h (* une semaine sur deux)

Mardi : de 10h à 12h

Mercredi : de 9h à 12h (* une semaine sur deux)

Jeudi : de 14h à 17h

Vendredi : de 14h à 17h

Il n'y a pas de bibliothèque propre à l'USIP pour les patients mais la bibliothèque de l'hôpital leur est accessible. Par ailleurs, la cafétéria du centre propose des prêts gratuits de livres.

Un atelier « cuisine », commun avec des patients des autres unités du site, a lieu tous les vendredis matin à l'étage de 10h00 à 13h00.

Pour les sorties collectives, un budget, pris dans l'enveloppe sociale de l'unité, est alloué : en 2011, il s'élève à 3.600 euros.

Les sorties concernent des groupes de cinq à dix patients. Sept sorties de un à trois jours et un atelier jardinage permanent dans l'unité étaient projetés pour 2011.

Les contrôleurs ont pu examiner la « fiche bilan » de deux sorties collectives : l'une effectuée le 11 mars ; l'autre, le 8 avril.

- . Celle du 11 mars - Découverte raquettes de neige - a bénéficié à six patients, accompagnés par quatre membres du personnel soignant de l'unité. Sur un budget prévu de 200 euros, le coût s'est élevé à 85,38 euros.
- . Celle du 8 avril - Assister à un match de football de 3^{ème} division - a bénéficié à cinq patients, accompagnés par deux membres du personnel soignant. Sur un budget prévu de 400 euros, le coût s'est élevé à 300 euros.

4.1.1.4 Les événements marquants lors du contrôle

Le mardi 18 en soirée :

- accueil en chambre d'isolement d'une personne détenue et agitée en provenance de la maison d'arrêt de Seysses.

Le mercredi 19 octobre après-midi :

- intervention de la gendarmerie pour le franchissement, par un membre de la famille de la personne détenue hospitalisée la veille, du grillage de sécurité extérieur aux deux chambres d'isolement.
- accueil problématique d'une personne âgée dans la 2^{ème} chambre d'isolement, en provenance du pôle hospitalisation générale (unité de chirurgie) suite à une tentative de suicide ; cette personne, ainsi que des membres présents de sa famille, s'opposant à une hospitalisation à l'USIP. La recherche d'un psychiatre responsable pour signer le certificat d'hospitalisation en HO a été laborieuse.

L'équipe soignante a été ainsi mobilisée une bonne partie de l'après-midi pour à la fois gérer ces situations de tensions et pour assurer une présence normale et rassurante pour les patients de l'unité en passe d'être trop perturbés par ces événements.

4.1.2 Les unités d'admission psychiatriques – UAP A et UAP B

Elles sont au nombre de deux. L'architecture de leurs bâtiments est identique. Seule la cour de l'UAPB est clôturée d'un grillage, ce qui « symboliquement diffère ».

Les règlements intérieurs dont les versions datent, pour le UAP A « règles de vie », du 1^{er} décembre 2009 et, pour l'UAP B « fonctionnement et règles de vie », du 3 janvier 2011, comprennent, à la marge, quelques différences concernant la vie quotidienne : les heures de repas de l'UAP A y sont indiqués ; les téléphones portables sont autorisés, mais l'UAP B précise que les prises de photographie sont interdites ; les heures de visite diffèrent, de 14h à 18h30 pour l'UAP A, 19h pour l'UAP B.

Les éléments les plus significatifs des règlements intérieurs sont les suivants :

- lors de l'admission, les effets personnels des patients sont vérifiés. Il leur est proposé de déposer leur argent et les objets de valeur auprès du régisseur du CHAC. Le fait de les conserver n'est pas une possibilité écartée, cela sous la responsabilité de la personne hospitalisée qui fait ce choix. Les objets pouvant présenter un caractère dangereux (ciseaux, couteaux, rasoirs..) peuvent être retirés. Lors des entretiens avec les personnels des unités, il a été indiqué que la politique menée était celle de l'autonomie et de la responsabilisation du patient pour ce qui était des objets qu'il souhaitait conserver.
- Il est remis à chaque occupant la clé de sa chambre. La chambre est déclinée comme un lieu de soins et reste pour cela accessible au personnel soignant à toute heure du jour et de la nuit. L'introduction de nourriture doit être précédée d'une autorisation et cela ne peut être le cas pour des denrées périssables. Les cafetières, théières, ou autres appareils électriques à résistance chauffante sont interdits. Les consoles de jeux, télévisions et ordinateurs peuvent être installés sur autorisation médicale. La raison évoquée de cet accord préalable est d'éviter qu'un malade ne se coupe de toute vie sociale.
- La détention d'un téléphone portable est autorisée. Le secrétariat du service réceptionne le courrier des patients, celui-ci leur étant remis par les soignants. Le chemin inverse peut être utilisé pour le courrier départ. Les personnes malades peuvent poster également elles-mêmes leur courrier, en utilisant la boîte à lettres située près de la zone administrative de l'hôpital.
- Les sorties des patients en dehors du service font l'objet d'une autorisation médicale.
- Les traitements médicamenteux sont délivrés dans les salles de soins, le matin entre huit heures et neuf heures, le midi entre onze heures quarante et douze heures, le soir entre dix-huit heures quarante et dix-neuf heures et, en soirée, entre vingt et une heure et vingt-trois heures.
- Les repas sont pris dans les réfectoires aux horaires suivants : huit heures trente/neuf heures pour le petit déjeuner, douze heures pour le déjeuner, seize heures pour la collation, dix-neuf heures pour le dîner. Une tisane est proposée

avant le coucher. Il peut être fait exception à cette règle du repas pris en commun au tout début d'une hospitalisation : les repas sont alors pris en chambre.

- L'hospitalisation première des patients de ces deux unités a été une orientation à l'USIP, en particulier pour les personnes hospitalisées sous contrainte. Ce passage à l'USIP permet au patient de se stabiliser avant de regagner l'unité de son secteur.
- Pour l'année 2010, la durée moyenne de séjour est d'une trentaine de jours pour l'UAP A et d'une vingtaine pour l'UAP B, sachant que les durées peuvent être de trois, quatre journées mais aussi de plusieurs années. Il a été comptabilisé un peu moins de vingt entrées par mois pour l'UAP A, soit deux-cent-dix entrées pour l'année, et une trentaine environ mensuellement pour l'UAP B, soit trois-cent-cinquante annuellement.
- Il a été verbalisé une problématique majeure: l'orientation des personnes qui restent longtemps au sein des unités.

L'unité de soins d'admission psychiatriques - secteur A (UAP A)

Gaëtan de Clérambault est la dénomination de l'unité qui accueille en admission les patients d'un des deux secteurs de santé mentale adultes du département de l'Ariège. Théoriquement, l'UAP A couvre les secteurs de Pamiers et de Lavelanet mais le service peut recevoir des personnes venant d'autres parties du département. Il est indiqué aux contrôleurs que le passage à la gestion par pôle facilite la mise en place de prise en charge intersectorielle, d'autant plus que l'USIP, l'URP et l'UPG sont trois unités intersectorielles.

L'attention des contrôleurs a été appelée rapidement sur la crise subie à l'UAP A durant près d'une année – septembre 2010 à septembre 2011 -. Un conflit entre un cadre de santé et un infirmier a eu des conséquences sur l'ensemble du fonctionnement de l'unité. Un audit a du être confié en avril 2011 à un organisme extérieur et une restitution a eu lieu en septembre. Ce travail a mis en évidence le mal être de l'équipe, un défaut de dynamisme et l'absence de cohérence médicale en raison de l'approche trop individualiste des praticiens. La phase de reconstruction était en cours au moment de la visite, avec, notamment, la mise en place de groupes de travail. Un nouveau cadre de santé a pris ses fonctions en septembre 2011.

4.1.2.1 Les locaux

Le bâtiment, édifié à flanc de colline, a une forme en «L » sur trois niveaux :

- *Au sous-sol du bâtiment :*
 - vestiaires des personnels, hommes et femmes ;
 - des lieux de stockage du linge administratif, propre et sale ;
 - une bagagerie et divers espaces techniques. Le jour de la visite la bagagerie accueillait des objets ou effets vestimentaires personnels de personnes hospitalisées qui n'avaient pas trouvés place dans leur chambre.
- *Au rez-de-chaussée :*

- dix chambres individuelles dont deux médicalisées plus spacieuses et la chambre d'isolement appelée chambre de surveillance, proche du poste de soins ;
- les espaces de vie collective et les locaux professionnels des personnels soignants.
 - *Au premier étage :*
 - douze chambres individuelles ;
 - l'espace médical non accessible librement aux patients composé de cinq bureaux destinés aux médecins, un bureau pour le secrétariat médical et un autre pour le psychologue ;
 - une salle est le lieu d'échanges pour le groupe de paroles des patients alcooliques. Elle est équipée de huit fauteuils, d'une table basse centrale, d'un tapis décoratif, d'un poste de télévision. Des plantes vertes y sont disposées et les murs bénéficient d'une décoration murale, tableaux et lithographies ;
 - une salle d'attente est réservée aux personnes qui viennent consulter. Elle est meublée de cinq chaises, d'une table basse avec, toujours, le souci de la décoration murale et de la présence de plantes vertes ;
 - une salle de pause à destination des personnels: elle est dotée d'une table, de six chaises, d'un réfrigérateur, d'un four à micro-onde, d'un évier et d'un meuble bas de cuisine. Selon les indications données, elle est très peu utilisée parce que trop éloignée des espaces de vie des patients et des soins.

L'accès à cet étage est possible par un escalier à partir du rez-de-chaussée du bâtiment, et par un ascenseur qui peut être emprunté de l'extérieur, au niveau du sous-sol, mais aussi de l'intérieur de l'unité, au rez-de-chaussée de celle-ci.

Les chambres :

Les superficies des **vingt et une chambres**, hors celle de l'isolement, sont comprises entre 11,30 m² et 21,60 m². Les deux chambres « médicalisées » sont plus vastes que les autres pour permettre d'héberger des personnes à mobilité réduite. L'une d'entre elles, dispose, à partir d'une porte-fenêtre, d'un plan incliné pour un accès direct sur la cour extérieure de l'unité. Elles sont toutes deux équipées de lit médicalisé.

Toutes les chambres sont meublées à l'identique de mobiliers neufs : un lit de 90 cm sur 190 cm, une table de chevet avec un tiroir et deux étagères, une armoire avec un côté penderie et un côté de quatre étagères, une table et une chaise. Les boutons d'éclairage sont à proximité de la tête de lit : les patients peuvent éclairer leur chambre et les sanitaires, baisser ou monter les volets, signaler leur présence dans leur chambre et déclencher une alarme, si besoin. Les fenêtres sont à double vantaux, le plus petit de celui-ci peut être ouvert ou fermé par les patients.

Les sanitaires, intégrés dans les chambres et séparés de l'espace à vivre, ont une surface moyenne de 4 m². Ils sont équipés d'un WC à l'anglaise surélevé, d'une douche à l'italienne et d'un lavabo avec un miroir au dessus.

La chambre d'isolement, nommée chambre de surveillance, d'une superficie de 14,90 m², est aussi appelée par les soignants « chambre sécurisable ou tranquillisante ». Elle a pour particularité de disposer d'un sas. Les commandes électriques (des luminaires et des volets) sont installées dans cet espace séparatif. L'accès aux sanitaires se fait à partir du sas et non de la chambre. La fenêtre dispose d'une ouverture coulissante qui est bloquée, à l'exception d'un interstice d'une dizaine de centimètres.

Elle est surtout utilisée comme chambre ordinaire. Il est indiqué aux contrôleurs que les patients qui viennent dans l'unité sont des patients stabilisés, sans quoi ils seraient hospitalisés à l'USIP. D'ailleurs, en cas de crise d'un patient, celui-ci peut être amené à l'USIP. Il est précisé que l'unité n'a aucun besoin de chambre d'isolement.

Les espaces de vie collective se présentent ainsi :

- un espace « accueil », situé à l'entrée principale du bâtiment, qui est meublé de deux fauteuils, d'une table basse, sur laquelle sont disposées des revues, et d'un canapé en «L» de cinq places. Une fontaine à eau est installée à proximité;
- un salon « famille », doté de quatre fauteuils bas de type «bridge» et d'une table basse. Ce lieu, comme tous les locaux collectifs, comprend une décoration murale à base de tableaux et de lithographies et la disposition de plantes vertes. Les murs sont recouverts de toile de verre peinte dans des couleurs vives ;
- une salle de télévision, équipée de huit fauteuils à dossier haut, et d'une télévision posée sur un meuble ;
- une salle d'activité « cuisine », dotée d'un îlot central autour duquel on trouve un évier, des plaques chauffantes, un four et un plan de travail. Un réfrigérateur y est également installé ;
- une salle de jeux de société et une salle audio, dont la particularité est d'avoir un accès direct sur la cour extérieure ; dans chacune de ces pièces, se trouvent huit fauteuils ou chaises, une table dans la première et un meuble bibliothèque dans la seconde ;
- un réfectoire d'une superficie de 39,20 m², meublé de six tables et quatre chaises par table, accessible de la cour extérieure ;
- la cour extérieure, d'une surface de 800 m², est accessible pour les patients à partir du réfectoire et de la salle audio, ainsi que d'une des deux chambres médicalisées décrite en *supra*. Il peut être ajouté à ces accès ceux qui existent à partir de locaux destinés aux professionnels, le bureau d'entretien du personnel infirmier et le poste de soins. Dans toutes ces situations, le chemin qui conduit à la cour est un plan incliné. La cour est ouverte, elle est bitumée. Sa délimitation est le fait d'espaces verts arborés. Du mobilier d'extérieur est à disposition des patients : bancs métalliques, chaises en plastique, parasol. Des stores sont également installés en façade du bâtiment, près du réfectoire notamment.

Les espaces des professionnels

- le bureau du cadre de santé ;
- le bureau des personnels infirmiers, qui est aussi la salle de transmission des consignes entre équipe ;
- les deux salles de préparation des traitements, de soins et de dispensation des médicaments ;
- un bureau médical utilisé par les médecins ;
- un bureau médical, lieu des entretiens infirmiers ;
- une salle de bains à des fins thérapeutiques, d'une superficie de 16,30 m², équipée d'une baignoire mais aussi d'une douche ;
- l'office qui permet de gérer le réchauffement de la restauration livré selon le principe de la liaison froide.

Une unité a été recherchée dans le style des locaux : les couleurs orange et mauve sont très présentes.

4.1.2.2 Les personnels

Effectifs médicaux :

- trois médecins femmes interviennent sur le secteur en hospitalier et extrahospitalier dont l'un est chef de service de l'unité. Les patients ont un médecin référent désigné.
- Il est indiqué aux contrôleurs que le planning est conçu de manière à avoir tous les jours un médecin présent dans l'unité : le lundi, les trois sont prévus, le mardi, un seul, le mercredi, deux, le jeudi, un seul et, le vendredi, deux.
- un médecin somaticien à mi-temps intervient à l'UAP A, l'UAP B et l'URP. En cas d'urgence, il est fait appel au service d'urgence de l'établissement.

Effectifs paramédicaux :

- deux psychologues, femmes, l'une des deux est présente chaque jour. Le patient a un des deux psychologues comme référent : l'objectif recherché est que le patient le rencontre au moins une fois par semaine ;
- un cadre de santé ;
- quinze infirmiers, dont deux hommes, représentent 14,80 ETP. Il n'existe pas de référent infirmier pour les patients. Douze travaillent sur un rythme de douze heures, deux en cycle de huit heures et un fait huit ou douze heures. Ce sont des personnels volontaires qui assurent les nuits, plutôt ceux travaillant en rythme de douze heures. Les infirmiers du cycle de huit heures accompagnent les patients en sortie thérapeutique. ;
- trois aides-soignants dont deux femmes et une aide médico-psychologique qui participent entre autre à l'atelier « cuisine » ;

- deux agents des services hospitaliers, un homme et une femme ;
- une ergothérapeute ;
- Deux assistantes sociales interviennent, l'une au secteur de Lavelanet, l'autre à celui de Pamiers.
- Une réunion de synthèse est organisée toutes les semaines, le lundi ; chaque situation des patients est revue dans ce cadre.
- Le cadre de santé participe tous les quinze jours à une réunion avec le cadre supérieur.
- Les infirmiers mènent des entretiens à la demande du médecin mais également lorsque l'état de santé des patients dans la journée nécessite un accompagnement.

Dix fois par an, un psychologue psychanalyste mène une supervision ayant pour base la prise en charge d'un des patients. Il est indiqué que ce n'est pas ce type de supervision qu'attend l'équipe des infirmiers, laquelle préférerait que son axe soit basé sur l'analyse des difficultés professionnelles rencontrées.

Les infirmiers ont accès à intranet. Seul le poste informatique du cadre de santé permet l'accès à internet.

4.1.2.3 Les règles de vie

Au jour du contrôle, vingt et un patients étaient présents, dix hommes et onze femmes. Un homme était hospitalisé en ASPDRE, cinq hommes et six femmes en ASPDT. Le patient le plus âgé avait soixante-seize ans, le plus jeune, vingt-trois ans. La durée d'hospitalisation la plus longue est de quatre ans : elle concerne un patient hospitalisé sous contrainte.

Le projet de service de l'unité remis aux contrôleurs date de l'année 2006. Le commencement de sa révision par la mise en place de trois groupes de travail datait du vendredi précédent la visite des contrôleurs. Les thématiques des groupes sont les suivantes : missions de l'unité et articulation pour l'un, organisation des soins et modalités thérapeutique pour l'autre ; le troisième sera mis en place un peu plus tard et s'intéressera à la gestion du personnel.

Celui de 2006 comporte le projet de soins avec, en introduction, le rappel des axes médicaux autour de l'accueil, la protection, le soin et la prévention. Ce projet indique les bonnes pratiques lors de l'admission, les temps nécessaires à une période d'observation, de la prise en charge et de la sortie définitive.

Le règlement intérieur de l'unité nommé « règles de vie », précité, est remis aux patients lors de leur arrivée.

Un local téléphonique de 3m² avec possibilité de fermer la porte permet aux patients de téléphoner en toute tranquillité et intimité. Ce local, une fois la porte pleine fermée, est complètement coupé de la lumière extérieure et un sentiment de confinement est apparu aux contrôleurs lorsqu'ils y ont pénétré.

Le retrait d'argent auprès du régisseur est négocié entre patients et soignants « certains retireraient de l'argent tous les jours, voire plusieurs fois par jour ».

Il est interdit de fumer dans les chambres et à l'intérieur du bâtiment. Il est indiqué aux contrôleurs que des patients transgressent la règle et fument dans leur chambre. Il leur est proposé un sevrage. Une suppression momentanée des cigarettes peut être ordonnée. La nuit, l'ouverture des portes pour fumer peut se faire à de rares exceptions.

Des tests d'alcoolémie et de recherche de consommation de stupéfiants peuvent être pratiqués lorsqu'il y a suspicion de prise de substances illicites.

Le bâtiment est ouvert de sept heures à vingt trois heures. Un banc et un cendrier sont installés devant l'entrée principale ; les fumeurs s'y regroupent. Les sorties se font, pour tous les patients, sur prescription médicale. Lors du contrôle, huit avaient la libre circulation dans le parc. D'autres peuvent sortir dans ce dernier en avertissant les soignants de leur sortie ; une tranche horaire leur est attribuée. Ces dernières dispositions sont surtout applicables aux personnes hospitalisées sous contrainte, qui ne sont toutefois pas toujours accompagnées dans leur déplacement dans le parc ; une seule l'est systématiquement.

Six personnes ne recevaient aucune visite, dont l'une par respect de son contrat de soins. Parmi les six, trois personnes n'avaient pas de permission accordée pour des sorties à l'extérieur.

Lors de la visite des contrôleurs, treize personnes avaient eu une prescription pour participer à des activités thérapeutiques. Un patient était hospitalisé depuis deux mois dans la chambre de surveillance car il est indiqué aux contrôleurs un état de grande persécution. Il est précisé que la chambre est utilisée comme une chambre ordinaire, que seul son emplacement près du poste de soins a été privilégié. Une patiente était en pyjama, dans le cadre de son contrat de soins. Deux autres participaient à un groupe de paroles « alcool », mis en place par une infirmière et une psychologue.

L'unité de soins d'admission du secteur B (UAP B)

Camille Claudel est l'appellation de l'unité qui accueille en admission les patients du secteur géographique B. Celui-ci comprend les secteurs géographiques du Couserans, du Mas d'Azil, du Séronnais, des Pays de Foix, de Tarascon et d'Ax-les-Thermes.

4.1.2.4 Les locaux

Le bâtiment Camille Claudel a la forme d'un «L». Comme d'autres unités, il est construit à flanc de colline. Il comprend un sous-sol, un rez-de-chaussée accessible par un escalier pour son entrée principale alors qu'il est à niveau par rapport à la cour de promenade et un étage.

Au sous-sol on trouve les vestiaires des personnels, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes, une bagagerie destinée à recevoir des objets appartenant aux patients qui n'ont pas trouvé place dans leur chambre, valises et sacs par exemple, et des locaux techniques.

Au rez-de-chaussée, sont regroupés onze chambres de patients, des espaces collectifs de vie et les lieux d'exercice professionnel des personnels soignants.

Au premier étage, dans la petite barre du «L», sont présentes onze chambres dont celle qui est conçue pour héberger deux personnes. L'autre segment du «L» est celui de bureaux, onze en totalité, partagés entre les médecins, un secrétariat, une cadre supérieure, les psychologues et les assistantes sociales.

L'accès à cet étage est possible par un escalier à partir du rez-de-chaussée du bâtiment, et par un ascenseur.

Les chambres individuelles ont une superficie allant de 12,40 m² à 24,58 m² hors l'espace sanitaire séparé dont la surface est en moyenne de 4,50 m². Ce dernier comprend un WC à l'anglaise, une douche à l'italienne, un lavabo agrémenté d'un miroir. Chaque chambre est équipée d'un lit à une personne, d'une table de chevet, d'une chaise, d'une table et d'une armoire qui peut revêtir des grandeurs différentes, à une porte ou à deux portes, avec toujours un espace penderie et un autre à étagères. Les ouvertures des fenêtres et des volets sont, dans la journée, libres et gérées par les malades. La nuit, les volets sont bloqués par les personnels soignants en position fermée, à partir d'une commande centrale. Les fenêtres sont également bloquées en cas d'intempéries.

Les malades à proximité de leur tête de lit sont à même d'éclairer leur chambre, l'espace sanitaire, de baisser ou de monter les volets, de signaler leur présence dans leur chambre et de déclencher une alarme.

La chambre double, située au deuxième étage, a une superficie de 28,34 m² hors les sanitaires. Elle est meublée de la même façon que les chambres individuelles; l'unité de style et d'état des meubles n'est pas dans ce lieu comme dans les autres une donnée présente.

Pour les professionnels de l'unité, il n'existe pas de **chambre d'isolement**. Le statut d'isolé étant selon eux incompatible avec le maintien du malade au sein du service. Si le comportement du patient est trop agité, c'est l'USIP qui devient la structure adaptée; une mutation géographique est donc faite quand le comportement du malade l'exige. La chambre dite d'apaisement, adaptée ou de tranquillisation du pavillon obéit cependant aux agencements que l'on trouve d'une façon habituelle dans les chambres d'isolement, notamment l'existence d'un sas et la localisation des sanitaires dans un espace accessible à partir du sas et non de la chambre. Toute affectation dans ce lieu doit être précédée par ailleurs d'une prescription médicale et respectée une procédure qui est à l'identique de celle mise en œuvre à chaque fois qu'un patient est hospitalisé dans une chambre d'urgence.

Les espaces de vie collective

Ils sont tous situés au rez-de-chaussée du bâtiment et se déclinent de la façon suivante :

- une salle d'activités équipée de deux tables et sept chaises, d'un vélo d'appartement, et d'une chaîne HI-FI; c'est l'espace utilisé pour la pratique des jeux de société; elle comprend dans ses matériels également une table à repasser. Le fer à repasser est géré par les personnels soignants et confié aux patients en fonction de leur capacité d'autonomie;

- une salle de télévision meublée de neuf fauteuils, d'une télévision. C'est le lieu de passage pour accéder à partir du bâtiment à la cour. Une porte fenêtre permet ce cheminement;
- une salle d'ergothérapie équipée le jour de la visite, de deux tables, sept chaises, d'une armoire, d'un bureau et de matériaux très divers liés à la destination de la salle;
- un réfectoire, d'une surface de 38 m², meublé de six tables rondes et de quatre chaises par table;
- une salle utilisée par les fumeurs, la nuit, qui est meublée de huit fauteuils;
- le salon famille, équipé de cinq chaises, d'une table basse, d'un petit banc à deux places, d'un bureau et d'une chaise. Il est utilisé parfois par les infirmières pour réaliser des entretiens thérapeutiques. Ce même lieu est également celui du stockage des effets personnels des malades sortants;
- une cour bitumée de 800 m² ceint d'un grillage d'un mètre et vingt centimètres dotée d'une table de tennis de table, d'espaces arborés et végétalisés, de parasols, de deux bancs et de stores devant les vitres du réfectoire. Ce lieu équipé d'un cendrier et d'un banc est celui privilégié par les fumeurs en complément du banc situé sur le palier extérieur, couvert, de l'accès principal à l'unité.

Tous les espaces collectifs internes, hors un mobilier disparate, sont dotés de plantes vertes en nombre et d'une décoration murale qui laisse une grande place à des tableaux et autres lithographies.

Les espaces des professionnels

Le deuxième étage, pour partie, est un espace administratif décrit *supra*. Le rez-de-chaussée accueille pour ce qui le concerne :

- le bureau du cadre de santé ;
- la salle de repos et de réunion des personnels dont le mobilier peut être qualifié d'hétéroclite;
- le bureau des personnels infirmiers qui est aussi la salle de transmission;
- les salles de préparation des traitements, de soins et de délivrance des médicaments;
- une salle de décontamination;
- un bureau médical équipé d'un bureau, d'un fauteuil, de deux chaises, d'un appareil informatique et d'une alcôve dotée d'une table d'examen;
- un second bureau médical à l'agencement plus modeste, puisque meublé d'un bureau, d'un fauteuil et d'une chaise;
- une salle de bains à des fins thérapeutiques, peu utilisée selon les interlocuteurs rencontrés, qui est aussi le lieu de séchage du linge des

patients qui utilisent l'espace buanderie équipée d'une machine à laver qui est mis à leur disposition;

- l'office qui permet de gérer le réchauffement de la restauration livré selon le principe de la liaison froide.

4.1.2.5 Les personnels

Les effectifs des personnels affectés à l'unité sont les suivants :

- un médecin psychiatre, chef de service et de secteur, présent au sein de celui-ci trois demi-journées par semaine et deux autres psychiatres au temps de présence équivalent soit pour chacun trois demi-journées par semaine. Selon les personnes rencontrées, ces temps de présence cumulés permettent des entretiens réguliers avec les patients;
- un cadre de santé présent de huit heures à seize heures en semaine;
- quinze infirmiers dont deux hommes ; ils travaillent sur un rythme de douze heures, trois le jour et deux la nuit ; douze alternent les services de nuit et de jour, un ne fait que des nuits, deux ne font que des services en journée. Pour autoriser les passages de consignes entre les périodes de jour et celles de nuit, les horaires de journée sont de huit heures à vingt heures pour deux et sept heures trente/dix-neuf heures trente pour un; les personnels de nuit font vingt heures/huit heures pour l'un et dix-neuf heures trente/sept heures trente pour l'autre;
- cinq aides soignants, un homme et quatre femmes, dont un a pour activité unique l'accompagnement des patients lors des sorties dites accompagnées ; Il travaille en journée du lundi au vendredi de neuf heures à dix-sept heures. Les autres exercent en service de jour, deux par journées, l'un sur un temps horaire de douze heures, l'autre de sept heures à quinze heures, pour ce dernier uniquement les jours de semaine;
- un temps de 1,80 ETP d'agent de services hospitaliers (ASH);
- deux assistantes sociales affectées sur l'ensemble du secteur B ;
- une ergothérapeute.

Une réunion de synthèse est organisée toutes les semaines, le mardi après-midi ; elle a pour objet de faire le point sur la situation de chacun des patients du service. Cette séance de travail réunit les médecins, les aides-soignants, les infirmiers, le cadre de santé, la psychomotricienne, l'ergothérapeute, l'assistante sociale.

Environ trois fois dans l'année, il est tenu une réunion d'équipe dont l'objet est l'organisation du service.

Des réunions plus spécifiques existent également à l'exemple de celles qui ont pour thématique l'évaluation d'une pratique professionnelle (EPP), « la gestion des mesures restrictives de liberté ». Une mise à jour du descriptif de cette EPP a été communiquée aux contrôleurs. Elle est datée du 30 mai 2011. Le plan d'action des six mois à venir avait pour

critère, l'argumentation de la mise en place de mesures restrictives de liberté, sorties, téléphone, visite, effets personnels accessibles et l'information du patient de ces mesures.

Un temps de supervision est également organisé une fois par mois. Il est animé par un psychologue et a pour base l'étude d'une situation spécifique d'un patient du service. Il est vécu comme trop rigidifié dans son organisation temporelle ; il ne s'agit pas d'un véritable temps de régulation de l'équipe qui serait peu présente lors ces séances de travail.

La pratique des entretiens infirmiers est indiquée comme une réalité. Ceux-ci ont lieu à la demande des médecins, et à l'initiative des infirmiers, pour répondre à une sollicitation des malades ou pour faire suite à une observation des professionnels concernés qui perçoivent une difficulté chez le malade. A l'occasion des entretiens des médecins avec les malades, un infirmier serait toujours présent.

Il a été constaté que les personnels ne portaient pas les alarmes portatives individuelles qui étaient à leur disposition dans l'unité. Le caractère obsolète de celles-ci a été l'explication recueillie ainsi que la dotation imminente d'un matériel plus fiable et fonctionnel.

Le personnel a été présenté comme fidélisé sur son service.

4.1.2.6 Les règles de vie

Les patients à la période du contrôle étaient au nombre de vingt-quatre. Deux hommes étaient hospitalisés en ASPDRE, quatre femmes en ASPDT, quatre hommes en ASPDT. Le patient le plus âgé avait soixante-dix-sept ans, le plus jeune vingt-cinq ans. La durée d'hospitalisation la plus longue sous une des formes contraintes était d'une année et demie. La durée la plus longue d'hospitalisation en soins libres était de deux années.

Les soins somatiques ne bénéficient pas de la présence d'un médecin généraliste. La proximité de la structure de médecine somatique et du service d'urgence permet de pallier à ce manque. Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise qu'« un médecin généraliste a été recruté en janvier 2012 ».

Un projet médical écrit, non daté, de l'unité d'admission du secteur B a été communiqué aux contrôleurs. Il articule la prise en charge du patient autour de quatre temps : l'admission, l'observation, le traitement et l'accompagnement. Dans ce document, il est mis en exergue le nécessaire travail en commun des personnels soignants et l'importance d'un accompagnement différencié pour conduire à un retour adapté à la vie en société.

Le service fonctionne d'une façon ouverte depuis le 1^{er} novembre 2010. Le bâtiment est ouvert de neuf heures-trente à dix-neuf heures. La porte donnant accès à la cour ainsi que les fenêtres sont ouvertes de huit heures à vingt-deux heures. Cette liberté d'aller et venir ne s'est traduite par aucune fugue dans l'année écoulée.

La gestion du tabac est laissée à l'appréciation des fumeurs. Il est interdit de fumer dans les chambres et dans le bâtiment. La nuit après la fermeture de toutes les portes d'accès à l'extérieur, les fumeurs peuvent utiliser une salle fumeur située au rez-de-chaussée.

Les visites sont autorisées sauf exception, les après midi de quatorze heures à dix-neuf heures. Les appels téléphoniques personnels sont possibles. Un point-phone à carte est

installé au sein du service sur le palier qui conduit à l'étage. Un téléphone sur lequel peuvent être guidés les appels transitant par la ligne administrative est également disponible dans le couloir de circulation du bâtiment. Il est posé sur une table dans cet espace. Dans l'un et l'autre cas, l'intimité des communications ne paraît pas être préservée.

Les sorties des malades, en dehors du service et dans l'enceinte de l'hôpital obéissent à des prescriptions médicales individualisées. Les vingt-trois patients présents le dernier jour du contrôle bénéficiaient tous d'une autorisation de sortie: douze d'une manière libre dont un sans limitation spatiale, onze en sorties accompagnées. Pour ce qui est des sorties hors de l'enceinte de l'hôpital, la prescription médicale est également la règle. Cette faculté de circulation est largement utilisée par les malades, le constat en a été fait par les contrôleurs. Il peut être rappelé également que dans l'organisation du service des soignants, un membre du personnel est spécifiquement affecté aux accompagnements des malades qui ne peuvent sortir que sous cette condition, dans le périmètre de l'hôpital ou hors celui-ci. Il a été également porté à notre connaissance qu'il était organisé une fois par semaine des journées de sorties thérapeutiques en groupe. Des séjours du même qualificatif ne sont pas initiés, la durée moyenne de présence des patients ne le permettant pas.

4.1.3 L'unité de réhabilitation psychiatrique (URP)

Gérard de Nerval est le nom qui a été donné au pavillon qui accueille l'unité de réadaptation psychiatrique de l'hôpital du Couserans.

4.1.3.1 Les locaux

L'architecture du bâtiment est celle d'une barre qui comprend un sous-sol, un rez-de-chaussée et un étage.

Au sous sol sont situés la bagagerie, des locaux techniques et les espaces de stockage du linge administratif, propre et sale.

Au rez-de-chaussée, sont disposés douze chambres, les espaces de vie collective et les lieux d'exercice professionnel des personnels.

Au premier étage, coupé en son milieu par une terrasse non accessible aux personnes, il existe d'un côté huit chambres, l'autre est réservé à des salles de formation continue des personnels de l'hôpital.

Les chambres sont toutes individuelles. Leurs superficies représentent entre 12 et 15 m². Elles sont dotées de sanitaires privatifs d'une surface moyenne de 3,60 m². Le mobilier de la chambre comprend un lit de 90 cm sur 190 cm, une table de chevet, un plan en bois accolé et fixé au mur dans un des angles de la pièce, une armoire murale. Selon les chambres cette armoire peut revêtir des dimensions très variables. Elle possède toujours un espace penderie sur un côté et sur l'autre des étagères. L'ouverture des portes de ces placards muraux est coulissante. Les chambres peuvent être agrémentées d'objets personnels à la demande des patients.

Les malades à proximité de leur tête de lit sont à même d'éclairer leur chambre, l'espace sanitaire, de baisser ou de monter les volets, de signaler leur présence dans la chambre et de déclencher une alarme. L'éclairage artificiel revêt la forme de tube de néon et de spots selon la luminosité dont veut bénéficier l'occupant des lieux. La gestion de

l'ouverture et de la fermeture des volets est le fait des patients de jour comme de nuit. Il n'existe pas de système centralisé qui pourrait offrir une action dans un sens ou dans l'autre aux personnels soignants.

La luminosité naturelle des espaces sanitaires est très dépendante de la localisation des chambres dans l'unité. Certains disposent de fenêtres d'autres en sont dépourvues. Ces lieux comportent une douche à l'italienne, un WC et un lavabo muni d'un miroir.

Pour les personnels rencontrés comme dans d'autres unités, l'appellation **chambre d'isolement** n'est pas employée au sein du pavillon visité. Il est fait état d'une chambre de tranquillisation alors même que dans son organisation spatiale la pièce en question répond aux normes généralement en vigueur dans une chambre d'isolement. La présence d'un sas, l'accessibilité à l'espace sanitaire à partir de celui-ci et non de la chambre, une commande des volets et de la lumière à partir du sas, la porte donnant sur le sas et celle donnant dans la chambre équipées d'un hublot sont autant de signes d'un agencement normé d'une structure d'isolement. Le mobilier est par contre constitué d'un lit en bois de conception classique ; il a la particularité de n'être pas scellé au sol. Il a été confirmé aux contrôleurs que l'utilisation de cette chambre ne s'inscrivait pas dans une démarche classique de mise à l'isolement, cependant la procédure d'occupation de ce lieu obéit à une prescription médicale et se traduit par un contrôle accentué de l'état du patient avec un souci de traçabilité des observations effectuées. Cette pièce ne serait utilisée que sur des durées ne dépassant pas quelques heures. Lorsqu'il se pose des problématiques d'accueil de malades dans tous les services, elle peut être utilisée comme une chambre classique.

Les espaces de vie collective présents dans l'unité sont les suivants :

- un atelier vidéo qui à l'exemple des autres activités qui se déroulent dans le bâtiment est animé par le personnel soignant. L'activité consiste au visionnage d'un film avec un échange commun à la suite de celui-ci. Le mobilier de cette pièce est d'origine diverse en termes de style, d'état et d'époque. Il est à l'image de l'ensemble des meubles que l'on peut rencontrer au sein du bâtiment quelque soit les lieux visités. Cet espace sert également de salle de réunion pour les personnels lors des séances institutionnelles de travail qui peuvent être organisées;
- une salle d'ergothérapie;
- un atelier cuisine qui permet à un ou des patients de réaliser un plat. Précédemment en compagnie d'un personnel soignant, le malade aura été effectué en ville les achats nécessaires à la réalisation de son souhait culinaire;
- un atelier blanchissement qui a pour objectif de travailler avec les malades leur autonomie dans la gestion de leur linge personnel. Chaque patient a un jour de lavage par semaine. Cette pièce est notamment équipée d'une machine à laver et dispose d'une porte fenêtre permettant un accès direct à la cour extérieure;
- une salle de télévision, dite de jour, meublée de neuf fauteuils disparates et d'un poste de télévision;

- une salle ouverte la nuit, équipée également d'une télévision, qui est l'espace fumeur en période nocturne. Cet espace hors une télévision, six fauteuils et des plantes vertes dispose d'une boîte métallique rectangulaire posée à même le sol, elle sert de cendrier;
- une salle à manger équipée d'un mobilier non coordonné composé de six tables et quatre chaises autour de chacune d'entre elles. Des repas thérapeutiques sont mis en place ; régulièrement deux soignants mangent avec les patients à midi, plus épisodiquement le soir. Les patients ne sont pas libres de leur positionnement. Celui-ci est imposé en fonction des capacités relationnelles de chacun avec les autres. Du réfectoire une porte fenêtre permet d'accéder à la cour extérieure;
- une salle d'accueil des familles meublée de trois tabourets en bois, d'une table des mêmes matériaux et d'un canapé qui n'est plus de la première jeunesse. Les meubles en bois sont des productions locales d'un temps déjà éloigné. Dans ce lieu est également installé le *point-phone* à carte à disposition des patients;
- la cour de promenade extérieure n'est pas close, elle est bitumée et a une forme de croissant de lune. Elle possède en sa périmétrie pour la délimiter des haies végétales et des bacs à fleurs. Une table de tennis de table, des étendoirs mobiles à linge, du mobilier de jardin, deux parasols pendulaires, un grand store au niveau de la salle de vie, le réfectoire, sont les éléments mobiliers de cet espace.

Toutes ces locaux sont fermés et ne sont accessibles qu'avec un accompagnement d'un membre de l'équipe soignant, à l'exception de la salle de télévision et de la salle à manger. La cour extérieure est également en accès libre.

Les espaces des professionnels comportent les éléments suivants :

- Le bureau de la cadre de santé;
- la salle de repos, équipée de meubles de récupération, est dotée d'un réfrigérateur, d'un four à micro-onde, de fauteuils, de chaises et d'une table;
- le bureau des personnels infirmiers qui est aussi la salle de transmission;
- les salles de préparation des traitements, de soins et de délivrance des médicaments;
- un vestiaire des personnels;
- une salle de bain encombrée d'objets divers lors de la visite mais qui à terme devrait être transformée en salle de bain « esthétique » pour travailler avec les malades sur l'estime de soi;
- l'office qui permet de gérer le réchauffement de la restauration livrée selon le principe de la liaison froide;
- un bureau médical;

- le bureau de la psychologue.

4.1.3.2 Les personnels

L'organisation du temps de travail des personnels est le suivant :

- une psychiatre partage son activité entre l'USIP et le secteur de réadaptation. Elle passe tous les jours de la semaine dans le service pour effectuer des consultations ou animer des réunions;
- une cadre de santé est présente à mi-temps, l'autre mi-temps est effectué à l'hôpital de jour;
- des personnels infirmiers, deux le jour, un la nuit sont présents en service de douze heures. L'équipe de nuit n'est pas fixe même si deux infirmiers ne font que des services de jour;
- deux aides-soignants sont présentes le jour en service de douze heures et un en service de nuit;
- un ASH est présent en journée selon un volume horaire de huit heures;
- les soins somatiques sont assurés par un médecin en cours de formation ;
- une psychologue travaille au sein de l'unité deux journées par semaine;
- une assistante sociale rencontre d'une façon ponctuelle les patients;
- pour ce qui est de l'ergothérapeute, son action se déroule en dehors de l'espace spatial du service.

Une réunion de synthèse est organisée toutes les semaines, le vendredi matin. Elle a pour objet un échange autour de chacun des patients. Une séance de travail dite de fonctionnement est tenue une fois par mois le jeudi ; elle regroupe toute l'équipe. Les cadres de santé sont pour ce qui les concerne réunis une fois par mois par le responsable du pôle et tous les quinze jours par le cadre supérieur.

Les infirmiers dans la prise en charge des patients font des entretiens thérapeutiques sur prescription du médecin, et de leur propre initiative pour répondre positivement à une sollicitation d'un malade ou pour travailler sur une situation qu'ils ont perçue comme problématique.

Une fois tous les trois mois un médecin de Toulouse, pédopsychiatre, vient assurer une séance de supervision qui a pour base la situation clinique d'un des patients du service. Il n'apparaît pas que le travail effectué ressort de la régulation d'équipe. Il ne satisfait pas une partie des personnels rencontrés qui sont demandeurs d'une action de supervision plus classique et plus fréquente.

Hors le cadre de santé, les personnels n'ont pas accès à internet; des informations recueillies, il semble que cette restriction date de l'année 2005.

Le projet de service remis aux contrôleurs date de l'année 2007. Il comporte comme rubrique un historique, le projet médical, le projet de soins, et les critères d'évaluation qualité.

4.1.3.3 Les règles de vie

Le jour du contrôle vingt malades étaient présents dans le service, treize hommes et sept femmes. Le plus âgé des patients avait cinquante-huit ans, le plus jeune, vingt-et-un ans. Trois personnes étaient hospitalisées sous la forme d'une ASPDT, aucune sous le régime de l'ASPDRE. L'hospitalisation libre la plus longue avait débuté en 1990 et pour l'hospitalisation sous contrainte en 2010.

Le public soigné est celui de malades au long cours qui proviennent d'autres unités de l'hôpital. Aucune entrée directe n'est effectuée. Les personnels soignants de ces unités, dans le cadre de la procédure d'admission, présentent le cas du patient ; ce temps est appelé la réunion de présentation. Une commission d'admission se réunit par la suite. Elle est composée du médecin responsable du service, du psychologue, de l'assistante sociale, du cadre de santé, des infirmiers et des aides-soignants. Une grille de critères d'admission a été communiquée aux contrôleurs. Elle comprend les items suivants : toilette, continence, habillement, alimentation, soins, occupations, orientation, socialisation, comportement, humeur, sécurité, et contact avec la réalité. Pour chacun de ces critères une échelle de un à cinq sert de curseur quant aux capacités du patient.

Le jour du contrôle aucun patient n'était dans l'attente d'une place au sein de l'unité.

Lors de l'arrivée dans le service, il est remis à l'arrivant, un document qui indique les règles de vie de l'unité dont les principales sont énoncées ci-dessous :

- le droit commun s'applique pour ce qui a trait aux violences, aux produits toxiques, à l'alcool et au tabac. Pour ce dernier, il est rappelé que fumer dans le bâtiment notamment dans les chambres est interdit. La cour extérieure est le lieu préconisé pour le faire le jour, la nuit une salle fumeur est ouverte à l'intérieur de l'unité, en fait de vingt heures à dix heures soit la période temporelle pendant laquelle le bâtiment est fermé. La gestion du tabac relève de l'autonomie du patient. Dans la pratique, pour un tiers d'entre eux les soignants sont tenus à une gestion contrainte qui a vocation à s'atténuer au fil du temps lorsque le malade a appris à gérer lui-même son addiction. En période estivale, la fermeture du bâtiment est effectuée plus tardivement vers vingt et une heures trente;
- pour les objets de valeur, les patients sont invités à les déposer auprès du régisseur du CHAC. Au quotidien pour ce qui a trait aux numéraires, l'équipe soignante les conserve dans une enveloppe nominative qui comprend sur une de ses faces, les indications suivantes : la date, l'avoir, les dépenses, le solde. La détention dans les chambres de toute valeur est interdite pour éviter les vols;
- les malades sont informés qu'ils seront détenteurs de la clé de leur chambre et que l'entretien de celle-ci ne doit pas leur être étranger. Dans cet espace, il leur est interdit de posséder un appareil électroménager ainsi que de la nourriture. La détention d'un poste de télévision, ce qui était le cas de sept malades le jour de la visite, est possible ainsi que celle d'une console, d'une radio ou d'un ordinateur. La question de l'accès libre aux chambres fait débat. Il était envisagé de le limiter dans les semaines suivant la visite, les malades ayant

tendance à s'y réfugier. Des informations recueillies, un retrait des clés en fin de matinée et en fin d'après midi est envisagé pour dynamiser la vie sociale et accentuer le taux de participations aux activités;

- les visites sont rares ; trois malades parmi les présents sont visités. Elles sont possibles tous les jours de huit heures à vingt heures. Parmi les personnes visitées, l'une l'est toutes les semaines, une deuxième tous les quinze jours et la troisième deux fois par an. Les communications téléphoniques sont possibles à partir du *point- phone* qui est installé dans la salle d'accueil des familles. 2/3 des patients sont détenteurs d'un portable qu'ils sont libres d'utiliser. Les communications par la ligne téléphonique du service sont également possibles;
- la gestion des sorties de l'unité se fait toujours à partir d'une prescription médicale. L'autorisation de sortie libre dans le parc et vers la cafétéria est la règle. C'était le cas de tous les patients lors de la période de contrôle à l'exception de l'un d'entre eux dont les horaires de sortie étaient limités. Pour les sorties extérieures de toute nature, l'individualisation de la prescription médicale est plus accentuée. Il est organisé plusieurs sorties collectives à la journée, et, tous les ans, un séjour thérapeutique.
- Tous les quinze jours, une réunion soignants-soignés est tenue. Elle a pour objet les règles de vie, leur respect, leur évolution. C'est aussi un moment d'échanges à propos des souhaits des malades en terme de destination et de contenu des sorties.
- Le rapport d'activité de l'année 2010 de l'unité fait ressortir les éléments suivants : quinze patients ont quitté le service dans l'année, dont deux pour un retour dans une unité d'adaptation et un vers l'USIP. Les autres sorties sont d'une nature diverse, par exemple, le retour au domicile pour trois, le placement dans une maison de retraite pour l'un, le placement dans une famille d'accueil pour un autre et, pour quatre, dans une maison Relais.

4.1.4 L'unité intersectorielle de psycho gériatrie (UPG)

Un pavillon accueille des patients de psycho gériatrie de l'ensemble du département.

Il s'agit de patients adressés directement à l'UPG sans passage par les unités d'admissions du secteur psychiatrie.

Quasiment tous les entrants arrivent soit de leur domicile, soit d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le médecin responsable de l'unité rappelle que l'objectif de la prise en charge « n'est pas que les patients prennent des repères dans le service, il faut trouver aux patients des services d'aval et les garder si possible là où ils sont, c'est-à-dire reconnaître que l'hôpital n'est pas un lieu de vie pour personnes et encore moins pour les personnes âgées ».

Sur la base de ces objectifs, la durée moyenne de séjour est de trente-trois jours, les admissions se situant entre 120 et 150 par an.

Les contrôleurs ont examiné le cahier entrées-sorties qui traduit cette orientation du service :

- deux patients résidant dans leur domicile, sont sur liste d'attente, l'un depuis le 13 octobre 2011, l'autre depuis le 17 octobre 2011 ;
- les dernières sorties ont concerné :
 - un patient entré le 26 juillet 2011 et sorti le 17 octobre 2011 ;
 - un patient entré le 4 août 2011 et sorti le 29 septembre 2011 ;
 - un patient entré le 11 mai 2011 et sorti le 28 septembre 2011 ;
 - un patient entré le 29 août 2011 et sorti le 23 septembre 2011 ;
 - un patient entré le 23 août 2011 et sorti le 22 septembre 2011.

Aux fins de mettre en œuvre cette orientation, l'unité a :

- constitué une équipe mobile de psycho-gériatrie de deux infirmières, l'une affectée sur la basse Ariège, l'autre sur le Couserans, lesquelles sont chargées d'établir les contacts avec l'EHPAD et les CMP ;
- passé convention avec l'ensemble des EHPAD ;
- mis en place à titre expérimental de la télémédecine sur le pays de Couserans.

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation des effectifs des patients est la suivante :

- nombre de lits : quatorze ;
- aucune chambre d'isolement ;
- nombre de patients hospitalisés : quatorze répartis en cinq hommes et neuf femmes ;
- nombre de patients ASPDRE : zéro ;
- nombre de patients ASPDT : deux répartis en un homme et une femme ;
- durée la plus longue d'hospitalisation : treize mois ;
- durée la plus longue d'hospitalisation en ASPDT : quatre-vingt jours ;
- le patient le plus âgé a quatre-vingt-sept ans, le plus jeune soixante-dix ans.

4.1.4.1 Les locaux :

Les locaux d'hospitalisation et les locaux communs se situent en rez-de-chaussée. Les bureaux des praticiens hospitaliers, des infirmiers de l'équipe mobile de psycho gériatrie, du secrétariat, se trouvent au premier étage.

Les locaux communs :

Ils se situent au centre de l'unité et comprennent côté cour :

- une salle de visite des familles (30,30 m²) équipée de trois tables rondes, neuf fauteuils, un placard, deux plantes grasses, une peinture de 2,50 m sur 1,50

m sur un mur. Le jour de la visite des contrôleurs, une patiente en fauteuil roulant recevait ses enfants ; les familles peuvent, moyennant l'acquisition d'un ticket repas, déjeuner avec le patient ;

- une salle de télévision climatisée (30,50 m²) équipée de six fauteuils, deux chaises, un placard avec des jeux de société, des étagères avec des livres ; le jour de la visite des contrôleurs, trois patients regardent la télévision ;
- une deuxième salle de télévision (22,50 m²) équipée de quatre fauteuils, trois chaises, un placard avec des jeux consacrés aux activités manuelles ;
- une salle de repos du personnel (23,30 m²) ;
- une salle à manger climatisée (62,4 m²) comprenant deux parties identiques avec au total six tables rondes de quatre personnes, douze chaises, un poste de radio ; les deux portes d'accès mesurent 1,40 m de large ; certains patients se rendent à cette salle à manger soit en fauteuil roulant, soit en déambulateur ; le jour de la visite, deux patients sont en fauteuil roulant, deux en déambulateur.

Le menu du jour pour le déjeuner comportait betteraves, sauté de dinde, pâtes, raisin et le menu du dîner consistait en potage, bœuf, épinards, fromage. Ce jour là étaient distribués douze menus normaux, un menu diabétique, un menu diabétique mouliné.

Le petit déjeuner est servi à 9h, le déjeuner à 12h, le goûter à 16h, le dîner à 19h ;

- un local (27,50 m²) pour le stockage du matériel médical.
- Les locaux communs situés côté entrée comprennent :
 - un local linge sale (11,70 m²) ;
 - un local de stockage (27,80 m²) ;
 - un bureau de cadre (11,40 m²) ;
 - un bureau médical (11,30m²) ;
 - une salle de soins (20,80 m²) ;
 - un bureau soignant (20,80 m²) avec les dossiers médicaux ;
 - un local toilettes des patients (11,8 m²) comprenant dans une première partie un WC, un lavabo et dans la deuxième partie un WC avec des barrières d'appui et une douchette ; la porte d'entrée dans ce local mesure 0,85 m de large et est difficilement franchissable par des patients en fauteuil roulant ;
 - l'office (30,8 m²) pour la cuisine comprenant un réfrigérateur, un matériel de remise en température, un micro ondes, un lave vaisselle, deux bacs vaisselles, une fontaine à eau ; les repas sont livrés par la cuisine centrale de l'établissement ;
 - un local pour stockage (11,50 m²) ;

- une salle de bains pour les patients (14,30 m²) avec à son côté un WC dans un espace de 1,30 m² ; cette salle de bains comprend un lavabo, une douche à l'italienne avec barre d'appui et un fauteuil douche ; celle-ci est utilisée par les deux patients de la chambre numéro 6 qui n'est pas dotée d'une salle de bains individuelle ; elle peut également servir de salon de coiffure car deux personnels aide soignants ont fait une formation coiffure.

Les chambres :

Elles se trouvent dans chacune des extrémités de l'aile.

Les chambres à deux lits sont au nombre de cinq :

- quatre chambres à deux lits disposent d'un cabinet de toilette ; leur superficie varie entre 21,40 m² et 22,20 m², il convient d'y ajouter le cabinet de toilette dont la superficie varie entre 4,80 m² et 5,50 m² ; l'équipement de la chambre comprend deux lits avec chacun une table de chevet, deux chaises, une table de 0,70 m sur 0,50 m et deux placards de 1 m de large, 2 m de haut, 0,70 m de profondeur avec un espace penderie de 0,60 m de large sur 1,50 m de haut et cinq étagères ; le sanitaire dont l'entrée mesure 0,85 m de large, comprend une douche à l'italienne avec barre d'appui, un fauteuil douche plastique, un WC faïence avec barre d'appui et douchette pour le nettoyage, un lavabo eau chaude et froide, un miroir avec luminaire et un système de ventilation mécanique ;
- une chambre à deux lits (22,20 m²) sans cabinet de toilette ; celle-ci est située en face de la salle de bains réservée aux pensionnaires ; seules ces deux personnes utilisent la salle de bains ;

Les chambres à un lit sont au nombre de cinq. Elles disposent toutes d'un cabinet de toilette ; leur superficie varie entre 17,50 m² et 18 m² ; il convient d'y ajouter le cabinet de toilette dont la superficie varie entre 4,70 m² et 4,80 m² ; l'équipement est identique à celui des chambres à deux lits ainsi que le sanitaire.

Cinq lits sont « proclive-déclive », les autres ne sont pas mécanisés.

Sur la porte côté chambre sont affichés la charte de la personne hospitalisée ainsi qu'un organigramme du service avec le tarif de l'hospitalisation mais cela datant de 2009.

Les chambres ne sont équipées ni de télévision, ni de sonnette d'alarme.

Le chauffage est à air pulsé ; d'une part, les fenêtres se ferment mal, certaines chambres sont plutôt froides ; d'autre part, ce système est bruyant.

L'unité n'a pas été réaménagée depuis 1991 ; un projet de restauration existe mais sa réalisation est conditionnée par la mise en œuvre d'une « opération tiroir », laquelle est en programmation.

4.1.4.2 Le personnel :

Le personnel médical comprend un praticien hospitalier plein temps psychiatre ayant une compétence de somaticien ; le poste de gériatre est actuellement vacant, il est à pourvoir.

Le personnel paramédical assure des roulements de douze heures :

Du lundi au vendredi deux infirmières et deux aides- soignantes sont présentes en journée ; l'horaire de chacune de ces catégories est 7h30-19h30 et 8h-20h ; un agent de service hospitalier est présent tous les jours de la semaine de 7h à 15h.

La nuit, sont présentes une infirmière et une aide- soignante de 19h45 à 7h45.

Les samedis, dimanches et jours fériés, sont présentes une infirmière de 7h45 à 20h et deux aides-soignantes l'une de 7h30 à 19h30, l'autre de 7h45 à 20h.

Le renouvellement du personnel est assez rapide ce qui amène la présence de jeunes agents ; en septembre 2010 six agents ont quitté le service.

4.1.4.3 Les règles de vie :

Les chambres sont fermées la journée après les toilettes du matin et jusqu'au repas du soir ; éventuellement, il est autorisé très ponctuellement de pouvoir faire une sieste. Les patients sont en tenue de ville.

Le jour de la visite des contrôleurs, six patients étaient sous contention la nuit au lit et un en contention au fauteuil le jour et ce après le remplissage d'une fiche d'évaluation des risques de chutes et après qu'une fiche de prescription médicale d'une contention physique ait été remplie par le médecin ; la contention peut être réalisée en urgence la nuit par un personnel soignant mais elle doit être validée le lendemain par le médecin.

Les visites sont possibles de 14h à 18h ; le courrier est distribué par les agents ; l'appel au téléphone est réalisable dans la salle de soins ; il a été cité le cas d'un patient de soixante-dix à qui il a été laissé son téléphone portable.

Deux patients demandeurs peuvent fumer à l'extérieur dans la cour de promenade.

Le linge plat est fourni par l'établissement, un stock étant disponible dans chaque armoire de chambre ; les contrôleurs ont constaté que dans l'une des chambres étaient disponibles douze draps, quatre traversins, deux taies d'oreiller, une couverture, un dessus de lit, quatre blouses de nuit, des serviettes, des gants de toilette, des couches jetables pour la nuit et pour le jour.

Le linge personnel est entretenu par les familles car des critiques ont été effectuées par celles-ci sur son entretien par la blanchisserie de l'établissement.

L'unité dispose d'un stock de linge personnel qui peut éventuellement être distribué gratuitement aux patients sans ressources.

L'unité a mis en place un accord avec une blanchisserie privée extérieure qui récupère le linge personnel le vendredi soir et le ramène moyennant paiement le samedi matin.

Les personnes sans ressources peuvent se voir attribuer une aide par la société d'entraide des malades.

Les patients peuvent se rendre dans la cour de promenade à la demande ; l'accès à la cour se fait soit par la salle à manger, soit par la salle de télévision ; il existe une rampe handicapée. La cour mesure 600 m², elle est goudronnée sauf sur une partie de 30 m² ; côté bâtiment elle est équipée de stores, elle est entourée d'une grillage séparatif de 1,50 m de

haut avec une haie de palmes ; sept arbres sont dans la cour ; elle est équipée de trois bancs, deux salons de jardin, vingt chaises, deux pots de fleurs. Il a été indiqué aux contrôleurs que le dimanche 16 octobre 2011, tous les patients sont sortis dans la cour et ont déjeuné sur des tables de jardin.

En général les patients ne veulent pas sortir de l'unité dans laquelle ils pratiquent quelques jeux de société et depuis récemment une activité de collage ; ils lisent, pour certains, le journal local ; au mois de juin 2011 deux sorties ont été organisées vers la salle des fêtes de l'établissement, il n'a pas été organisé de sorties à l'extérieur de l'établissement.

4.2 Le cas particulier de la pédopsychiatrie

Une unité de psychiatrie infanto-juvénile est implantée au sein de l'hôpital, dans le bâtiment appelé «Esquirol». Elle est en capacité d'accueillir sept enfants. Le jour de la visite, aucun des présents ne l'était sous la forme d'une hospitalisation contrainte, au sens des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou d'un représentant de l'Etat. Les personnels rencontrés ont cependant indiqué que les mineurs qui se succédaient dans le service ne pouvaient être considérés comme en situation d'hospitalisation libre, puisque que leur hospitalisation était sollicitée par une tierce personne, le détenteur de l'autorité parentale, parents ou représentants légaux.

4.2.1 Les locaux

L'unité infanto-juvénile est installée au rez-de-chaussée du bâtiment sur une superficie globale de 860 m². La partie hébergement a fait l'objet d'une réfection, ce qui n'a pas été le cas de celle consacrée à la vie collective. L'architecture intérieure, un long couloir sur lequel s'ouvrent, de part et d'autre, les chambres ou les espaces collectifs, est ressentie comme oppressante et insécurisante par les personnels rencontrés.

Les salles collectives sont :

- une pièce de jeux dans laquelle on trouve un baby-foot, une table de tennis de table, un flipper, une salle multimédia équipée d'un ordinateur, de deux postes de télévision, d'une console de jeux-vidéo, de jeux de société, de trois tables, de quatre chaises et quatre fauteuils de salon en mousse recouvert de plastique coloré ;
- une salle de billard dans laquelle est disposé également un vélo d'appartement ;
- un espace destiné à être utilisé pour des actions d'ergothérapie ou de psychomotricité équipé pour grande partie de matériels utilisables pour les premières ;
- une salle de télévision à l'équipement mobilier usagé notamment un canapé à l'état très dégradé ;
- un réfectoire dont l'agencement mobilier autorise une prise des repas autour de plusieurs tables accolées en un seul bloc. Les soignants y ont l'habitude de déjeuner et dîner avec les patients. Les temps de repas sont qualifiés de temps thérapeutique.

Le caractère hétéroclite du mobilier est une donnée également présente dans les chambres. Celles-ci sont des espaces individuels avec la partie sanitaire séparée de la

chambre proprement dite. Leur superficie va de 22 m² à 30 m². La réfection faite, donne à ces lieux un aspect satisfaisant avec notamment des fenêtres sécurisées pour ce qui est de la nature du vitrage. Ce n'est pas le cas pour les fenêtres de l'ensemble des espaces collectifs, ce qui peut présenter un risque de mise en danger non négligeable en cas de crise de l'un des patients pour lui-même ou pour les autres.

La cour avoisinant le bâtiment d'une surface de 500 m² est accessible à partir du réfectoire, de la salle de télévision et de la salle d'activités, par le franchissement de portes-fenêtres.

Ce lieu extérieur est ceint d'un grillage d'une hauteur de deux mètres, lui-même doté sur toute sa hauteur d'un filet protecteur vert destiné à atténuer la vue entre l'extérieur et l'intérieur. La cour est engazonnée, arborée et équipée de deux portiques de jeux d'une nature identique à ceux que l'on peut voir dans des espaces publics destinés aux enfants. Sous ces portiques, le sol a été équipé de plaques en plastique ayant pour objet d'atténuer les effets des chutes lors de l'utilisation des différents appareils qui constituent les portiques, balançoire, barre fixe, pont de singe, toboggan..... Un panneau de basket a également été installé à proximité des espaces de jeux évoqués ci-dessus, le sol l'entourant étant adapté à la pratique de ce sport.

Dans le bâtiment deux pièces ont été plus particulièrement visitées par les contrôleurs, la pièce dite d'apaisement et celle utilisée quand la mise en contention d'un patient se révèle nécessaire. La première est un lieu investi à la demande des malades et/ou des soignants quand un patient traverse une situation de crise. C'est une pièce qui a pour seul mobilier, un matelas de 140 cm sur 190 cm recouvert d'une housse de plastique colorée et d'une couette elle-même protégée d'une housse aux couleurs chamarrées. Deux portes d'accès sont pleines et dépourvues de visibilité de l'extérieur; les soignants présents espèrent l'installation d'un hublot sur l'une d'entre elles pour permettre une surveillance extérieure lorsque les portes sont fermées. Par souci de protection du malade, l'interrupteur électrique présent dans ce lieu a été incrusté dans le mur. Cette pièce a été indiquée comme fréquemment utilisée pour gérer dans un contexte apaisé des situations difficiles. Les malades allongés sur le matelas, s'entourent par exemple dans la couette pour gérer l'angoisse qui peut être la leur en ces moments. Le personnel ferme rarement la porte, en tout état de cause, il reste à toute proximité de cet espace pour écouter, répondre, communiquer avec l'enfant en crise.

Le second lieu, celui de la chambre qui est utilisée lors d'une mise en contention, se différencie des autres chambres par un mobilier restreint, un lit médicalisé non scellé au sol et une armoire ne possédant plus de portes parce que celles-ci n'ont pas été changées après une détérioration commise par un patient. Le recours à la contention toujours sur prescription médicale n'est pas exceptionnel même s'il est présenté comme rare. Il a été communiqué aux contrôleurs, la fiche de surveillance de la dernière mise en contention qui datait du vendredi 14 octobre. La lecture de celle-ci a permis de constater que la surveillance de la personne mise en contention avait été effective à raison d'un passage toutes les trente minutes et pendant toute la durée de cette contrainte matérielle, soit douze heures.

4.2.2 Les personnels

L'équipe est composée de la manière suivante :

- un psychiatre à mi-temps;
- un cadre de santé;
- douze infirmiers dont deux hommes travaillant sur un rythme de douze heures, le jour et la nuit, sans équipe spécialisée pour cette partie de la journée;
- une éducatrice présente huit heures par jour du lundi au vendredi;
- une psychologue à mi-temps;
- une psychomotricienne à 0,10 ETP;
- une ASH présente huit heures en journée, du lundi au lundi;
- une enseignante intervient par ailleurs deux à trois heures par semaine.

L'équipe bénéficie d'une supervision hors la présence de la hiérarchie et des autorités médicales. Celle-ci, animée par un psychanalyste, se déroule une fois par mois et a pour base la situation d'un des patients présents dans le service.

Une réunion de synthèse est organisée chaque semaine, le lundi après-midi ; elle a pour thème la situation de chacun des patients présents dans le service.

La possibilité rétablie pour les agents dans les heures précédant le contrôle d'un accès à internet après plusieurs années de suppression a été ressentie positivement par les professionnels rencontrés.

Les personnels croisés ont mis en avant la spécificité du public confié et la difficulté de prise en charge de celui-ci. L'effectif ténu qui est celui du service rend, de plus, difficile l'organisation de sorties thérapeutiques. Le travail social a été indiqué comme très présent à coté de l'activité de soignant pour trouver notamment un lieu d'accueil à la sortie pour les mineurs dont la durée moyenne de séjour est de quinze jours. La structure est vécue pour partie par l'équipe comme un lieu d'accueil d'urgence. L'attachement et la volonté d'avoir une dynamique de soins dans la prise en charge des malades a été cependant rappelé à plusieurs reprises, en indiquant que la médication était faible par rapport à un public d'adulte et que la manifestation des symptômes de la maladie était une donnée importante, même si porteuse de situations difficiles, dans la gestion soignante des patients.

4.2.3 Les règles de vie

Aucun document écrit n'a pu être fourni pour appréhender les règles de vie de la structure. Une actualisation en cours est la raison donnée de cette impossibilité.

Cinq mineurs étaient présents pendant la période du contrôle, un enfant de douze ans et demi, un garçon de treize ans et demi, un adolescent de quinze ans et deux jeunes filles de quinze ans et de seize ans.

Pathologies psychiatriques et troubles du comportement étaient les raisons médicales de leur hospitalisation.

Au titre des règles de vie indiquées, il peut être mis en exergue l'interdiction de fumer, le fait que les mineurs ne soient jamais en gestion porte fermée des chambres, de jour

comme de nuit, et l'autorisation de détention très limitée d'objets personnels en chambre hors les effets vestimentaires, une brosse à dents et du dentifrice. Les malades ne disposent ainsi d'un appareil de radio que sur accord de l'équipe soignante. Les livres, revues et autres lectures doivent être également sollicités. Les fenêtres des chambres ne peuvent être ouvertes ni par les jeunes ni par les soignants, elles sont donc toujours fermées ; la commande électrique des volets est par contre accessible à l'occupant de chaque chambre.

La communication avec l'extérieur est gérée à travers les indications médicales, il en est ainsi du courrier expédié et reçu, de la possibilité de visite et de l'accès au téléphone, qui, s'il est permis, se fait par les lignes administratives, l'utilisation des téléphones portables n'étant pas autorisée. Si l'enfant arrive lors de son hospitalisation avec un téléphone portable, celui-ci est placé dans un tiroir du bureau des soignants.

Pour reprendre une expression entendue, « la prévention du risque est le fil conducteur de la forme de prise en charge du public confié ».

4.3 La restauration

Les repas sont préparés par une cuisine centrale située au sein même de l'hôpital. Elle confectionne les repas pour l'hôpital psychiatrique, l'hôpital somatique et le restaurant des personnels. Cette cuisine fournit également les deux maisons de retraite et l'hôpital de jour de Saint-Girons.

1500 repas sont préparés quotidiennement pour une capacité théorique de production de 2000. Le prix de revient moyen d'un repas est évalué entre 1,90 et 2,20 euros. La cuisine centrale livre les repas en « liaison froide », la veille pour le lendemain. Chaque unité de l'hôpital psychiatrique est équipée d'un office qui autorise la remise en température des produits livrés.

Pour ce qui relève du petit déjeuner, une livraison en « épicerie » est réalisée une fois par semaine, le lait, le café sont mis en chauffe au sein des offices de chacun des bâtiments.

La grille des menus est construite sur un cycle de huit semaines et deux saisons. La rotation des menus se décline toute les quatre semaines. Un menu comprend une entrée, un plat et sa garniture, un fromage et un dessert.

Les menus intègrent les régimes médicaux: normal, sans sel, épargne digestive, diabétique et mouliné. Ils peuvent également être adaptés aux convictions religieuses.

Selon les informations recueillies la qualité des repas est appréciée comme satisfaisante par les patients. Dans certaines unités il existe des cahiers d'appréciation qui permettent de connaître les évolutions souhaitées.

Trois fois dans l'année, pour la grillade de la Saint-Jean, carnaval et Noël, un repas est organisé dans la salle des fêtes de l'hôpital avec un service à table de type « restaurant ». La majorité des patients participe à ces repas partagés avec les équipes soignantes.

La cuisine a également une activité traiteur au bénéfice d'associations notamment à l'occasion des arbres de Noël ou pour des laboratoires pharmaceutiques.

Trente-quatre personnels travaillent au sein du service restauration, dans trois unités, la production, le transport, et le magasin central. Un quart de ces agents a un statut de contractuel. Les locaux de leur exercice professionnel sont dans un très bon état.

4.4 La blanchisserie

L'hôpital possède une blanchisserie. Celle-ci travaille également par le truchement de marchés pour des établissements d'enseignement de Saint-Girons et de Foix. En 2010, 440 000 kilos de linge ont été nettoyés dont 270 000 (61%) pour le centre hospitalier de Saint-Girons.

Douze agents sont affectés au sein de ce service dont trois contractuels.

4.4.1 Le linge plat

Les draps, les alèzes, les serviettes éponges sont traités d'une manière industrielle. Un tunnel de lavage autorise d'une façon automatisée, le prélavage, le lavage, le rinçage, le pressage et le pliage de cette catégorie de pièces à nettoyer.

Pour d'autres pièces à laver, les dessus de lit, les bavoirs, les textiles délicats, des interventions manuelles sont nécessaires.

La collecte du linge sale se fait en début de matinée vers huit heures, le linge propre est livré à dix heures, du lundi au vendredi. Le linge est trié par les agents hospitaliers qui le répartissent dans des sacs de couleur selon leur nature

L'unité lingerie nettoie également le linge des professionnels, les blouses et les tenues des personnels techniques.

4.4.2 Le linge des patients

Dans chaque unité d'hébergement il existe pour les patients une petite lingerie qui leur permet de procéder au nettoyage de leurs effets personnels. La même action est possible auprès de la lingerie centrale, les vêtements des malades étant alors étiquetés pour éviter toute perte. Le caractère industriel du lavage, avec l'emploi de produits lessiviels qui s'y rapportent, se traduit cependant parfois par une détérioration des effets donnés à laver. Le recours à un prestataire privé extérieur situé sur la commune de Saint-Girons est également utilisé. Des malades accompagnés ou non peuvent aussi se rendre dans une enseigne «lavomatique» de la cité. Les familles sont sollicitées par quelques patients.

4.4.3 L'habillement

Les contrôleurs ont constaté que tous les patients circulent en tenue de ville dans les enceintes des unités.

4.5 Les activités

Aucun recensement des activités thérapeutiques et socioculturelles n'apparaît dans le rapport d'activités de l'hôpital. Il est indiqué aux contrôleurs que cette absence est significative du peu d'intérêt que porte la direction à ce qui est fait dans ce domaine.

4.5.1 Les activités thérapeutiques :

Le financement des activités thérapeutiques émerge sur la ligne budgétaire « enveloppe sociale » de l'hôpital. En début d'année, un budget prévisionnel est approvisionné à hauteur des projets déposés des unités.

En 2010, le budget de l'enveloppe sociale s'est élevé à 40 855 euros pour les activités thérapeutiques, des unités de psychiatrie « adultes » et de l'unité de pédopsychiatrie. Le 19 octobre 2011, le budget engagé était de 70 942 euros.

4.5.1.1 L'ergothérapie et la psychomotricité

Le premier étage du pavillon Pinel accueille l'unité d'activités thérapeutiques transversales (UA2T) :

- un grand bureau servant aussi bien pour le travail administratif des trois ergothérapeutes et de la psychomotricienne que pour leur détente ; deux postes informatiques y sont installés ;
- une salle de relaxation dédiée aux activités de chant, d'informatique et de massages (toucher thérapeutique plantaire) ;
- une salle pour les activités de relaxation et de gymnastique douce menées par la psychomotricienne ;
- une salle sans point d'eau où il est pratiqué l'atelier « volumes » : création d'objets, peinture, « mots » (expression orale) et dessin (cours de dessin) ;
- une salle équipée d'un point d'eau pour l'atelier terre ;
- une petite salle de stockage de matériel ;
- des sanitaires pour les patients et, séparément, pour les professionnels ;

Il est indiqué aux contrôleurs « qu'il a fallu se battre pour obtenir que le ménage de ces locaux soit fait » (il l'est depuis trois mois) ; que « plusieurs déménagements de cette unité avaient été réalisés depuis qu'elle existe et qu'il est encore question de déménager sans qu'aucune information précise ne soit donnée aux personnels ».

L'isolement du lieu est signalé aux contrôleurs comme insécurisant : la psychomotricienne se retrouve souvent seule avec un patient à l'étage où aucun dispositif de sécurité n'a été installé : « il nous a été promis des alarmes portatives individualisées, on attend toujours... ».

Un mi-temps d'ergothérapie est consacré à la tenue d'ateliers polyvalents dans les locaux dédiés des trois unités – USIP, UAPA et UAPB –. Du fait de l'hospitalisation des patients, la prescription médicale n'est pas formalisée, la participation des patients est libre. Quelques-uns ont des contrats de soins portant une indication de limitation du temps de fréquentation, d'autres ont l'obligation de s'y rendre afin de stimuler leur atonie. La psychomotricienne n'intervient pas dans les unités.

Un bilan d'activités est fait chaque année par l'UA2T. En 2010, le bilan des ateliers polyvalents indiquait que 89 séances avaient été menées à l'UAP A, concernant 53 patients, 131 à l'UAP B pour 103 patients et 179 séances à l'USIP, dont 22 individuelles, pour 115 patients.

L'autre mi-temps se déroule à l'UA2T. Les activités proposées sont toutes prescrites. Elles sont ouvertes aux patients de toutes les unités de psychiatrie « adultes ». Dans les faits, seuls les patients de l'USIP, de l'UAP A, de l'UAP B et de l'USR sont regroupés pour participer à une activité. Il est indiqué aux contrôleurs qu'il n'existe pas, sauf rare exception, de liste de patients en attente.

Toutes les activités se déroulent dans les salles de l'UA2T, sauf l'atelier cuisine qui se passe dans une salle au-dessus de l'USIP. Le sport est pratiqué dans le gymnase. Il est indiqué aux contrôleurs que « des ratés existent encore ». L'hôpital louant le gymnase à des associations extérieures, leur planning d'occupation chevauche parfois le créneau de l'activité thérapeutique. L'atelier « bois » est également dans un autre lieu.

Lors de la visite des contrôleurs, le planning* à l'UA2T est conçu ainsi :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
9h - Lecture des dossiers des patients et transmissions orales des consignes					
10h à 12 h	Réunion de synthèse UAPA	Réunion de synthèse USIP Toucher thérapeutique plantaire (séance individuel de 10 mn)	Peinture Volume	Gymnastique douce Dessin Volume (individuel)	Terre Individuel Courses avec les patients et ensuite atelier cuisine
12h – 13 h Rédaction des fiches « patients » à destination du dossier médical					
14h à 16 h	Mots (3/4 d'heure) Volume (individuel)	Questions Avenirs – CV, recherche internet informatique (1 heure) Sport (1 heure)		Bois (deux séances d'une heure)	Toucher thérapeutique plantaire (deux séances d'une heure)
16-h- 17h Rédaction des fiches « patients » à destination du dossier médical et transmission dans les unités					

*une couleur est attribuée à l'ergothérapeute en charge de l'activité

Le nombre de patients participants dépend des contraintes de l'activité (certains patients sont pris en charge individuellement). Lors de la visite des contrôleurs, les patients étaient ainsi répartis :

- atelier « mots » : cinq patients dont deux de l'UAP A et trois de l'UAP B ;

- « toucher thérapeutique plantaire » : dix patients dont deux de l'UAP A, cinq de l'UAP B, deux de l'URP et un de l'extérieur ;
- « informatique » (mené avec une assistante sociale) : trois patients, dont deux de l'URP et un extérieur ;
- « gymnastique douce » : six patients dont trois de l'UAP A, deux de l'UAP B, un de l'URP ;
- « dessin » : trois patients dont deux de l'URP et un de l'extérieur ;
- « bois » : cinq patients dont deux l'UAP B, deux de l'URP et un de l'USIP ;
- « terre » : cinq patients dont deux de l'UAP A, un de l'UAP B, deux de l'URP ; (un ne vient pas) ;
- « cuisine » : quatre patients dont deux de l'UAP A et deux de l'UAP B ; seul atelier où un patient est en attente d'y participer ;
- sport : cinq patients dont un de l'UAP A, trois de l'UAP B, un de l'URP ;
- « peinture » : six patients dont un de l'UAP A, trois de l'UAP B, deux de l'URP ;
- « volume » : trois patients dont un de l'UAP A, un de l'UAPB, un de l'URP ;

Il est indiqué aux contrôleurs qu'une amélioration a été notée depuis le début de l'année concernant l'accompagnement des patients par les soignants des unités vers UA2T. « Autrement, on relance téléphoniquement, on va chercher le patient, beaucoup de temps perdu... ».

Deux sessions d'équitation et deux de chant (huit patients) avec une intervenante extérieure ont eu lieu depuis le début de l'année 2011.

La psychomotricienne reçoit, pour des séances de relaxation, les patients, en général individuellement, dans la salle dédiée de l'UAT2. Celle-ci n'est pas insonorisée, ce qui pose des difficultés sonores lorsqu'une autre activité se déroule dans la salle attenante. En 2010, le bilan d'activités de la psychomotricienne fait part de 445 séances individuelles menées.

Une activité à la piscine de Muret, est menée par la psychomotricienne, un après-midi tous les quinze jours en dehors des périodes d'été.

Une collaboration entre ergothérapeute et psychomotricienne a permis la réalisation de sorties de « sport adapté » (randonnée, bowling, etc.).

Dans les unités, les personnels soignants mènent également des activités thérapeutiques, en particulier en organisant des sorties extérieures avec ou sans la présence des ergothérapeutes.

Les soignants de l'UAP A n'ont pas mené d'activités depuis le début de l'année 2011 et ce du fait des difficultés du service dont il a été question § 4.1.2. Un budget pour le financement de douze sorties extérieures par l'UAP B et seize sorties par l'USIP a été provisionné pour 2011.

L'UPG a déposé une demande de financement concernant deux actions : un Noël amélioré pour les patients et un atelier de soins esthétiques.

4.5.2 Le théâtre

Depuis 1994, le centre hospitalier finançait une activité thérapeutique à médiation théâtrale, deux fois par an durant trois jours.

Depuis 2008, sous l'impulsion des patients, un atelier thérapeutique « théâtre » se déroule à raison d'une séance tous les quinze jours, tout au long de l'année, dans la salle des fêtes. Ainsi, le projet « Double jeu », subventionné par la direction régionale des affaires culturelles, l'agence régionale de santé et l'hôpital (1/3 pour chacun des financeurs) est encadré et animé par la même comédienne professionnelle qu'auparavant.

Lors de la visite des contrôleurs, le mardi 18 octobre après-midi, quatorze patients et dix soignants – deux psychiatres, trois infirmiers, une psychomotricienne et un psychologue - étaient regroupés dans la salle des fêtes pour la troisième séance d'une nouvelle session de l'activité, débutée en septembre avec un renouvellement de patients. L'activité est ouverte aux patients de quatre unités d'hospitalisation et à des patients suivis dans les centres médico-psychologiques des secteurs. Trois patients en hospitalisation sous contrainte y participaient.

L'an dernier, l'aboutissement de l'atelier s'est concrétisé par la production d'un spectacle sur l'extérieur. En mai dernier, la troupe « Double jeu », composée de patients et de soignants, a présenté la pièce « Les pas perdus »⁴ au festival de théâtre amateurs de Manosque. Cette pièce a été également jouée devant les habitants de Saint Girons et au sein de l'hôpital.

Il est indiqué aux contrôleurs que « ces séances à visée thérapeutique n'excluent pas le plaisir qu'ont les patients à jouer ».

En 2009, il avait été possible d'emmener un groupe de patients au festival du théâtre de rue d'Aurillac. Faute de crédits, cette sortie n'a pu être renouvelée.

4.5.3 Les activités socio-éducatives

La société d'entraide des malades est une association qui date de cinquante ans et a pour objectif d'apporter une aide morale et matérielle à l'ensemble des patients du centre hospitalier. Ses statuts précisent que les malades sont dispensés du versement de la cotisation – cinq euros - pendant le temps de leur hospitalisation. Ses recettes proviennent de dons de bienfaiteurs, des cotisations (trente-deux en 2010) et des bénéfices réalisés par la cafétéria. Un héritage légué à l'association sert de réserve de fonds permettant d'éponger les déficits annuels. Cette situation financière est jugée « critique ».

La société d'entraide des malades est parfois sollicitée pour compléter un financement d'une activité budgétisée sur les crédits de l'enveloppe sociale.

⁴ Pièce de Denise Bonal: les personnages se retrouvent sur un quai de gare où les trains défilent et les destins se croisent.

Le fonctionnement de la cafétéria est sous la responsabilité financière de l'association. Quatre personnels hospitaliers ont été mis à sa disposition. Parmi eux, une ergothérapeute qui est trésorière de l'association.

La cafétéria est implantée au premier étage, au dessus de la salle des fêtes. Sans ascenseur, elle n'est pas accessible aux personnes ayant des difficultés de motricité. Elle ne possède pas de sanitaires, ce qui a pour conséquence de souiller les environs à proximité.

Il est indiqué aux contrôleurs qu'il n'a pas été entrepris de travaux d'amélioration de la cafétéria car un autre lieu dans l'hôpital avait été envisagé pour l'accueillir. Des devis et des plans avaient été faits dans cette perspective mais les gels de crédit hospitalier ont suspendu le projet de déménagement. Il est toutefois précisé que le bâtiment qui avait été choisi est trop petit, que le souhait serait que la cafétéria soit placée dans un lieu central où elle puisse accueillir les visiteurs et patients des unités psychiatriques et ceux de l'hôpital général. Actuellement, l'accès à la cafétéria n'est pas fléché.

La cafétéria est ouverte sept jours sur sept. Sa fermeture à 16h30 est jugée trop tôt par les patients. Ces derniers peuvent venir au bar sans alcool prendre une collation avec leurs proches. Divers articles de vie quotidienne sont en vente. Un dépôt de presse est alimenté chaque jour. Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « les patients peuvent prendre également le goûter à la cafétéria ».

Les contrôleurs ont constaté que des activités variées et attractives étaient programmées tout au long de l'année. Des expositions de photographies, de peinture, d'œuvres de patients sont régulièrement proposées. Des affiches apposées dans les unités informent les patients sur le programme. Le choix des couleurs et du graphisme de ces dernières est attrayant.

En 2010, les actions réalisées ont été les suivantes :

- atelier « contes » réalisé une fois par mois pendant neuf mois ;
- atelier « marionnettes » sur six mois ; non reconduit en 2011 ;
- atelier « clown » pendant neuf mois : non reconduit en 2011 ;
- après-midi dansante, une fois par mois sur cinq mois.

Ponctuellement, des concerts de musique, des tournois de pétanque, des accompagnements de patients à une soirée théâtre, l'organisation de repas et de goûters, en particulier en fin d'année, font partie des animations offertes.

Un espace « bibliothèque » permet l'emprunt de livres. Le partenariat engagé avec la ville de Saint Girons devrait améliorer son fonctionnement.

Le dynamisme du lieu, observé par les contrôleurs, se heurte à un clivage de définitions. L'ergothérapeute en charge de la cafétéria considère que ce qu'elle propose est du domaine du soin, ce qui ne lui est pas reconnu par les psychiatres des unités qui qualifient son action d'occupationnelle et de loisirs (« tout doit être médicalement contrôlé, le plaisir qui participe au mieux être, ça n'existe pas »). « La mise en place d'une radio locale spécialisée se heurte au refus des psychiatres ». Dans son courrier en date du 16 mars 2012,

le chef d'établissement précise : « le projet de radio locale spécialisée n'a jamais été écrit et de ce fait ne peut pas se heurter au refus des psychiatres ».

4.6 La prise en charge sociale

Cinq assistantes sociales interviennent sur le pôle psychiatrie adultes. Elles se rendent régulièrement dans les unités d'hospitalisation.

Il est indiqué aux contrôleurs que les difficultés rencontrées dans la prise en charge sociale des patients sont les suivantes :

- le centre hospitalier Ariège Couserans est encore victime de son image « d'accueil des grands fous » ;
- des personnes arrivent sans droit ouvert à une couverture maladie ; cette circonstance est mentionnée comme de plus en plus fréquente ; le bureau d'admission alerte les assistantes sociales ; le patient est convoqué aux fins d'un bilan social et d'une remise à niveau de ses droits ;
- la pathologie psychiatrique rime avec précarisation : « de plus en plus de SDF » ;
- une vingtaine de patients restent hospitalisés, alors que leur état de santé ne le justifie plus, du fait d'un manque de structures médico-sociales sur le département ; il n'est pas rare d'attendre trois ans pour l'obtention d'une place adaptée au profil d'un patient ;
- la situation des 18/22 ans est préoccupante. Ils ne perçoivent pas l'allocation adulte handicapé (AAH) car il est évité de les stigmatiser en leur accordant prématurément un statut de handicapé dès les premiers symptômes. Dès lors, leur hospitalisation est génératrice de dettes ; le forfait journalier n'est pas forcément pris en charge par les mutuelles de leurs parents ; certains jeunes, en rupture avec leur famille, se retrouvent à devoir un montant de forfait journalier sans ressources, ni prise en charge par une mutuelle ;
- plus généralement, le paiement des forfaits journaliers hospitaliers est problématique pour des patients ne percevant pas l'AAH (pour ceux-ci le forfait journalier est pris en charge) et pour lesquels les mutuelles ne paient pas le forfait au delà de trente ou soixante jours d'hospitalisation ; il est cité le cas d'une personne dont le montant de la dette en octobre 2011 s'élève à 2 376 euros et qui reste créancière de 2 592 euros pour son hospitalisation de 2010 ;
- les plateformes où sont regroupés les services publics ne sont pas adaptées aux personnes souffrant de handicap psychique ; tout comme les contacts téléphoniques qui aboutissent sur des serveurs vocaux ;
- les familles et les tuteurs sont des interlocuteurs privilégiés dans la prise en charge sociale ;
- la société d'entraide des malades est sollicitée pour les cas de patients démunis de ressources, en particulier pour des dons de vêtements et de cigarettes ;

- une convention de partenariat avec la maison départementale des personnes handicapées, inscrite dans le rapport d'activité de l'hôpital, en 2010 comme objectif en cours et repris en 2011 pour finalisation, a été signée le 14 octobre 2011. Elle vise à simplifier les circuits administratifs et à rendre complémentaire l'action des deux structures pour une meilleure orientation et évaluation de la personne en situation d'handicap.

4.7 La prévention du suicide

Un protocole de prévention du suicide, indiquant les conduites à tenir face au risque suicidaire d'un patient, a été élaboré, en 1999, par le secteur A de psychiatrie générale. Bien que daté, il est indiqué aux contrôleurs qu'il est encore appliqué à l'UAPA et à l'USIP. Lors de la visite des contrôleurs, une personne était placée dans la chambre de surveillance de l'UAPA, en niveau trois.

Ce protocole définit quatre niveaux de protection :

- *Niveau 1 :*

- Précautions pratiques : inventaire des objets personnels, retrait des objets dangereux, retrait des médicaments personnels ;
- Conditions d'hébergement : pas de condition particulière ;
- Soins : entretiens infirmiers, médicaux et psychologiques ; évaluation du risque suicidaire ;
- Informations : information de l'état de santé à tous les personnels du service (ASH, ergothérapeute, etc.) ;
- Visites et sorties : pas de disposition particulière.

- *Niveau 2 :*

- Précautions pratiques : retrait des objets dangereux ;
- Conditions d'hébergement : placé au rez-de-chaussée ;
- Soins : entretiens infirmiers, médicaux et psychologiques ; évaluation du risque suicidaire ; vérification renforcée de la prise de traitement ; activités fréquentes et variées ;
- Informations : information sur l'état psychologique et le risque suicidaire à tous les personnels de service ;
- Visites et sorties : sorties libres et accompagnées, après vérification de l'état psychologique du patient ; sorties uniquement dans le parc avec durée limitée.

- *Niveau 3 :*

- Précautions pratiques : retrait des objets dangereux ; aménagement de l'environnement – bloquer l'accès à la salle de bain, ôter le cordon d'alarme des toilettes, le miroir ... ;
- Conditions d'hébergement : placé au rez-de-chaussée ; blocage des fenêtres de la chambre ;

- Soins : entretiens infirmiers, médicaux et psychologiques ; visite des infirmiers à intervalle défini ; évaluation du risque suicidaire ; prise de médicament en présence et sous contrôle d'un infirmier ; toilette et repas à proximité d'un infirmier, activités fréquentes et variées ;

- Informations : information sur l'état psychologique et le risque suicidaire à tous les personnels de service ; information à tous les personnels de l'hôpital susceptible d'intervenir auprès de lui ;

- Visites et sorties : limitation des visites, le patient reste dans l'unité ; sortie accompagnée.

- *Niveau 4 :*

- Précautions pratiques : retrait des objets dangereux ; aménagement de l'environnement ; remise de couverts sans danger ;

- Conditions d'hébergement : en unité ouverte, placé au rez-de-chaussée ; tenue de nuit ; blocage des fenêtres ; passage en unité fermée si besoin ;

- Soins : entretiens infirmiers, médicaux et psychologiques ; visite des infirmiers à intervalle défini ; évaluation du risque suicidaire ; prise de médicament en présence et sous contrôle d'un infirmier ; toilette et repas à proximité d'un infirmier, activités fréquentes et variées si possible ;

- Informations : information sur l'état psychologique et le risque suicidaire à tous les personnels de service ; information à tous les personnels de l'hôpital susceptibles d'intervenir auprès de lui ;

- Visites et sorties : visites en présence d'un soignant, le patient reste dans sa chambre, sauf pour participer à une activité organisée par le service.

Deux feuilles de suivi des niveaux 3 et 4 sont jointes au protocole. Elles reprennent tous les items précités et en permettent la traçabilité.

5 LES SOINS SOMATIQUES

Il a été indiqué aux contrôleurs que la prise en charge somatique nécessite le recrutement d'un médecin généraliste pour le pôle de psychiatrie ; il est précisé que ce recrutement sera effectif en début de l'année 2012.

Actuellement, un mi-temps de médecin somaticien permet une prise en charge à minima des patients de l'UAP A, l'USIP et l'URP.

Pour l'UAP B, un médecin généraliste qui est en formation pour obtenir sa spécialité en psychiatrie accepte de recevoir les patients de son unité ayant un problème somatique.

Pour l'UPG, un médecin a la double spécialité de psychiatre et de somaticien.

Il est fait appel aux urgences de l'hôpital qui a en charge la visite médicale d'entrée des personnes SPDP d'intervenir en cas de besoin.

6 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

6.1 L'isolement

Il est indiqué aux contrôleurs qu'en raison de l'existence de l'USIP, les recours à l'isolement et à la contention dans les deux unités d'admission psychiatriques sectorielles sont exceptionnels car ces deux dernières ne reçoivent « les patients que lorsqu'ils sont stabilisés ». Un patient « en état de crise » sera envoyé à l'USIP où la structure est mieux adaptée pour le prendre en charge. Cette indication vient à l'appui des informations qui ont été recueillies dans ces deux unités lors de la visite des contrôleurs où le terme de chambre d'isolement n'est pas employé (Cf. paragraphes 4.1.2.1 et 4.1.2.2).

Dans l'UPR, il est fait état d'une chambre de tranquillisation (Cf. paragraphe 4.1.3). L'UPG ne possède pas de chambre d'isolement (Cf. paragraphe A.1.4). Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « les patients peuvent être accueillis à l'USIP en cas d'agitation majeure non gérable à l'UPG. En cas d'absence de place lors de leur hospitalisation à l'UPG, ils peuvent être admis en attendant dans n'importe quelle unité de psychiatrie adulte ».

Dans l'unité de psychiatrie infanto-juvénile, il est recensé deux chambres, l'une dite d'apaisement, l'autre utilisée pour la mise en contention (Cf. paragraphe 4.7).

Tous les patients hospitalisés sous une mesure de contrainte sont dès leur arrivée à l'USIP, placés en chambre d'urgence. Les patients détenus restent durant leur séjour en chambre d'isolement.

Il est indiqué aux contrôleurs que le placement dans les chambres d'isolement se fait sur prescription médicale et que la fiche de suivi des patients qui y sont placés est insérée dans le dossier médical.

Le protocole de mise à l'isolement à l'USIP

Deux fiches sont utilisées par les soignants. Elles comportent le rappel du protocole d'une mise en chambre d'urgence :

- **La première** est le formulaire type à utiliser pour la prescription médicale – date, heure, motif, objectif recherché, durée à préciser (24 heures maximum). Elle indique également la conduite à tenir des soignants concernés (médecin prescripteur et équipe infirmière) :
 - « retrait ou non des objets dangereux
 - mise du patient en tenue de nuit ou non
 - prise des médicaments et repas – précision demandée : en chambre, au réfectoire, à l'appréciation de l'équipe infirmière, conditions particulières dictées par le médecin
 - sorties – précision des horaires – dans le service, dans la cour, à l'extérieur du service
 - visites des familles autorisées ou pas avec précision des horaires si elles ont lieu
 - téléphone
 - consignes particulières ».

La surveillance en chambre d'isolement est faite par l'équipe infirmière : l'heure de visite au patient est précisée sur la fiche de prise en charge. Des entretiens médicaux, deux fois par 24h et à chaque demande de l'équipe infirmière permettent d'évaluer l'état du patient et de l'éventuelle poursuite de sa mise à l'isolement.

- **La seconde** est la fiche de prise en charge où sont reportés tous les actes médicaux et infirmiers effectués. L'obligation de passage à des heures et à un rythme définis n'est pas indiquée dans les modalités de conduite à tenir.

Trois fiches de prise en charge de cette unité ont été examinées par les contrôleurs. La durée des mises à l'isolement pour deux des patients a été respectivement de 33h30 et 30h ; une fiche concernait un placement durant trois nuits. La levée de l'isolement est mal renseignée.

Du 1^{er} janvier au 31 août 2011, quatre-vingt-un placements dans les chambres d'urgence ont été réalisés ; certains concernaient les mêmes patients à des périodes différentes.

En 2010, à la suite des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) concernant la mise en chambre d'urgence sur un échantillon de vingt-neuf patients a été entreprise par l'USIP. Parmi les résultats, il est relevé :

- le motif de la mise à l'isolement est recensé dans les vingt-neuf cas ;
- le signalement aux services de sécurité de la présence d'un patient en isolement a été faite une fois ;
- l'absence d'information donnée aux vingt-neuf patients sur les raisons et les modalités de leur mise à l'isolement ;
- le bénéfice de deux visites médicales en chambre d'isolement pour douze patients ;
- la surveillance somatique est intervenue pour quinze d'entre eux ;
- un entretien sur le vécu du patient en chambre d'isolement lors de sa sortie a été réalisé à deux reprises.

Un plan d'actions permettant d'améliorer les pratiques de la mise en isolement venait d'être établi, au début du mois d'octobre.

6.2 Le recours à la contention

La pratique de la contention est indiquée comme rare. L'USIP indique que lorsqu'un patient est mis sous contention, il est toujours placé et surveillé de la chambre d'isolement.

Les seuls protocoles concernant la pratique de la contention remis aux contrôleurs sont ceux concernant la mise sous contention des personnes âgées de l'unité de psychogériatrie.

7 LES RAPPORTS AVEC LES PERSONNELS

La direction entretient des rapports constants avec les deux syndicats présents sur le site : CGT et FO.

Il a été souligné « la qualité des rapports entre la direction et le corps médical. Ce dernier intègre l'ensemble des exigences : qualité des soins, organisation et contraintes économiques. Les chefs de pôle sont des médecins qui gèrent tout seuls mais qui sont accompagnés par la direction ».

Le centre hospitalier emploie mille agents. Il est le plus gros employeur de la région. Il y a un attachement fort des populations à sa permanence. Cette situation accentue le lien entre le personnel et son centre hospitalier.

Deux questions intéressant la protection des personnels ont été soulevées :

- le personnel soignant ne porte plus son nom sur la blouse mais uniquement l'indication de la fonction. L'anonymat est préservé mais le personnel n'est plus ainsi identifié ;
- le téléphone est laissé à la disposition des patients mais, avec l'appareil, des photos peuvent être prises soit du personnel soit des patients. Il y a risque d'atteinte à la personne. Le téléphone n'est pas autorisé en cas de décision thérapeutique.

Le directeur du centre hospitalier a expliqué qu'il faisait chaque année le tour des services. Il adressait un mois avant sa visite un questionnaire qui était affiché dans chaque service. Chaque agent peut y répondre de façon anonyme ou exposer ses idées au cadre de santé qui restituera par écrit ses dires. Une semaine avant la tenue de la réunion par service, les réponses sont envoyées au directeur. La réunion se tient ensuite avec tous les agents en présence du chef de pôle, du responsable de l'unité et du cadre de santé. La réunion dure une heure et trente minutes au maximum.

Le CHAC a une culture psychiatrique ancienne. Les personnels sont satisfaits de leur travail sur cet établissement.

Le contexte budgétaire récent a induit une réduction des effectifs qui est mal comprise eu égard à l'activité.

Les personnels se sont bien adaptés au travail dans les différentes unités dont la prise en charge s'est spécialisée.

La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 a été bien comprise et les personnels ont fait des efforts pour une bonne mise en application.

La bonne coopération entre les personnels du service des urgences, des soins somatiques et de la psychiatrie permet la réalisation d'une prise en charge adaptée des patients : cela a pu être vérifié par les contrôleurs, notamment lors de la journée du 20 octobre 2011 où se sont déroulées les élections professionnelles.

8 LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

8.1 Le service de jour

Les salariés ont paru très attachés au rythme des douze heures consécutives de travail, ce qui représente trois jours de travail par semaine. Les équipes font en effet soit 8h-20h soit 20h-8h. Quelques infirmiers et aides-soignants sont présents de 8h à 16h ou 17h. Il a été dit aux contrôleurs que ce système « favorisait une vie plus équilibrée en dehors des heures de travail, évitait la répétition de longs trajets pour ceux qui habitaient à plusieurs dizaines de kilomètres du site, surtout en hiver et favorisait la continuité du service puisque pendant une longue plage horaire les personnes étaient présentes ».

8.2 Le service de nuit

Il n'existe pas d'équipe dédiée de service de nuit. Les personnels soignants ont vocation à travailler le jour et la nuit. La répartition des soignants la nuit est la suivante selon les structures :

- à l'USIP, deux infirmiers et un aide-soignant ;
- à l'UAP A, deux infirmiers ;
- à l'UAP B, deux infirmiers ;
- à l'URP, un infirmier et un aide-soignant ;
- à l'UPG, un infirmier et un aide-soignant ;
- à l'unité infanto juvénile, deux infirmiers.

Le personnel est supervisé par un cadre de santé qui opère les admissions de nuit ; il est appelé à tout moment par les personnels si nécessaire ; il se positionne aux urgences du centre hospitalier.

Un directeur d'astreinte doit pouvoir rejoindre le site dans un délai maximum de quinze minutes.

Un psychiatre est d'astreinte ; « les médecins habitent tous à quelques kilomètres ; ils peuvent être sur le site en quelques minutes ».

Le service de nuit commence à 20h et se termine à 7h30.

Les entrées des patients se font aux urgences. Le cadre de santé a un entretien avec tous les patients admis en psychiatrie, en temps réel. Systématiquement, le psychiatre d'astreinte est appelé et se déplace.

Le 19 octobre à 22h, deux infirmiers et un aide-soignant étaient présents à l'USIP dont deux hommes et une femme, ce qui est la règle. Les soignants ont dit aux contrôleurs que le service revenait, dans un mois, pour cinq nuits, dont à chaque fois, deux ou trois d'affilée. Il a été dit que ce système évitait d'avoir des soignants complètement coupés du centre hospitalier. « Dans le cas contraire, ils perdent le contact avec les médecins et le rythme de vie de l'établissement ».

Il existe une liste d'infirmiers et d'aides-soignants volontaires pour mettre en œuvre la nuit d'éventuels transferts. Dans ce cas, ils peuvent être sollicités entre 20h et 8h.

Il n'existe pas de registre spécifique pour la nuit. En cas de problème, un compte-rendu est versé dans le dossier du patient. Si un fait mérite d'être signalé, il en est rendu-compte, en temps réel, au cadre de santé.

Les soignants peuvent rejoindre une salle de repos dotée de trois fauteuils relax qui peuvent se mettre en position semi-allongée. Dans la pièce se trouve un four à micro-ondes. A l'USIP, les personnes soignées doivent rejoindre leur chambre à 23h au plus tard. Entre 21h30 et 22h15, au moment de la visite, des patients se déplaçaient dans les couloirs et parlaient entre eux ou avec les soignants. Une ronde est organisée toutes les heures. Les chambres ne sont pas dotées de judas ; « les soignants doivent trouver un équilibre pour pouvoir surveiller et en même temps ne pas perturber le sommeil des personnes. Ils entrent dans les chambres avec le maximum de précautions ».

8.3 Les offres de formation

L'établissement a mis en place un plan de formation prenant en considération la psychiatrie, par exemple :

- prise en charge de la personne âgée démente ;
- le travail de réhabilitation psycho social ;
- consolidation des savoirs aux urgences psychiatriques ;
- méthodes de contention pour personnes violentes ou agitées ;
- prise en charge psychocorporelle ;
- gestion de la violence et de l'agressivité ;
- prise en charge de la douleur en santé mentale ;
- soins psychiatriques en prison.

9 CONSIDERATIONS GENERALES

Les contrôleurs ont pu constater que les personnels avaient une bonne connaissance de la loi du 5 juillet 2011 mais que la documentation qu'ils possédaient était ancienne et périmée.

Il a été expliqué à plusieurs reprises que la région était marquée par l'importance de l'oral au détriment de l'écrit. C'est une des raisons qui menait le directeur, au moment de la visite, « à mettre en place sur l'intranet une documentation qui sera de la compétence d'une cellule dépendant de la direction de la qualité pour la remise à jour. L'objectif est : papier zéro ; ainsi les pièces mises à disposition ne seront plus obsolètes ».

Les personnels sont inquiets pour l'avenir : « nous avons des interrogations. On ne sait pas ce qu'on va devenir. Dans ces conditions, il est difficile d'avoir des projets et de s'y investir ». Les éléments mis en avant sont ceux :

- d'un projet de création de vingt lits en psychiatrie pour le centre hospitalier de la vallée de l'Ariège à destination des populations de Foix et de Pamiers ; ce projet

inquiète dans la mesure où il est craint que ces vingt lits soient supprimés sur le site de Couserans ;

- du déficit du budget de fonctionnement qui nécessitera un plan d'économie avec des conséquences sur les postes et des modifications dans l'organisation.

Ces inquiétudes partagées par la population entraînent la publication d'articles dans la presse locale qui ne rassurent pas et accentuent plutôt les difficultés ; enfin, le schéma d'avenir n'est pas connu et on assiste à une évolution qui fait de l'ARS la véritable instance décisionnelle, ce qui accentue dans la perception des personnes concernées le sentiment d'éloignement ressenti par rapport aux décideurs.

Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « concernant le projet de vingt lits de psychiatrie au CHVA, il s'agit d'un projet de création de vingt lits de psychiatrie du CHAC situé sur le site du centre hospitalier du Val d'Ariège afin de répartir l'offre d'hospitalisation sur l'ensemble du territoire avec une orientation différenciée de cette unité d'hospitalisation. Il ne s'agit pas d'une délocalisation ».

Le médecin, chef du pôle de psychiatrie générale, a appelé l'attention des contrôleurs sur les points suivants :

- « le centre hospitalier résulte de la fusion de l'hôpital psychiatrique départemental et du petit hôpital général de Saint-Girons, ce qui explique l'existence d'un plateau technique (imagerie, examens complémentaires) et le rapprochement du somatique et du psychiatrique. C'est ainsi que le président de la commission médicale est anesthésiste et que lui-même en est le vice-président ;
- le patrimoine a été totalement refait ; les locaux sont tout à fait propres, à l'exception de l'unité accueillant les personnes âgées dont il est le responsable ;
- la gestion très suivie des personnes soignées ; dès qu'une personne va sortir, un rendez-vous lui est proposé dans le centre médico-psychologiques (CMP) de son secteur et cette personne verra une infirmière dans les quinze jours, puis un médecin. Les liaisons sont permanentes entre le CH et les CMP. Les psychiatres du CH ont également des services dans les CMP ; les médecins se connaissent tous et il n'y a pas de barrière entre ceux du public et les trois psychiatres du secteur privé.
- le département est pauvre : des papeteries et des industries textiles ont fermé ; le CH est le deuxième employeur du département ; les conditions sociales sont difficiles, ce qui n'est pas sans conséquence sur les personnes. De plus, l'élevage ne produit pas de gros revenus et l'Ariège attire des marginaux, eux-mêmes marqués par l'alcoolisation et l'usage de stupéfiants. Les distances à parcourir ne sont pas évidentes en hiver : pour rejoindre le CMP de Foix du CH, on doit compter quarante minutes, voire une heure durant l'hiver, compte-tenu de l'état des routes.

- enfin, l'offre de soins n'est pas bien répartie sur le territoire du département : les lits de la psychiatrie se trouvent concentrés en effet au CH. Il faudrait organiser une prise en charge plus diversifiée avec vingt lits au CH de la vallée de l'Ariège pour Foix et Pamiers, tout en conservant le même nombre de lits au CHAC pour les réserver à des personnes qui seraient accueillies pour des séjours plus longs et éviter les départs et les retours incessants pour certains patients ».

CONCLUSIONS

1. Les structures immobilières du centre hospitalier sont implantées dans un espace de verdure, sans aucune séparation faite de murs ou de grillages. La continuité entre les soins somatiques et psychiatriques est réalisée grâce à des voies de circulation reliant toutes les parties de l'ensemble sans rupture, avec des panneaux de couleur identique, et ce, quelle que soit l'affectation du bâtiment. Cette architecture et cet aménagement de l'espace présentent de nombreux points positifs et s'avèrent notamment très sécurisants tant pour les patients que pour les visiteurs (1).
2. Le CHAC est signalé par des panneaux sur les voies de circulation à trois kilomètres du site, en venant de Toulouse et de Foix ; il est possible ainsi de s'y rendre facilement. Ce point est également très positif (1).
3. La coopération de la psychiatrie avec les services des urgences du centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA) à Foix et celui du centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) à Saint Giron, est très opérationnelle (3.1.1).
4. Il est pris acte de ce que la direction fait savoir qu'un nouveau livret d'accueil a été mis en place depuis février 2012 (3.2.1).
5. Au moment de l'arrivée de la personne au CH et lors de la notification des arrêtés, les explications sont orales et données à toute personne quel que soit son état de santé mentale. Il n'est pas fait de sélection en fonction des capacités présumées de compréhension du patient. Une copie de l'arrêté est

donnée à la personne ainsi qu'un document de notification qu'elle signe. Ce mode opératoire n'étant pas courant, il doit être souligné (3.2.2).

6. Les arrêtés des maires devraient être rédigés en termes précis en visant un ou des faits circonstanciés et non pas en termes généraux. Une meilleure information devrait être dispensée en la matière en direction des collectivités territoriales (3.2.2).
7. On ne peut que souhaiter un dialogue plus construit et une meilleure coopération entre le tribunal de grande instance et le centre hospitalier qui pourrait conduire à la tenue d'audiences dans le CH (3.3.2).
8. Dans la mesure où la visioconférence est une des solutions mises en œuvre, il faut veiller à la qualité de l'équipement (3.3.2).
9. Le collège des soignants est dûment constitué et régulièrement saisi. Cet élément est positif (3.4).
10. Le livre de la loi permet une bonne compréhension du suivi des patients (3.6).
11. En ce qui concerne la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) :
 - il conviendrait d'en pourvoir les postes vacants ;
 - il n'est pas compréhensible que les procès-verbaux n'aient pas été transmis, malgré leur demande, aux contrôleurs. En effet, si l'article R 3223 du code de la santé publique stipule que le procès-verbal des séances de la CDSP « n'est remis qu'aux membres de la commission », l'article 8 de la loi 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté indique notamment « le Contrôleur général des lieux de privation de liberté obtient des autorités responsables des lieux de privation de liberté toute information ou pièces utiles à l'exercice de sa mission... Le caractère secret des informations et pièces dont le Contrôleur général des lieux de privation de liberté demande communication, ne peut lui être opposé... » (3.11).
12. Une harmonisation des règles de vie des deux unités d'admission est préconisée dans l'intérêt des patients : accès au téléphone portable, au tabac notamment la nuit, aux effets personnels, modalités de sortie des pavillons, heures de fermeture de ceux-ci, horaires des visites (4.1.2).
13. La pratique de la supervision revêt des formes différentes selon les unités d'hospitalisation ; il conviendrait qu'elle soit homogénéisée pour répondre aux demandes des personnels (4.1.2.2 ; 4.1.2.5 ; 4.1.3.2 ; 4.2.1).
14. Selon l'unité dans laquelle ils travaillent, les personnels ont accès ou non à l'internet ; dans ce domaine aussi, une politique identique paraît devoir être mise en œuvre (4.1.2.2 ; 4.1.3.2 ; 4.2.1).
15. Au sein de l'unité UAP B, l'emplacement des points phone à destination des malades ne permet pas la confidentialité des conversations (4.1.2.6).

16. L'unité intersectorielle de psycho-gériatrie (UPG) a mis en œuvre un projet de soins dynamique avec une durée moyenne de séjour courte (33 jours) grâce aux liens établis avec des structures extérieures et l'appui d'une équipe mobile de psycho-gériatrie (4.1.4).
17. Il est souhaitable que les travaux immobiliers prévus à l'UPG se réalisent rapidement (4.1.4).
18. Il est difficilement compréhensible que l'UPG ait mis en place un accord avec une blanchisserie privée extérieure pour traiter, moyennant paiement, le linge personnel de certains patients (4.1.4 ; 4.4.2).
19. Au sein de l'unité infanto-juvénile, le caractère non sécurisé des vitres des espaces de vie collective constitue un danger pour les patients et les personnels (4.2.1).
20. Dans cette même unité, l'installation d'un oculus dans une des portes qui donne accès à la pièce dite d'apaisement serait une aide à l'utilisation de cet espace qui semble présenter de grandes vertus en cas de crise d'un des jeunes hospitalisés (4.2.1).
21. Les règles de vie de l'unité infanto juvénile ne sont pas présentées dans un document écrit ; celui qui serait en voie de rédaction mériterait de l'être rapidement (4.2.3).
22. Il faut souligner le grand nombre d'activités thérapeutiques proposées aux patients. L'activité « théâtre » est particulièrement significative de la qualité de ce qui est mené (4.5.2).
23. Les activités thérapeutiques et les activités socio-éducatives doivent s'organiser en complémentarité ; il doit être renoué un dialogue entre les professionnels qui mènent le thérapeutique et ceux qui proposent du loisir afin d'éviter le clivage qui existe actuellement qui ne peut être que préjudiciable à la prise en charge des patients (4.5.3).
24. La cafétéria doit être accessible aux personnes à mobilité réduite ; elle doit être équipée de sanitaires (4.5.3).
25. L'établissement d'une convention de partenariat entre la maison départementale des personnes handicapées et le CHAC mérite d'être positivement souligné (4.6).
26. Le protocole de prévention du suicide, indiquant les conduites à tenir face au risque suicidaire d'un patient mérite d'être actualisé et son application, généralisée dans les unités (4.7).
27. Tout comme la mise en chambre d'isolement, la pratique de la contention doit être protocolisée (6.2).

TABLE DES MATIERES

1	les conditions de la visite	2
2	La présentation générale de l'établissement.....	2
2.1	L'organisation du service de psychiatrie	6
2.2	L'activité.....	6
2.3	Les données financières	7
3	Les hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits	8
3.1	Les modalités d'arrivée des patients.....	8
3.1.1	La procédure d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (ASPRE) :	8
3.1.2	La procédure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) :	11
3.1.3	L'accueil des patients dans le cadre de soins psychiatriques libres :	11
3.2	Les informations données au malade arrivant et les possibilités de recours	11
3.2.1	Le livret d'accueil.....	11
3.2.2	La procédure de notification de l'ASPRE :	12
3.2.3	La procédure de notification de l'ASPDT :	13
3.3	Le juge des libertés et de la détention.....	14
3.3.1	Les saisines :	14
3.3.2	L'audience :	15
3.4	Le collège des soignants	18
3.5	Le programme de soins.....	20
3.6	Le livre de la loi	21
3.7	L'information donnée aux familles et la confidentialité de l'hospitalisation.....	23

3.8	L'accès au dossier médical par le patient.....	23
3.9	La communication avec l'extérieur	24
3.9.1	Le courrier.....	24
3.9.2	Le téléphone et les visites	24
3.9.3	Les cultes.....	24
3.9.4	L'Union Nationale des Amis et Familles de Malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM).....	24
3.10	Les informations sur les visites des autorités	25
3.11	La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).....	25
3.12	Le traitement des plaintes et des réclamations	26
3.12.1	La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUCQPEC).....	26
3.12.2	Le questionnaire de satisfaction.....	27
3.12.3	Les effets indésirables associés aux soins.....	27
3.12.4	Les violences hospitalières	28
4	Les conditions d'hospitalisation	29
4.1	Les conditions matérielles d'hospitalisation	29
4.1.1	L'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP).....	30
4.1.2	Les unités d'admission psychiatriques – UAP A et UAP B	36
4.1.3	L'unité de réhabilitation psychiatrique (URP).....	47
4.1.4	L'unité intersectorielle de psycho gériatrie (UPG).....	52
4.2	Le cas particulier de la pédopsychiatrie	57
4.2.1	Les locaux	57
4.2.2	Les personnels	58
4.2.3	Les règles de vie	59
4.3	La restauration	60
4.4	La blanchisserie	61
4.4.1	Le linge plat.....	61
4.4.2	Le linge des patients	61
4.4.3	L'habillement.....	61
4.5	Les activités.....	61
4.5.1	Les activités thérapeutiques :.....	61
4.5.2	Le théâtre.....	65

4.5.3	Les activités socio-éducatives.....	65
	La société d'entraide des malades est une association qui date de cinquante ans et a pour objectif d'apporter une aide morale et matérielle à l'ensemble des patients du centre hospitalier. Ses statuts précisent que les malades sont dispensés du versement de la cotisation – cinq euros - pendant le temps de leur hospitalisation. Ses recettes proviennent de dons de bienfaiteurs, des cotisations (trente-deux en 2010) et des bénéfices réalisés par la cafétéria. Un héritage légué à l'association sert de réserve de fonds permettant d'éponger les déficits annuels. Cette situation financière est jugée « critique ».	65
	Le fonctionnement de la cafétéria est sous la responsabilité financière de l'association. Quatre personnels hospitaliers ont été mis à sa disposition. Parmi eux, une ergothérapeute qui est trésorière de l'association.	66
4.6	La prise en charge sociale.....	67
4.7	La prévention du suicide	68
5	Les soins somatiques	69
6	Le recours à l'isolement et à la contention	70
6.1	L'isolement.....	70
	Dans l'UPR, il est fait état d'une chambre de tranquillisation (Cf. paragraphe 4.1.3). L'UPG ne possède pas de chambre d'isolement (Cf. paragraphe A.1.4). Dans son courrier en date du 16 mars 2012, le chef d'établissement précise : « les patients peuvent être accueillis à l'USIP en cas d'agitation majeure non gérable à l'UPG. En cas d'absence de place lors de leur hospitalisation à l'UPG, ils peuvent être admis en attendant dans n'importe qu'elle unité de psychiatrie adulte ».	70
6.2	Le recours à la contention	71
7	Les rapports avec les personnels	71
8	Les conditions de vie au travail	72
8.1	Le service de jour	72
8.2	Le service de nuit.....	73
8.3	Les offres de formation.....	74
9	Considérations générales.....	74