



**Centre hospitalier
Guillaume Régnier
Rennes
(Ille-et-Vilaine)**

10-20 septembre 2012

Contrôleurs :

- Vincent Delbos, chef de mission ;
- Jean Costil ;
- Anne Galinier ;
- Thierry Landais ;
- Anne Lecourbe ;
- Yves Tigoulet (du 17 au 20 septembre 2012).

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes.

1 Conditions générales de la visite

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) le lundi 10 septembre 2012 à 15h55. Dès leur arrivée, ils ont rencontré le directeur de l'établissement et la directrice adjointe chargée de la qualité et tenu une réunion de présentation de la mission à laquelle participaient trente-quatre personnes représentant les services administratifs de l'hôpital, la communauté médicale, les personnels soignants, les représentants d'organisations syndicales, d'associations d'usagers et un patient.

Ils ont avisé du contrôle la directrice de cabinet du préfet de la région Bretagne, préfet d'Ille et Vilaine, avec laquelle, à la fin du contrôle, ils ont eu un échange téléphonique. Le président du tribunal de grande instance de Rennes et le procureur de la République de cette juridiction ont été informés de la visite et les contrôleurs se sont rendus à la cité judiciaire pour s'entretenir avec ces magistrats des conditions d'application de la loi du 5 juillet 2011. Le directeur du centre hospitalier avait informé l'agence régionale de santé de cette visite.

Des affichettes annonçant la visite des contrôleurs avaient été largement diffusées dans les services.

Les contrôleurs ont reçu les organisations syndicales représentatives des personnels qui en avaient fait la demande.

Ils ont rencontré l'ensemble des patients hospitalisés sous contrainte au moment de la visite. Selon leur état de santé, ils ont eu un échange ou un entretien avec eux, dans des conditions assurant la confidentialité.

Ils ont pu circuler dans l'ensemble de l'établissement dans des conditions permettant l'exercice de leur mission, la direction du CHGR ayant mis à leur disposition des clés permettant de se rendre dans toutes les unités à tout moment.

Ils se sont rendus, lors de la visite de nuit effectuée au CHGR, au service d'accueil des urgences situé au centre hospitalo-universitaire de Rennes.

Au jour du contrôle, trente-trois personnes étaient hospitalisées à temps plein pour des soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), dont deux ordonnées par un juge, et quatre au titre des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale, quatre-vingt-cinq personnes sur demande d'un tiers (SDT), dont quarante-sept en SDT d'urgence et neuf pour péril imminent.

Le tableau suivant, établi à partir des données communiquées par la direction de l'établissement, montre, au jour du contrôle (soit le 11 septembre 2012), la répartition des patients selon leur statut :

		%
Programme de soins péril imminent	10	
Programme de soins Resp Pénal	11	
Programme de soins SDRE	28	
Programme de soins SDRE Judiciaire	7	
Programme de soins SDT	30	
Programme de soins SDT Péril imminent	6	
Programme de soins SDT Urgence	34	
<i>SOUS TOTAL 1 programme de soins</i>	<i>126</i>	<i>50,1</i>
SDRE	33	
SDRE Carcéral	4	
SDRE Judiciaire	2	
SDT	29	
SDT Péril imminent	9	
SDT Urgence	47	
<i>SOUS TOTAL 2 hospitalisation complète et continue</i>	<i>124</i>	<i>49,9</i>
TOTAL	250	

Tableau 1 : statut des patients présents à l'établissement au 12 septembre 2012

Les contrôleurs se sont rendus dans l'unité d'hospitalisation à temps plein de pédopsychiatrie où ils se sont entretenus avec des personnels médicaux et soignants ; faute de temps, ils n'ont pu mener leurs investigations complètement et, dès lors, les éléments figurant ci-après et relatifs à cette partie de l'hospitalisation sans consentement doivent être considérées comme des constats provisoires méritant un examen ultérieur.

Lors de la visite de contrôle, une équipe de graffeurs animant un atelier thérapeutique intervenait dans l'hôpital ; différentes inscriptions ont été photographiées pour illustrer des aspects du rapport.



Le rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement ; les observations relatives aux erreurs matérielles ou inexactitudes factuelles figurant dans sa réponse du 6 mai 2013 ont été intégrées au présent rapport.

2 Présentation générale de l'établissement

2.1 L'implantation



2.1.1 Les origines du centre hospitalier

Le centre hospitalier Guillaume Régnier en 2012, est marqué par une histoire multiséculaire. A l'origine, l'établissement était destiné à recevoir des malades se rendant en pèlerinage ; il s'est progressivement spécialisé en établissement de soins en santé mentale.

Ancienne abbaye, dont il conserve des vestiges, le centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) occupe une emprise de vingt-trois hectares située à proximité du centre-ville de Rennes et du cœur de l'agglomération rennaise qui compte plus de 350 000 habitants.

Le CHGR est le siège de douze secteurs de psychiatrie adulte, dont trois regroupés dans un pôle hospitalo-universitaire, (soit selon le directeur neuf secteurs) desservant une population de 750 000 habitants, soit les deux tiers de la population du département (deux autres secteurs sont rattachés au centre hospitalier général de Saint-Malo et deux au centre hospitalier de Redon) ; cet établissement est également le siège de cinq secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

En dix ans (1999-2009), la population du département est passée de 867 533 habitants à 977 449 habitants ; elle était estimée à 1 005 830 habitants au 1er janvier 2010, l'essentiel de cette croissance, de presque 1% par an, s'étant opéré autour de l'agglomération rennaise.

Le CHGR est signalisé dans la ville. Il dispose de deux entrées pour les véhicules et les piétons, la première réservée aux agents de la direction, la seconde aux usagers, aux véhicules sanitaires et au personnel. De plus, un passage destiné aux véhicules d'incendie est, de fait, réservé aux piétons : il est ouvert de 7h jusqu'à 18h30 et permet aux patients de sortir du domaine pour accéder plus rapidement à la rue du général Leclerc, à un arrêt de bus rejoignant le centre-ville de Rennes et à une supérette située en face.

Depuis la gare SNCF de Rennes, trois itinéraires sont possibles par les transports en commun, d'une durée comprise entre 21mn et 26mn, et une correspondance, selon le site de l'autorité de transport de l'agglomération rennaise.

2.1.2 L'occupation du site du CHGR

Les principes d'occupation du site sont ceux qui avaient cours à la mise en application de la loi du 30 juin 1838 : une implantation à la campagne en périphérie d'une ville, selon un système pavillonnaire permettant de séparer les patients selon leurs pathologies. Le site a évolué tout au long des cent cinquante dernières années pour s'approcher d'une conception d'hôpital-village, sans abandonner les formes asilaires de ses origines et en admettant des constructions nouvelles plus inspirées des théories de l'hôpital urbain. Cet ensemble présente dès lors une certaine hétérogénéité.

En véhicule individuel, l'accès au centre s'effectue depuis la rue du Moulin de Joué, perpendiculaire à la rue du général Leclerc.

L'occupation de l'espace montre les étapes successives de constitution du site de l'établissement : depuis la rue du général Leclerc, voirie communale, une cour d'honneur permet de stationner six à huit véhicules légers, afin de desservir les bâtiments administratifs - la direction des ressources humaines sur la gauche et la direction générale sur la droite. Au centre de cette cour quelques marches conduisent à l'entrée principale de la chapelle : cet accès n'est ouvert, est-il précisé aux contrôleurs, qu'à l'occasion de manifestations officielles. Toutefois, lors de cérémonies d'obsèques, il peut également être en usage. L'ensemble est daté de la fin du XVIIIème siècle.

De l'autre côté et placé au bout de la parcelle occupée par le centre hospitalier, le chœur de la chapelle, recouverte par une coupole de haute dimension, domine le site. Ce bâtiment comporte de part et d'autre deux ailes parallèles, l'une comportant une unité de géronto-psychiatrie, l'autre des services administratifs et un accès à l'un des immeubles, de construction récente, du pôle hospitalo-universitaire.

Un jardin à la française forme la partie centrale de cet espace, qui s'achève par quelques marches permettant d'accéder à la voirie desservant les différentes unités du site. Celle-ci est articulée à partir de l'entrée du CHGR située rue du Moulin de Joué : elle est signalisée par des panneaux directionnels mentionnant les affectations des différents bâtiments, accompagnées d'un numéro permettant une référence à un plan d'accès situé à l'entrée. En outre, chaque axe de circulation porte une dénomination spécifique (rue Boris-Vian, rue André Breton, avenue Alfred Jarry pour l'allée centrale,...) dont la vocation est de permettre l'orientation.

Les circulations à l'intérieur du site comportent des voies particulières pour les piétons et les véhicules, sans que celles-ci soient toujours clairement séparées. Une toponymie a été mise en place pour dénommer ces voiries, et un plan de circulation a été élaboré.

Les secteurs sont devenus des pôles avec la réforme hospitalière issue de la loi du 21 juillet 2009, dite loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), à l'exception du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte qui regroupe plusieurs secteurs. Chaque pôle comporte des services administratifs centraux regroupés à proximité des unités de soins ou d'hospitalisation. Généralement, les services communs (blanchisserie, cuisine centrale, laboratoire, services techniques, restaurant des personnels) sont situés au centre de

l'emprise et donnent sur l'artère principale, l'avenue Alfred Jarry, à partir de laquelle se fait l'essentiel des distributions vers les différents bâtiments.

Une voirie circulaire permet de faire presque totalement le tour du domaine, à l'exception d'un passage souterrain sous les bâtiments affectés aujourd'hui à la direction générale, dénommé par les professionnels et les patients « le tunnel » : il est réservé aux piétons.



Le « tunnel »

Un site secondaire, situé à environ 200 m du site principal de l'hôpital Guillaume Régnier, le site du Bois-Perrin, regroupe l'ensemble des secteurs de pédopsychiatrie et dispose de l'unité intersectorielle d'hospitalisation infanto juvénile.

Au fond de l'emprise, en bordure d'un des axes de pénétration vers le centre-ville de Rennes, un jardin est en place, comportant des allées aux dénominations de destinations lointaines choisies par les patients (Sidney, Tahiti...). Il n'est pas ouvert sur l'extérieur et se trouve délimité d'un côté par la voirie urbaine précitée, de l'autre par un terrain de sport comportant au fond les murs d'enceinte de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Cette parcelle serait, selon les informations recueillies, l'objet de discussions en vue de sa cession.

2.1.3 Le bâtimentaire

Quelque cinquante bâtiments, de dimension, de construction et de style très différents, couvrent le site principal. Certains ont gardés leur forme d'origine et ont été entièrement réhabilités, avec une mise aux normes d'isolation et de confort contemporains ; deux ont été construits dans le cadre de la politique des unités de soins normalisés (USN) développée par le ministère en charge de la santé publique au début de la décennie 80 ; enfin, quelques uns sont de construction très récente - moins de dix ans - et témoignent

d'une certaine recherche architecturale conforme aux préoccupations du moment. Ainsi, le bâtiment dédié à l'accueil à l'entrée principale donnant sur l'avenue du Moulin de Joué, qui reçoit les personnes pour une consultation d'urgence ou d'orientation – le service psychiatrique d'accueil et d'orientation.

L'emprise est occupée, en arrière d'une ligne de bâtiments techniques et, en limite de la rue François Château, par un jardin et des serres utilisés par les patients (cf. § *infra*). Enfin, à l'extrémité Ouest de la parcelle, était en construction au moment du contrôle, l'UHSA, de quarante lits, en phase finale de réalisation – les murs d'enceinte étaient montés, les travaux de second-œuvre en cours et l'ouverture programmée au printemps 2013.

L'état du bâti est variable : les constructions les plus anciennes ont été soit réhabilitées, soit désaffectées ou affectées à d'autres usages que l'hospitalisation (locaux syndicaux par exemple). Des pavillons d'habitation ont été reconvertis en lieux ouverts aux patients. Les constructions plus récentes sont parfois dégradées : souffrant de beaucoup de malfaçons dès l'origine, les bâtiments des unités de soins normalisés posent de multiples problèmes de maintenance (fuites d'eau récurrentes dans les parties occupées, entraînant la neutralisation de chambres ou de locaux de soins) tandis que les immeubles contemporains – le laboratoire, la cuisine centrale – sont décrits comme fonctionnels et particulièrement ergonomiques. Un investissement immobilier est intervenu au cours des cinq dernières années afin, d'une part, de centraliser la biologie et, d'autre part, de reconstruire une cuisine centrale.

Au sein de l'équipe de direction, la politique du patrimoine a été confiée à un personnel administratif et les problèmes évoqués précédemment font l'objet de manière périodique de questions examinées en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Les personnes hospitalisées sont dans dix-huit unités de soins à temps plein, qui peuvent occuper un étage d'un pavillon ou tout un bâtiment. A la suite de deux événements survenus à la fin de l'année 2011 – l'incendie d'une unité par une patiente et la sur-occupation de l'établissement ayant atteint un seuil critique – , une opération de déménagement de deux unités après l'incendie et un plan d'ouverture de lits supplémentaires négocié avec l'agence régionale de santé (ARS) ont été mis en place entraînant des modifications dans la localisation et l'affectation des pavillons par pôle.

2.2 Les personnels

2.2.1 Le personnel médical¹

Le corps médical représente 5,2 % des personnels du centre hospitalier Guillaume Régnier et 14 % des personnels de catégorie A. Le centre hospitalier ne rencontre pas de difficulté particulière pour le recrutement ; lors de la visite des contrôleurs, un seul poste de praticien hospitalier à temps plein était vacant ; un médecin était en cours de recrutement.

¹ Les tableaux des effectifs ne mentionnent pas les pôles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire, ni le pôle addiction et précarité. Seuls les effectifs des pôles contrôlés sont détaillés.

L'hôpital accueille vingt postes d'interne en psychiatrie, médecine générale, biologie et pharmacie.

Les femmes représentent 54 % de la communauté médicale ; 40 personnes sur 130 ont 56 ans et plus. En 2011, huit médecins ont quitté l'établissement (dix-sept en 2010) et quatorze ont été recrutés.

La future UHSA accueillera au cours du premier semestre 2013 deux équivalent temps plein (ETP) de praticien hospitalier en psychiatrie et 0,5 ETP de praticien hospitalier en médecine générale.

Les postes de médecins généralistes sont attribués pour trois secteurs. Ainsi, les secteurs 35 G 04, G 06 et G 07, sont dotés de deux ETP de praticien hospitalier en médecine générale ; il en est de même pour les secteurs G 03, G 09 et G 12 ; les secteurs G 05, G 08 et G 10 ont un poste de praticien en médecine générale vacant et disposent de 0,8 ETP de praticien attaché sur le secteur G 08.

Le service de psychiatrie d'accueil et d'orientation (SPA0) est doté de 2,6 ETP de praticien hospitalier en psychiatrie.

Le tableau des effectifs des médecins est le suivant² :

12 septembre 2012	35G03		35G12		35G09		35G04		35G05		35G06		35G07		35G08		35G10		SPA0		SMT	
	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R
PU-PH	2	2																				
PH Temps plein	4,5	3,5	1	0	3,5	3,5	3,5	3,3	5,4	4,4	5,5	4,6	4	4	4	3,9	4,9	4,5	2	2	2	0,5
PH médecine générale	0,6	1			1	1	1	0	1	0			1	1								
PH Temps partiel	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0					0	0	1	0,6	1	0,4	
Chef de Clinique	1	1									0					0	0					
Assistant			2	2	2	2	0	1	0	0			1	0	1	1						
Interne	5	6			2	2	2	3	1	1	1	1			1	0			0	1		
FFI													1	1					0	1		
MA spécialisée		0,4		1				0,4	1,1	1,1		1		0		1		0,4	0	0		2,6
MA MG								0,4										0,6	0	0		

La formation continue des médecins peut être accordée sans prise en charge financière ; (cinquante-deux personnes en ont bénéficié en 2011) ou avec prise en charge financière pour soixante-dix-huit praticiens en 2011³.

² PU-PH : professeur des universités, praticien hospitalier, PH TP : Praticien hospitalier temps plein, PH MG : praticien hospitalier en médecine générale, FFI : faisant fonction d'interne (médecins étrangers en cours de formation), MA : médecin attaché.

2.2.2 Le personnel non médical

Lors de la visite des contrôleurs, l'effectif des personnels non-médicaux de la totalité des secteurs du centre hospitalier Guillaume Régnier était le suivant :

	35G03 35G12	35G04	35G05	35G06	35G07	35G08	35G09	35G10	Fédération	Service Médico technique
	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP
<i>Adjoint administratif hospitalier</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2
<i>Art-thérapeute</i>	0,80									
<i>Assistant médico-administratif</i>	6,50	3	2,50	3,50	3	3	4		1	1
<i>ASH</i>	11	6	9	7	7	6,80	9	7	4	
<i>AS jour</i>	35,10	20,60	25,65	18,50	22,20	18,20	31,90	20,90	10	4,80
<i>Assistante socio-éducatif</i>	4	3	2,50	2,50	3	3	3	3	0,50	
<i>Cadre socio-éducatif</i>										1
<i>Cadre supérieur de santé</i>	1	1	1	1	1	1	1	1		1
<i>Cadre de santé</i>	7	4	5	4	4	4	5	4		
<i>Cadre de santé kinésithérapeute</i>										1
<i>Cadre de santé pharmacie</i>										1
<i>Ergothérapeute</i>					1					
<i>IDE jour</i>	97,80	54,20	66,80	60,30	59,00	57,80	70,80	55,70	40,10	10,30
<i>Manipulateur électroradiologie</i>										1,20
<i>Masseur kinésithérapeute</i>										1
<i>Préparateur en pharmacie</i>										7
<i>Psychomotricienne</i>									0,70	
<i>Psychologue</i>	3,5	3,5	3	4,20	3	3		2,5	0,90	
<i>Technicien de laboratoire</i>										3,50

Il est à noter qu'il n'y a ni orthophoniste ni éducateur spécialisé.

Les remplacements pour les congés de longue durée et les congés de longue maladie sont assurés. Les absences pour maladie sont remplacées au-delà d'un mois. Le CHGR ne fait pas appel aux infirmiers intérimaires ou jeunes retraités. Un pool d'une vingtaine d'agents travaillant en dix heures permet de suppléer aux absences ponctuelles.

Les formations proposées sont la gestion de l'agressivité, la spécialisation vers les soins ambulatoires et la pratique soignante en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Le tutorat pour les élèves infirmières est maintenu malgré la disparition d'un financement spécifique. En 2012, trois aides-soignantes ont pu accéder à la formation d'infirmière et cinq infirmières à la formation de cadre de santé.

Le service social est composé de cinquante assistantes de service social et cadres socio-éducatifs, pour 42,80 ETP. Les assistantes du service social se répartissent sur les pôles de psychiatrie adulte (neuf secteurs), les pôles enfants/adolescents (trois inter secteurs et un pôle de recherche), la maison d'accueil spécialisée et les unités de pédopsychiatrie au « Placis vert », les services de gériatrie à Rennes, Châteaugiron, Bruz, et le service d'accueil familial, le pôle addictions et précarité (service d'alcoologie, le centre spécialisé en alcoologie, le centre de soins en toxicomanie, l'équipe mobile précarité).

3 Pour un coût total de 50 900 euro en 2011.

Les assistantes sociales se répartissent de la manière suivante sur les différents secteurs :

- 35 G 03, 35 G 12, 35 G 09 : sept postes ;
- 35 G 04 : trois postes ;
- 35 G 05 : trois postes ;
- 35 G 06 : trois postes ;
- 35 G 07 : quatre postes ;
- 35 G 08 : trois postes ;
- 35 G 10 : trois postes ;
- 35 I 04 : cinq postes ;
- 35 I 02 : deux postes ;
- 35 I 09 : trois postes ;
- Fédération : un poste mi-temps.

Le service social a rencontré 6 045 personnes en 2011, soit 22 % de la file active des patients suivis tant en hospitalisation qu'en consultation.

La supervision des équipes peut être mise en place à la demande de celles-ci. Elle sera alors intégrée au budget de formation. Lors de la visite des contrôleurs aucune supervision n'était en cours.

2.3 Les données financières

2.3.1 Le compte de résultat principal

En 2011, les charges financières de l'établissement se sont élevées à 114 056 959,43 euros, alors que les produits représentent une masse de 113 647 452,62 euros. L'exercice du budget annuel s'est donc clos par une **situation déficitaire de 409 506,81 euros**, alors qu'en 2010 l'établissement enregistrait un résultat excédentaire de 1 108 652,24 euros.

Les charges d'exploitation en 2011 se répartissent à hauteur de 81 % en charges de personnel (la part du personnel médical, est en progression de 4,92 % et celle du personnel non médical, en hausse de 1,75 %), les 19 % se répartissant entre les charges à caractère médical (en augmentation de 3,08 %), les charges à caractère hôtelier et général (en croissance de 5,04 %) et les charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles.

Les produits d'exploitation proviennent pour 85 % de l'assurance maladie (en recul de 0,95 %).

Le compte de résultat prévisionnel principal pour 2012 est établi avec une masse de 113 671 820,84 euros de charges pour 112 934 810,17 euros de produits, soit **un déficit prévisionnel** de 737 010,67 euros.

L'analyse financière du compte de résultat principal fait ressortir une contrainte financière qui grève les marges de manœuvre budgétaires pour les années à venir, notamment en matière d'investissements.

2.3.2 L'investissement

La capacité d'autofinancement s'élevait à 7 168 000,04 euros en 2011 alors qu'elle était de 9 557 706,75 euros en 2010, soit une baisse de 25 %.

Les ressources externes sont constituées par :

- les emprunts, qui s'élèvent à 26 217 840 euros dont 68,21 % sont à taux fixe, et 31,79 % à taux variable ;
- les dotations et subventions au titre de l'année 2011 constituées par une subvention de 58 885,36 euros pour la construction de l'UHSA, une autre de 7 000 euros pour la réalisation d'un jardin à l'unité de soins de longue durée (USLD), et une dotation de 14 635,70 euros au titre de la taxe d'apprentissage ;
- d'autres ressources provenant d'immobilisations financières et de cessions d'éléments d'actifs pour un total de 59 011, 58 euros.

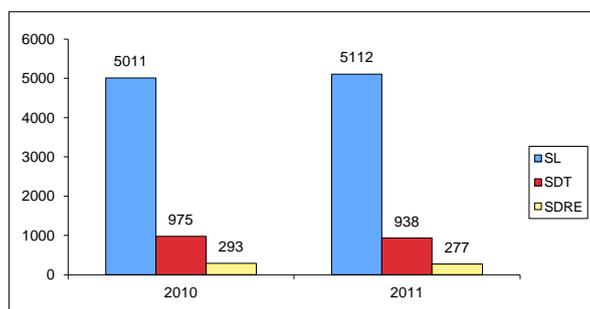
Le financement des investissements progressé de 17,75% entre 2010 et 2011.

Les dépenses de maintenance se sont élevées à 1 039 933, 53 euros, tous budgets confondus.

Par ailleurs en 2011, l'établissement a versé un total de 113 199,89 euros de subventions dont 90 299,89 euros aux associations des services hospitaliers ainsi que 23 170 euros à des organismes divers ; il a en outre affecté 60 500 euros de crédits pour les activités «alimentation-culinothérapie».

2.4 L'activité

Selon les données du rapport de gestion pour l'année 2011, l'activité du centre hospitalier s'établissait ainsi, s'agissant des modes d'hospitalisation⁴ :



⁴ SL : soins libres ; SDT : soins à la demande d'un tiers ; SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat

ADMISSIONS PAR MODE D'HOSPITALISATION (hospitalisation plein temps)					
	2010⁵		2011		Lors de la visite des contrôleurs
	Valeur absolue	%	Valeur absolue	%	Valeur absolue
SDRE	293	4.66	277	4.37	34
SDT	975	15.53	938	14.83	26
HL	5 011	79.81	5 112	80.80	522
					106
TOTAL	6 279	100	6 327	100	

Les admissions sous contrainte représentent, en 2011, 19,2% des admissions. Lors de la visite des contrôleurs 11,5% des patients hospitalisés, l'étaient sans leur consentement.

NOMBRE D'ADMISSION SOUS CONTRAINTE (Admissions directes + transformations de mode d'hospitalisation)							VARIATIONS 2009/2010 (en %)
2010			2011				
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	
SDRE	199	94	293	174	103	277	-5,46
SDT	494	481	975	515	423	938	-3,79
TOTAL	693	575	1 268	689	526	1 215	-4,18

La mise en place de la loi HPST a été complexe au sein de l'établissement, mais si beaucoup de responsables de secteurs ont souhaité la conversion de ceux-ci en pôle, la

⁵ La source des extractions étant différente en 2011, les chiffres de 2010 ont été également recalculés sur ces mêmes bases afin de conserver une cohérence dans la comparaison entre les deux exercices.

réorganisation voulue par la loi a permis de passer de dix-neuf secteurs à douze pôles par regroupement, notamment autour du pôle hospitalo-universitaire, de trois secteurs.

La durée moyenne d'hospitalisation qui était en 2010 aux alentours de trente jours a baissé pour atteindre vingt-deux jours en 2012, en moyenne pour l'ensemble du CHGR. Cette baisse est encore considérée comme insuffisante par la direction de l'hôpital mais elle s'inscrit dans une tendance régionale dans laquelle le nombre de journées d'hospitalisation est supérieur à la moyenne nationale (6 500 journées pour 100 000 habitants au niveau régional et 4 500 au niveau national).

2.5 Les capacités de l'établissement

Selon les données fournies par la direction de l'établissement, les capacités s'établissent ainsi au jour du contrôle :

Pôles cliniques	Lits HC 2012	Population sectorisée 2009	ratio lits/10 000 hab en 2012 (sur la base de la population sectorisée 2009)	2009	2010	Variation du nombre de lits 2009-2012
Psychiatrie générale						
Pôle universitaire						
Deniker	19					
De Clérambault	25					
Kraepelin	15					
G Swain	25					
G Canguilhem	25					
Pinel	26					
Pussin	20					
Botrel	28					
Ste Anne	20					
Total	203	264 709	6,61	207	207	-4
Secteur 35 G 04		82 885	6,64			
Regain	20					
Brocéliande	20					
Les Marronniers	15					
Total	55			55	55	0
Secteur 35 G 06		103 848	6,64			
A de Bretagne	24					
Mucchielli	25					
P Janet	20					
Glycines	0					
Total	69			77	70	-8
Secteur 35 G 07		91 537	4,92			
Ste Elisabeth	25					
J Cade	20					
St Vincent	23					
Total	68			68	68	0
Total des 3 pôles	192	278 270	6,07			
Secteur 35 G 05		74 300	9,15			
Magnan	23					
Morel	25					

Pôles cliniques	Lits HC 2012	Population sectorisée 2009	ratio lits/10 000 hab en 2012 (sur la base de la population sectorisée 2009)	2009	2010	Variation du nombre de lits 2009-2012
P Bernard (mutualisé G08/G10/G05)	20					
Falret	22					
Total	90			92	92	-2
Secteur 35 G 08		108 536	5,53			
Racamier	20					
J Wier	20					
H Laborit	20					
Daumezon	0					
Total	60			80	80	-20
Secteur 35 G 10		73 300	6,68			
Paumelle	25					
J Delay	24					
Laennec	19					
Bournonville	0					
Total	68			68	78	
Total des 3 pôles	218	256 136	6,91			
UHCD						
total psy générale	613	799 115	6,08	657	640	-34
Psychiatrie enfant et adolescents						
Plaquis Vert	8					
Fédération	36					
Service adolescents	9					
Total psy infanto juvénile	53					
Addictologie						
PAP (alcoologie Iris)	10					
UMA						
Total	10					
Personnes âgées						
USLD	80					
EHPAD	120					
MAS	220					
TOTAL GENERAL	1096					

Le CHGR a connu depuis le début de l'année 2011 différents événements ayant créé un contexte de fortes tensions s'agissant des places occupées. Un incendie d'origine humaine a entraîné la destruction d'une unité d'hospitalisation et un plan blanc a été déclenché (cf. § 5.2)

3 LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

3.1 L'arrivée des patients, le service psychiatrique d'accueil et d'orientation et la psychiatrie aux urgences du CHU

3.1.1 Le service des admissions et l'organisation mise en place

3.1.1.1 Le bureau des admissions

Toute personne se présentant au CHGR en vue d'une hospitalisation passe par le bureau des admissions (BA). Ses locaux sont situés dans un bâtiment récent édifié à droite de l'entrée principale de l'établissement, partagé avec le service psychiatrique d'accueil et d'orientation (SPA0) et le bureau d'accueil.

Le personnel du service est constitué de six agents (4,3 ETP) dont un attaché administratif qui en assure la direction.

Les locaux sont ouverts de 8h à 17h45 ; en dehors de ces horaires, les formalités d'admission sont accomplies par l'agent présent au bureau d'accueil. Ils sont constitués d'une salle principale, séparée en deux espaces par une demi-cloison semi-circulaire surmontée d'une vitre. La partie située à l'avant de cette cloison constitue un espace d'accueil pour les personnes venant procéder aux formalités d'admission ; des sièges sont disposés devant des guichets aménagés dans cette demi-cloison. L'arrière et les côtés de la pièce constituent l'espace de travail des agents du bureau. Le local est agencé de telle sorte que les agents travaillant derrière la demi-cloison ne peuvent être vus par les personnes qui se présentent au guichet.

L'accomplissement des formalités administratives prend peu de temps.

Un **dossier administratif** est ouvert lors de l'arrivée d'une personne, quel que soit le mode d'admission. Un dossier d'admission est également ouvert pour toute personne se présentant au SPA0, alors même que la décision d'hospitalisation n'est pas prise et ne le sera peut-être pas. Dans ce dernier cas, l'admission sera annulée.

En régime **d'hospitalisation libre**, la personne peut se présenter pour une hospitalisation programmée – auquel cas elle figure sur la liste des personnes attendues transmise au bureau des admissions par chaque unité – ou sur indication d'un médecin de ville. Le dossier administratif est ouvert : y sont versés les photocopies du certificat médical, le cas échéant de la carte d'identité, de l'attestation d'assurance maladie et de mutuelle. Ces opérations réalisées, le personnel de l'unité d'accueil est appelé et la personne s'y rend seule si elle le peut ; dans le cas contraire, elle y est transportée par l'ambulance qui l'a conduite au CHGR ou encore, un agent de l'unité d'accueil vient la chercher.

En cas **d'hospitalisation sur décision du représentant de l'État (SDRE)**, le patient se trouve en général dans un service d'urgence ou sous la surveillance de forces de l'ordre. Le BA est informé par les personnes en charge du malade - SAMU, sapeurs-pompiers, police ...- qu'une procédure d'hospitalisation en SDRE est initiée. Si le patient est dans un service hospitalier, celui-ci a pris contact avec l'ARS pour faire établir l'arrêté préfectoral. En attendant que l'arrêté préfectoral ou l'arrêté municipal (article L.3213-2 du code de la santé publique) soit établi et transmis, le BA recherche un lit disponible dans une unité, voire, le cas échéant, une chambre d'isolement.

Le service central de l'unité d'accueil organise le transport du malade vers l'hôpital avec un véhicule de l'établissement, rarement disponible, ou, plus fréquemment, en ayant recours à une entreprise privée sous contrat avec le CHGR. Lorsque l'arrêté est parvenu au CHGR, deux personnels soignants se rendent sur les lieux où se trouve le malade en emportant avec lui les documents de prise en charge, le matériel de contention et le téléphone portable de l'hôpital. Il a été indiqué aux contrôleurs que le délai de réponse jusqu'au départ du véhicule de l'hôpital était généralement inférieur à une heure.

Un bulletin d'admission est transmis à l'ARS. Le certificat de 72 heures, le certificat de huitaine et l'avis conjoint seront également transmis par télécopie à l'ARS, les originaux lui étant parallèlement envoyés par courrier.

Entre 17h30 et 8h et durant les week-ends, c'est l'agent d'accueil qui organise le transport.

Il est arrivé que les circonstances mentionnées sur le certificat médical ne permettent pas de justifier une admission sous le régime du SDRE. La personne est prise en charge mais le BA envoie une observation à l'ARS – jointe aux pièces de la procédure d'admission. Il a été relevé dans une situation particulière que le régime d'hospitalisation avait été immédiatement transformé en hospitalisation sur demande d'un tiers. À l'inverse, l'ARS peut refuser de prendre un arrêté de SDRE, auquel cas, le malade sera pris en charge selon la procédure de péril imminent (article L.3212-1 II 2° du code de la santé publique).

La procédure est la même pour une personne détenue hospitalisée sur le fondement de l'article D.398 du code de procédure pénale, à ceci près que l'avis conjoint est rédigé par un médecin du CHGR et contresigné par un médecin du service médico-psychologique régional (SMPR).

En cas d'**hospitalisation sur demande d'un tiers**, ce dernier remplit une demande d'admission manuscrite sur papier libre, en recopiant la formule qui lui est fournie par le BA. Les certificats médicaux sont vérifiés par le bureau des admissions ; son chef, qui a délégation de signature, signe la décision d'admission en soins psychiatriques.

Si la mesure est confirmée par le certificat de 72 heures, la décision de maintien est formellement prise. En revanche, si la mesure de soins contraints se poursuit sous la forme d'un programme de soins, la décision correspondante n'est pas formalisée : le programme de soins est simplement contresigné, par délégation du directeur, par le chef du BA. De même, les décisions mensuelles ultérieures de maintien en hospitalisation ne sont ni formalisées ni, par suite, notifiées. Pour justifier cette pratique, dont la direction de l'hôpital a été informée, il a été indiqué que l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 n'a pas été assortie d'une augmentation des effectifs du BA pour assurer le traitement administratif des procédures et qu'à effectif constant, seules les décisions initiales privatives de liberté et les notifications de levée de la mesure étaient formalisées.

Les certificats mensuels sont établis ; l'ARS est destinataire des originaux contresignés, alors que ce sont des copies des certificats initiaux qui lui sont transmis ; elle n'a présenté aucune observation sur l'absence de décision formalisée. Une copie de ces certificats est également transmise au procureur de la République et une autre figure dans le dossier médical du patient. Aucune ne figure dans le dossier administratif : ces certificats sont seulement « pointés » dans le suivi des dossiers.

Dans tous les cas, les décisions et certificats sont notifiés au patient. Le formulaire de notification, en quatre exemplaires, et les autres documents joints, sont adressés au service central du pôle dans lequel le patient a été hospitalisé.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, les hospitalisations sous contrainte hors SDRE s'étaient réparties, au jour du contrôle, de la façon suivante :

Mode d'admission	Art.3212-1 (SDT)	Art. 3212.3 (Urgence)	L.3212-1 II 2° Péril imminent	Total
Femmes	177 39,78 %	187 42,02 %	81 18,20 %	445 100 %
Hommes	192 37,65 %	207 40,59 %	111 21,76 %	510 100 %
Total	369 38,64 %	394 41,26 %	192 20,10 %	955 100 %

3.1.1.2 Le service psychiatrique d'accueil et d'orientation (SPA0)

Le SPA0 a été mis en place en 2005. Sa conception clinique et architecturale a été confiée au médecin chef de ce service. Il accueille les personnes qui se présentent spontanément à l'hôpital, accompagnées de leur famille, conseillées par un médecin traitant ou sur leur propre initiative.

Le service, qui était logé à sa création dans un bâtiment préfabriqué de type *Algéco*[®] de 40 m², occupe désormais une partie du bâtiment situé juste à droite, à l'entrée du CHGR. Le sas d'entrée donne directement sur un espace d'accueil meublé de fauteuils, d'une petite fontaine et ornementé de plantes vertes et éclairé par un puits de lumière qui surplombe un patio central. Autour de celui-ci, un espace de circulation dessert huit bureaux et une salle de soins. De l'autre côté du patio et éclairé par la même lumière naturelle, est installé un coin cuisine - avec évier, table et chaises - où peuvent être préparées des boissons chaudes. À l'arrière de ce premier espace, un couloir dessert six bureaux dont trois donnent sur un second patio et trois sur la rue. Par le soin de son agencement et son éclairage, l'ensemble dégage une particulière atmosphère de sérénité.

Le personnel du service est constitué d'un psychiatre, un interne (en médecine du travail), neuf infirmiers (8,6 ETP), une aide-soignante, une secrétaire.

Le service fonctionne tous les jours de 9h à 22h, ayant été constaté que 87 % des présentations spontanées à l'hôpital ont lieu entre 9h et 20h30. Deux infirmiers effectuent un service de 9h à 14h40, un de 11h à 18h40 et deux de 14h à 22h, cette dernière limite étant souvent dépassée lors d'accueils tardifs. Le week-end, deux équipes de deux infirmiers assurent le service de 9h à 22h.

3.1.1.3 Le processus d'accueil

Le groupe de travail qui a élaboré le projet – validé par la commission médicale de l'établissement (CME) – lui a donné la mission d'optimiser la qualité de l'accueil des patients, d'évaluer leur état, d'apporter des soins psychiques immédiats et de proposer l'orientation la plus adéquate à leur situation en privilégiant l'accompagnement en ambulatoire. Le service se veut également une interface entre l'hôpital et l'entourage des patients (famille, travailleurs sociaux...).

Le principe du mode d'accueil du SPAO est de « dilater le temps de l'urgence ».

La personne qui arrive, en crise, est accueillie par « l'intendante », une aide-soignante, qui évalue ses besoins immédiats – soif, faim, froid, fatigue – et prend en compte les préoccupations de la famille qui accompagne. Elle présente le service et les séquences de prise en charge. Cette phase n'est pas un temps d'attente, on offre un café, le patient est considéré « comme un citoyen », accueilli « dans son entièreté ».

Suivent ensuite une prise en charge en trois temps :

- l'exploration : il s'agit d'un temps d'écoute, d'entretien, de pacification de la rencontre, d'exploration du symptôme et d'examen somatique avec l'infirmier. C'est également une prise de contact, en accord avec le patient, l'entourage, les différents partenaires ; l'infirmier « réinterroge le parcours de vie sociale », les loisirs, les centres d'intérêts... ;
- l'élaboration : l'infirmier rapporte au psychiatre, éventuellement en présence du patient, ce qu'il a récolté et transformé par sa présence à lui. Ce temps de travail permet de dégager les éléments essentiels de l'entretien infirmier : la sémiologie actuelle, le fonctionnement habituel du patient, ses antécédents psychiatriques, les prises en charge antérieures, le suivi psychiatrique, les traitements et la qualité de l'alliance thérapeutique, l'évaluation des capacités du patient à comprendre le caractère pathologique de son état ;
- l'accueil du sujet avec son symptôme : c'est un entretien avec le psychiatre, un temps de conclusion, où la décision d'orientation est prise.

L'ensemble de ces trois phases dure environ une heure et demie. Ces périodes sont entrecoupées de phases de repos, d'appels téléphoniques, d'attente avec la famille ... Il peut arriver qu'une personne reste plusieurs heures, notamment lorsqu'elle est alcoolisée.

À l'issue du processus d'accueil et d'orientation, plusieurs options sont possibles : la personne peut repartir avec un relais extérieur, éventuellement avec un rendez-vous au SPAO dans la semaine, dans l'attente d'un rendez-vous avec un psychiatre libéral ou dans un CMP. Ces options visent à maintenir l'étayage et éviter l'hospitalisation. 43% des personnes qui se présentent repartent sans être hospitalisées.

Lorsqu'une personne se présente après 21h, elle est examinée par un interne de garde de l'hôpital qui appelle éventuellement un praticien hospitalier.

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, le personnel du SPAO prend contact avec le secteur de référence de la personne, à charge pour ce dernier de trouver un lit

d'hospitalisation, recherche qui peut prendre jusqu'à dix heures et dure en moyenne deux heures et demie. Si une place est libre, l'équipe du SPAO prend un contact téléphonique avec l'équipe de l'unité d'hospitalisation et l'aide-soignante ou un des deux infirmiers du SPAO conduit la personne à l'unité.

Il arrive que des personnes passant par le SPAO, fassent l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers. Cette situation demeure rare, moins d'un cas par mois.

Au cours de l'année 2011, 2 889 personnes ont été reçues par le SPAO, soit en moyenne 7,8 personnes par jour, selon la répartition suivante : 10 le lundi, 8,8 le mardi, 8,6 le mercredi, 8,5 le jeudi, 9 le vendredi, 6,1 le samedi et 4,5 le dimanche.

La communauté médicale est consciente de l'accueil actuellement imparfait des patients en raison d'une forte occupation des lits. Elle attend une amélioration lors de l'ouverture de l'unité d'accueil psychiatrique des urgences du CHU.

3.1.1.4 La psychiatrie au service des urgences du CHU

Au service des urgences du CHU Pontchaillou, le pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte dispose d'une unité de consultation de psychiatrie et de psychologie médicale. C'est ce pôle qui assure la participation au service des urgences médicales et à la psychiatrie de liaison dans les autres services du CHU.

Trois praticiens hospitaliers et deux internes, ainsi qu'un cadre de santé et deux infirmiers sont affectés aux urgences. Les personnels soignants sont positionnés dans le bureau infirmier du service des urgences, ce qui leur permet de partager l'information.

Dans le cadre des urgences, l'équipe de psychiatrie est sollicitée en seconde intention par les urgentistes pour les tentatives de suicides et la prise en charge des urgences psychiatriques. Elle dispose d'un bureau d'entretien qui comporte une liaison informatique avec le logiciel de gestion médicale des unités de soins de psychiatrie adulte CIMAISE du CHGR, permettant de savoir si le patient examiné est déjà connu d'un service de cet établissement.

Ce bureau de consultation est installé sur le côté du comptoir de l'admission des urgences, derrière des portes battantes. Il permet un entretien en toute confidentialité.

Rattachés au CHU, les psychiatres peuvent établir le premier certificat médical dans le cadre d'une procédure de soins contraints, sans être considérés comme des médecins de l'établissement d'accueil dès lors qu'ils sont rattachés au CHU.

Le service s'estime reconnu au sein du pôle des urgences, même si les locaux qui lui sont dédiés sont parfois limités. Toutefois, la perspective de l'ouverture prochaine – au premier trimestre 2013 – d'un nouveau bâtiment des urgences, qui recevra également l'unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale (UHSI) de Rennes, devrait, selon les personnels, résoudre ces difficultés matérielles d'installation.

3.1.2 La période initiale de soins et d'observation

3.1.2.1 Les informations données aux malades

Lors de son arrivée dans une unité, le patient est accueilli par un infirmier ou le cadre de santé qui lui explique le fonctionnement de l'unité et lui donne des informations plus générales sur celui de l'établissement. Le mode d'admission fait l'objet d'informations

propres dispensées dans toutes les unités par le psychiatre, dans un premier entretien, puis par un infirmier ou le cadre de santé.

3.1.2.2 Le livret d'accueil

L'établissement a élaboré deux livrets d'accueil, l'un destiné aux patients adultes, l'autre aux enfants accueillis dans l'unité de psychiatrie infanto-juvénile.

Le premier apporte toutes les informations sur les conditions matérielles de séjour. Il explicite l'organisation des soins et le rôle de chacun ; il rappelle que le patient peut désigner une personne de confiance ; il indique les services à disposition : interprète, culte, courrier etc. Il ne mentionne pas le service de buanderie, précisant au contraire que le patient doit assurer l'entretien de son linge personnel.

Les trois régimes d'admission possibles - hospitalisation libre, SDT et SDRE - sont mentionnés sans explication sur chacun. Le SDT est présenté selon ses deux possibilités d'exception - soins pour péril imminent ou dispositif d'urgence - sans préciser le régime normal de la demande d'un tiers.

Il est précisé qu'à la demande du patient, sa présence dans l'établissement peut ne pas être divulguée.

Les droits de la personne hospitalisée sont rappelés et explicités, notamment les conditions d'accès au dossier médical ; les missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) et celles de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) sont précisées ; l'adresse de cette dernière pour saisine est indiquée.

La charte de la personne hospitalisée est reprise en dernière page.

Le livret destiné aux patients de l'unité infanto-juvénile donne des informations du même ordre, adaptées à la situation : y figurent l'existence des possibilités de scolarisation et des extraits de la Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989.

Il a été indiqué que les patients portaient rarement attention au contenu du livret d'accueil à leur arrivée. Dans certaines unités, des exemplaires en sont laissés dans les salles collectives ; les soignants y font référence plus tard dans le séjour ou les relisent avec les patients.

En principe, un livret est distribué à chaque personne hospitalisée. Au 13 septembre 2012, 2 200 livrets d'accueil adultes avaient été livrés à l'hôpital depuis le début de l'année et 1 465 avaient été distribués, pour plus de 6 000 entrées depuis cette période, soit un taux de diffusion inférieur à 25 % Ces chiffres étaient respectivement de 200 et 60 pour les livrets en psychiatrie infanto-juvénile.

Le livret d'accueil comporte seize pages en couleur sur du papier glacé avec un bref historique du lieu et sur la dernière page un plan de la ville de Rennes.

Le sommaire est ainsi découpé :

- la présentation du centre hospitalier avec la sectorisation des soins de santé mentale ;
- l'admission ;

- le séjour : les frais d'hospitalisation, les soins, la personne de confiance, la vie pratique, les cultes, les élections ;
- les droits ;
- la sortie ;
- un résumé en onze points de la charte de la personne hospitalisée.

Sont ajoutés en fiches volantes : un plan de l'hôpital, la liste des associations au service des personnes malades, la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge, « Votre douleur, parlons-en », un questionnaire de satisfaction à remplir avec une enveloppe, les consignes incendie.

Par ailleurs, est en préparation un autre livret « Droits et information des usagers », destiné aux professionnels, qui se décline en six chapitres et cinquante-six pages :

- droit à l'accès aux soins ;
- information et consentement aux soins ;
- droit au respect de la dignité et de l'intimité ;
- droit aux libertés individuelles ;
- exercice des droits des usagers ;
- prévention de la maltraitance - promotion de la bientraitance.

Aucun de ces deux documents ne comporte les adresses postale ou électronique, ni un numéro de téléphone, des autorités concernées tant au plan national que local.

3.1.2.3 Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011

La loi du 5 juillet 2011 prévoit que la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement doit être informée « le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état de la décision d'admission » et de chacune des décisions de maintien en soins.

Dans les 24 heures suivant son entrée dans une unité d'admission du CHGR, tout patient est examiné par un psychiatre. Il a été indiqué que c'est le psychiatre qui, au cours de cet examen et si l'état du patient le permet, informe les personnes admises en application de cette loi de leur mode de placement, SDT ou SDRE. Il peut leur expliquer la présentation éventuelle, si le séjour dépasse quinze jours, devant le juge des libertés et de la détention. Dans les jours qui suivent l'admission, le BA fait parvenir aux services centraux du pôle de l'unité d'admission un formulaire de notification, selon le cas, d'une décision du directeur du CHGR ou d'un arrêté du représentant de l'État.

Ce formulaire est constitué de quatre feuillets autocopiants. Il mentionne que la personne dont le nom est indiqué reconnaît avoir reçu notification de la décision dont elle fait l'objet et un exemplaire du certificat médical ou de l'avis justifiant la décision. Le même formulaire établit que le patient a eu copie du programme de soins et a été informé de sa situation juridique, de ses droits et voies de recours.

Il prévoit, en bas de page, une attestation qui doit être signée par deux personnes, indiquant leur identité et leur qualité, attestant, selon le cas, que « la personne hospitalisée a refusé de signer l'accusé de réception mais que la copie de la décision lui a été remise » ou « n'avoir pas pu effectuer la notification à l'intéressé pour les raisons suivantes ».

La première page reste au dossier administratif du patient sans être adressée au pôle ; elle n'est donc pas présentée au patient. Le cadre de santé de l'unité ou un infirmier reçoit le patient pour lui faire signer la notification. À cette occasion, il a été indiqué que le soignant réexplique au patient sa situation, la procédure devant le JLD, l'informe qu'il peut prendre un avocat ; souvent l'intéressé n'en comprend pas l'intérêt : « je n'ai rien fait ». Pour la même raison, il refuse de signer la notification, pensant que celle-ci l'engage. Un exemplaire est conservé au dossier médical du patient, un autre au dossier administratif et le dernier est transmis à l'ARS.

Au cours de cet entretien, le ou les certificats médicaux assortissant la décision sont remis à l'intéressé. Lui seront notifiés par la suite les certificats de huitaine et avis conjoints.

Pour les SDRE, le BA transmet par télécopie les arrêtés préfectoraux aux services centraux des unités qui disposent de liasses de notification.

Pour les SDT, le BA adresse la liasse de notification avec la décision du directeur et les certificats.

Le tout est acheminé par le courrier intérieur. Selon les informations recueillies, la notification est opérée dans des délais tels que le certificat de 72 heures est déjà rempli et communiqué en même temps que la décision initiale.

Les certificats mensuels sont également notifiés aux patients en SDRE car la procédure est gérée par l'ARS ; les certificats mensuels de maintien en soins des personnes en SDT ne leur sont pas notifiés pour les motifs relatés plus haut, liés au manque de personnel.

Le suivi du calendrier de la procédure – notifications, établissement des certificats – est à la charge des services centraux des pôles. Le BA dispose d'un outil logiciel de suivi de la procédure mais ne vérifie pas que les notifications lui reviennent signées. (cf. *infra* § 3.2.1)

3.1.2.4 Les informations sur les voies de recours

La dernière page de la liasse de notification comporte au recto une information précise et détaillée des droits de la personne hospitalisée ainsi que les voies de recours (JLD, tribunal administratif, CDSP) ; le verso indique les adresses des autorités susceptibles d'être saisies par la personne hospitalisée ou ses proches, y compris celle du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

3.1.2.5 Le recueil des observations des patients

La loi du 5 juillet 2011 prévoit que la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte doit être mise à même de faire valoir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge.

Ces observations sont recueillies, en principe, par le psychiatre lorsqu'il indique au patient la décision thérapeutique qu'il se propose de prendre. Les observations de ce dernier ne sont pas recueillies de façon formalisée dans un document qui permettrait d'attester que, sur ce point, la procédure a été respectée.

3.2 La levée des mesures de contrainte

La loi du 5 juillet 2011 a prévu un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète sans consentement par le juge des libertés et de la détention.

3.2.1 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

Préalablement à l'entrée en vigueur de la loi, après plusieurs entretiens avec la direction de l'hôpital et contre l'avis de cette dernière, le président du tribunal de grande instance a fait connaître sa décision de tenir les audiences du juge des libertés et de la détention au siège du tribunal. De ce fait, ont été exclus le recours à la visioconférence et les audiences foraines, malgré la proposition faite par l'hôpital d'assurer les transports du JLD et du greffier entre le tribunal et l'hôpital.

Parallèlement, le CHGR a participé à un groupe de travail mis sur pied par l'agence régionale de santé (ARS) pour une réflexion commune avec les hôpitaux de Redon et de Saint-Malo, sous l'égide de la délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine.

Pour toutes les hospitalisations sans consentement, le service des admissions transmet au JLD – afin de lui permettre de planifier ses audiences – une télécopie qui confirme le maintien en hospitalisation complète par le certificat médical de 72 heures. Il a été convenu avec la juridiction que les audiences concernaient exclusivement les hospitalisations « complètes et continues » : dès lors qu'un programme de soins est élaboré avec une modalité de sortie (même une permission hebdomadaire de quelques heures), l'interprétation qui est faite localement de la loi du 5 juillet 2011 est que le contrôle de droit du JLD ne s'applique plus.

Au certificat médical de huitaine, le service des admissions transmet une saisine au JLD avec l'ensemble des pièces constitutives du dossier. Tout fait nouveau survenant ensuite est porté à la connaissance du JLD par une feuille de liaison qui lui est télécopiée – levée de SDT ou de SDRE, transformation de l'hospitalisation en programmes de soins, ... – afin de retirer le dossier du rôle de l'audience.

Les cinq fonctionnaires des admissions participent tous à la procédure qui, pour une seule audience, implique la transmission par télécopie au tribunal d'un nombre de documents allant de treize à seize. L'expérience de la transmission numérisée des dossiers a été rapidement abandonnée du fait des difficultés techniques rencontrées.

Les agents du service des admissions sont chargés de « relancer en permanence » les unités de soins afin que les certificats médicaux parviennent dans les délais fixés par la loi pour être transmis au JLD : « c'est une bagarre permanente avec les secrétariats médicaux des pôles ». La tension est particulièrement forte les veilles de week-end où la tentation serait de produire les certificats par anticipation (cf. *infra* § 3.3.2 sur le registre de la loi).

Créé par le service informatique de l'hôpital, un logiciel de suivi et de gestion a été mis en place au service des admissions en juin 2012, ce qui a permis d'abandonner la procédure antérieure qui s'effectuait sur des cahiers renseignés de manière manuscrite. Le système permet de mieux gérer le calendrier des multiples certificats exigés par la loi et sa centralisation au service des admissions confère à ce dernier une fonction d'alerte. Il est prévu à terme un déploiement du programme auprès des secrétariats médicaux des pôles.

En même temps que l'avis d'audience, il est adressé aux unités un document d'information à destination des patients concernés. L'avis d'audience et la note d'information doivent être retournés, signés, au JLD, avec la demande d'assistance d'un avocat, le cas échéant. La note d'information, intitulée « Intervention du JLD », résulte d'une initiative locale pour informer que ce juge, « gardien des libertés individuelles », va s'assurer de la validité de la mesure d'hospitalisation « complète et continue » dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement. Le document indique qu'il est possible d'assister à l'audience, « si votre état de santé le permet et si vous souhaitez y être présent(e) ».

Ainsi que cela a été indiqué précédemment (cf. § 3.1.1 *supra*), le service des admissions n'a pas été renforcé en personnel en conséquences des missions nouvelles, les moyens humains dévolus par l'ARS au CHGR ayant été déployés exclusivement pour le transport et l'accompagnement des patients au tribunal. La recommandation de l'association des directeurs d'établissements de santé mentale (ADESM) – la création d'un poste pour les établissements ayant plus de cinquante mesures contraignantes par mois⁶ – n'a pas été prise en compte.

Les contrôleurs ont noté que certaines formalités prévues par la loi n'étaient pas réalisées, s'agissant particulièrement des SDT :

- la décision du directeur de maintenir une personne en SDT après le certificat de huitaine n'est pas établie ;
- les programmes de soins ne sont pas formalisés ;
- la famille d'une personne admise en SDT avec un péril imminent n'est pas informée dans les 24 heures ;
- le tiers n'est pas informé de la mise en place d'un programme de soins ;
- le registre de la loi n'est pas renseigné de manière exhaustive (cf. *infra* § 3.3.2).

Les contrôleurs ont pu cependant noter chez les agents du service des admissions, une parfaite connaissance de la procédure, une conscience de sa complexité et de leur propre responsabilité. De même, la bonne coordination entre le tribunal et l'hôpital, singulièrement entre le greffe du JLD et le service des admissions, a été soulignée.

3.2.2 Le contrôle de droit exercé par le juge des libertés et de la détention

Les audiences ont lieu au tribunal trois demi-journées par semaine : le lundi et le mercredi après-midi et le vendredi matin. Pour chaque séance, le JLD reçoit en moyenne six patients en audience. Les audiences sont programmées tous les quarts d'heure. La commission médicale d'établissement, à la suite de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 s'est prononcée pour la mise en place d'audiences "foraines" du juge des libertés au CHGR. La communauté médicale qui appréhendait la tenue d'audience au tribunal, confirme un an après la mise en place de cette modalité d'application de la loi que l'immense majorité des

⁶ Site d'APM international, dépêche du 17 novembre 2011 – « Consentement des soins sans consentement en psychiatrie : deux tiers des audiences ont lieu au TGI ».

patients ne comprend pas cette comparution. Elle est hostile à l'obligation de soins ambulatoires et déplore l'absence d'évaluation de la capacité à consentir. Elle s'interroge également sur la publicité des audiences.

Dans un premier temps, un seul juge des libertés et de la détention était référent pour le contrôle de droit. Mais, rapidement, plusieurs JLD ont dû présider les audiences, compte tenu du volume des dossiers à traiter et du nombre d'audiences par semaine.

Deux membres du personnel du CHGR sont détachés pour accompagner un patient en SDRE, un seul pour un patient en SDT.

Les transports sont exclusivement assurés par les moyens de l'hôpital qui ne recourt pas pour cette mission aux sociétés d'ambulance conventionnées. Aucun véhicule n'est dédié à cette mission qui utilise un fourgon de sept places disposant de moyens de contention et d'une liaison phonique. Pour se rendre au tribunal, le chauffeur emprunte la voie réservée aux bus et aux taxis. Aucun chauffeur n'est affecté à cette mission, y compris les jours d'audience où le chauffeur du retour peut être différent de celui de l'aller (cf. *infra*).

Il a été indiqué que le nombre des défections à l'audience du JLD était important, de l'ordre de 50 % des patients concernés, du fait du refus des intéressés ou d'un certificat médical d'incompatibilité. « De nombreux patients ne voient pas l'intérêt de cette audience dans la mesure où ils ne sont pas dans la contestation ». A titre d'exemple, les contrôleurs ont examiné les fiches d'accompagnement des patients devant le JLD que le secrétariat médical du pôle 35 G 05 renseigne depuis l'entrée en vigueur de la loi, le 1^{er} août 2011. Sur les soixante et un dossiers examinés par le JLD :

- quarante patients, soit près des deux tiers, se sont rendus au tribunal ;
- vingt et un patients (34,4 %) ont refusé (onze) ou n'y sont pas allés du fait de certificats médicaux d'incompatibilité (dix).

Selon les statistiques remises aux contrôleurs, au terme d'une année d'application de la loi (juillet 2012), le JLD a été saisi de 858 dossiers qu'il a examinés lors de 150 audiences ; sur les 829 décisions rendues, 4 ont donné lieu à un appel.

Dans toutes les unités, les contrôleurs ont entendu le personnel faire part des difficultés concernant les modalités de mise en œuvre du contrôle du JLD :

- « l'accompagnement des patients au tribunal est une charge énorme pour le service » ;
- « c'est une nécessité chronophage qui implique toujours deux soignants et au minimum deux heures de déplacement au tribunal ».
- « l'unité est informée trop tardivement de la date d'une audience – exemple : le lundi après-midi par un fax reçu le vendredi à 17h – ce qui rend difficile le détachement de personnel et une bonne information du patient » ;
- « si les audiences se tenaient à l'hôpital, il y aurait moins de refus et de certificats d'incompatibilité » ;

- « les déplacements sont coûteux en temps et ils désorganisent les services, voire les insécurisent quand il manque déjà du personnel » ;
- « Il est difficile de faire comprendre aux patients pourquoi ils vont au tribunal, et il est difficile pour le juge de ne pas les prendre pour des délinquants » ;
- « la coordination entre les pôles est insuffisante : chacun doit se débrouiller. Il faudrait créer une cellule spéciale pour cela » ;
- « Il faut avouer que cela nous arrange quand un patient refuse d'aller au tribunal... ».

Plusieurs acteurs rencontrés ont souhaité qu'un bilan du dispositif soit réalisé après quatorze mois d'expérience, sur la procédure mais aussi sur le fond : « quelle est la perception des patients ? », « quelle conduite tenir en cas de fugue depuis le tribunal ? » ...

Par ailleurs, la dénomination de juge des « libertés et de détention » provoque une incompréhension parmi personnel et patients : « c'est difficile de rester dans une démarche de soins quand les patients ont un sentiment de culpabilité à l'idée de devoir être convoqués par un juge au tribunal et que nous, médecins, savons que nos certificats médicaux seront lus publiquement ». Quant aux patients rencontrés, il est apparu que la plupart ne comprenaient pas pourquoi ils avaient été conduits au tribunal.

Selon les autorités judiciaires, « la mission est difficile à remplir » : le vocabulaire médical est difficilement compréhensible ; la nature du contrôle est telles que les JLD cernent mal les motifs d'annulation autres que ceux portant sur la régularité de la procédure ; les délais sont très resserrés et rendent quasi impossible la réalisation d'une expertise. En outre, le tribunal n'a reçu comme moyen supplémentaire que la promesse d'un greffier et d'un personnel vacataire.

Le barreau de Rennes a refusé jusqu'au 1^{er} septembre 2012 de s'impliquer dans la procédure. Peu de patients ont été assistés par un avocat depuis l'entrée en vigueur de la loi.

Le mercredi 19 septembre 2012, un contrôleur a accompagné au tribunal de grande instance de Rennes un patient en SDRE de l'unité Brocéliande (pôle 35 G 04). L'unité avait été informée de cette audience l'avant-veille, et le patient la veille.

Le déplacement s'est déroulé de la manière suivante :

- 15h : Départ de l'unité du patient accompagné du cadre supérieur de santé du pôle et d'un aide-soignant de Brocéliande dont c'était le premier accompagnement. Le patient dispose de documents écrits et porte son baladeur CD sur les oreilles. Aucun autre patient n'est dans le véhicule.

- 15h15 : Arrivée à la cité judiciaire. Le véhicule s'arrête près de l'entrée principale le temps que les personnes descendent, puis il repart. Le patient se présente au personnel de sécurité dans le hall du tribunal : il doit vider ses poches de tout objet métallique avant de franchir un portique de détection. Comme, malgré cela, le portique sonne, un agent de sécurité du tribunal contrôle le patient à l'aide d'un détecteur manuel. La salle d'audience est au rez-de-chaussée immédiatement à droite de l'entrée ; de l'autre côté du couloir, un

dégagement fait office de salle d'attente où sont assises huit personnes dont un patient du CHGR et son accompagnant.

15h40 : Début de l'audience. Le patient entre seul, sans le personnel d'accompagnement, dans un vaste bureau éclairé par une façade vitrée. La porte de la salle est refermée derrière lui. Le JLD est assis derrière un bureau et fait face au patient ; la greffière se tient derrière un second bureau disposé à la perpendiculaire. Le JLD est en tenue civile. Le parquet n'est pas présent. A part le contrôleur, il n'y a aucun public dans la salle.

Le JLD se présente et explique le sens du contrôle exercé et s'assure de la bonne compréhension de l'audience par le patient : « on ne vous juge pas ». Il fait lecture du dossier et des certificats médicaux : les circonstances du placement sont précisément évoquées. La parole est ensuite donnée au patient qui lui remet un document : « c'est un éclairage sur mon passé et sur mon enfance ».

Au terme de l'échange, le JLD indique qu'il va délibérer mais laisse entrevoir au patient la teneur de sa décision. Il lui précise que celle-ci sera transmise à l'hôpital pour lui être notifiée et qu'il aura possibilité d'en faire appel. Il ajoute qu'il peut aussi à tout moment demander la levée de la mesure.

15h50 : Fin de l'audience. L'attente du véhicule s'effectue d'abord dans le hall, puis sur le parvis de la cité judiciaire. Elle dure quarante-cinq minutes. Le patient est fatigué. Il a envie de fumer mais n'ayant pas de cigarette, il en demande à toutes les personnes qui entrent et qui sortent du tribunal. Un accompagnant appelle depuis son téléphone cellulaire personnel le service des chauffeurs ; on lui répond qu'un véhicule parti chercher un autre patient à l'extérieur de Rennes va être « dérouté » vers la cité judiciaire.

16h50 : Retour à l'unité Brocéliande.

L'audience a duré 10 minutes, le déplacement 1 heure 50.

3.2.3 Les décisions du juge des libertés et de la détention

Depuis l'entrée en vigueur de la loi, deux mainlevées ont été prononcées par le juge des libertés et de la détention : la première, car une admission en SDT n'était pas formalisée par une décision du directeur de l'hôpital, rendant caduque la notification au patient ; la seconde, pour un dépassement de délai dans un certificat, le moyen ayant été soulevé par l'avocat qui était présent. Aucune mainlevée n'a été prononcée par le JLD en raison de défaut de saisine ou de saisine tardive du centre hospitalier. Il ne s'est pas non plus saisi d'office à cette fin.

Indépendamment du contrôle de droit, aucune requête n'a été formée auprès du JLD dans le but d'obtenir la mainlevée d'une mesure.

Selon les indications recueillies, le JLD n'a pas non plus, depuis l'entrée en vigueur de la loi, été saisi dans le cadre des autres contrôles de plein droit : en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet (article L. 3213-5 du code de la santé publique) ou de modification de la forme de prise en charge du patient en procédant à son hospitalisation complète (article L. 3211-12-1 | 2° du code de la santé publique).

Il n'a pas non plus été recouru à la procédure de demande d'expertise, prévue à l'article L. 3211-1 3° du code de la santé publique, ayant pour effet de prolonger le délai

d'une durée maximale de quatorze jours supplémentaires. Il a été signalé qu'il était difficile de recourir à ce dispositif dans la mesure où l'expertise doit être faite par un psychiatre n'intervenant pas au CHGR.

De même, le JLD n'avait pas eu encore à statuer dans des cas où doivent être pris en compte les précédents médicaux du patient (déclaration d'irresponsabilité pénale, séjour en unité pour malades difficiles) pour lesquelles l'article L. 3211-12 II du code de la santé publique prévoit « un régime procédural « renforcé » pour les catégories de malades dont l'état est présumé dangereux »⁷. A l'arrivée d'un patient, aucune recherche de tels antécédents n'est faite, ni par le service des admissions ni au niveau des pôles ; « si l'information nous parvenait, le JLD en serait avisé ». L'établissement hospitalier n'effectue pas, conformément à la loi, de demande d'extrait de casier judiciaire.

Durant la même période, le tribunal administratif de Rennes a annulé une décision de SDT qui avait été signée par un fonctionnaire du bureau des admissions, considérant que la délégation de signature du directeur à l'ensemble des membres de ce service était anormalement large.

3.2.4 La levée sur proposition du psychiatre

Concernant les patients admis sur décision du représentant de l'Etat, il a été fait état d'une réactivité des services du préfet, en général bonne pour la plupart des demandes de levée, avec toutefois quelques difficultés particulières signalées, qui ont pour effet de retarder la levée de la mesure, voire la sortie de l'hôpital. Il arrive en effet que les autorités compétentes ne soient pas disponibles immédiatement, notamment en soirée ou en fin de semaine, ou que les personnes d'astreinte considèrent que la levée de la mesure n'est pas urgente et que la décision aurait dû être davantage anticipée. Interrogée sur ces difficultés, la directrice de cabinet du préfet a indiqué avoir mis en place une procédure permettant d'être saisie en temps réel.

En revanche, dès levée du SDRE par le préfet, la célérité des deux établissements pénitentiaires rennais pour venir reprendre les patients détenus a été soulignée.

3.2.5 Le collège des professionnels de santé

Prévu à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique afin de rendre un avis sur la prise en charge de patients, le collège des professionnels de santé est convoqué à chaque fois qu'il est nécessaire par une décision formalisée du directeur du CHGR. Sa composition est désignée en fonction de chaque patient, les membres en étant toujours le psychiatre responsable à titre principal du patient, un psychiatre ne participant pas à sa prise en charge et un soignant représentant l'équipe pluridisciplinaire y participant, en général le cadre de santé de l'unité. Le psychiatre non concerné par la prise en charge est celui qui est d'astreinte pour la semaine.

Le collège rend un avis nominatif concernant le patient dans lequel est établie une description de l'état clinique de la personne et sont formulées les modalités envisagées pour sa prise en charge. Par exemple, dans un avis rendu le 10 septembre 2012 pour un patient

⁷ cf. la circulaire du garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, CIV/03/11 en date du 21 juillet 2011.

admis en SDRE, le collège a validé le programme de soins qui lui était soumis, ce programme prévoyant des sorties seul dans le parc dans des créneaux horaires strictement définis, de même pour aller chercher des cigarettes deux jours par semaine (dans un créneau horaire chaque fois de deux heures), aller à la piscine un matin par semaine (jour et heures fixés), se rendre en ville une autre demi-journée par semaine (jour et heures fixés), sortir avec sa mère un jour par semaine de 10h à 21h et visiter tous les samedis des appartements en ville afin de préparer sa réinsertion. L'avis conclut sur la nécessité d'une « prolongation de l'hospitalisation complète et discontinue pour le patient ».

3.2.6 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures

Compte tenu du recours fréquent aux programmes de soins, l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique – qui prévoit la possibilité pour les patients en hospitalisation complète sans leur consentement de bénéficier de sorties de moins de douze heures pour motif thérapeutique ou des démarches extérieures – est appliqué le plus souvent pour des sorties ponctuelles.

Au moment du contrôle, tous les accompagnements étaient assurés par le personnel hospitalier ou un membre de la famille et aucun par une personne de confiance.

Un imprimé est renseigné par un psychiatre au moins 48 heures avant la sortie demandée. La direction transmet le document à l'ARS par télécopie. En général, l'autorisation est tacite et, selon les informations recueillies, aucun rejet n'a été décidé depuis le 1^{er} août 2011. Il est enregistré une moyenne quotidienne de quatre autorisations de sortie de courte durée, surtout pour le week-end.

Les contrôleurs ont examiné les deux dernières demandes de sortie transmises à l'ARS : la première concernait la sortie d'un patient (admis en SDT) avec ses parents un samedi et un dimanche de 9h à 21h ; la seconde prévoyait une sortie d'un patient en SDRE (depuis cinq mois) avec son père pour se rendre au domicile de ses parents un dimanche entre 11h et 13h30.

3.3 Les registres de la loi

3.3.1 La tenue des registres de la loi

Les registres de la loi se trouvent au bureau des entrées de l'hôpital.

Les hospitalisations sous contrainte sont enregistrées dans quatre livres : deux pour les femmes (un pour les SDRE, un pour les SDT) et deux pour les hommes (un pour les SDRE, un pour les SDT). Les derniers registres ouverts sont les suivants :

- le registre SDRE des femmes, ouvert le 21 janvier 2011 au n°1 447, et renseigné jusqu'au n°1 597 ;
- le registre SDRE des hommes, ouvert le 6 juillet 2012 au n°4 080, et renseigné jusqu'au n°4 117 ;
- le registre SDT des femmes, ouvert le 28 mars 2012 au n°24 200, et renseigné jusqu'au n°24 415 ;
- le registre SDT des hommes, ouvert le 2 avril 2012 au n°33 103, et renseigné jusqu'au n°33 347.

Les visas des autorités figurent en début de registre. Les derniers visas sont les suivants :

- le président du tribunal de grande instance, les 3 et 7 février 2011 ;
- le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (ancienne loi), les 19 et 20 mai 2011 ;
- le préfet, le 3 novembre 2011 ;
- le président de la commission départementale des soins psychiatriques (nouvelle loi), le 2 décembre 2011 et le 25 mai 2012.

De nouveaux livres comportant des mentions plus conformes à la procédure définie dans la loi du 5 juillet 2011 – notamment, avec le nouveau phasage des certificats médicaux – ont été fabriqués. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'ils seraient ouverts lorsque les registres en cours seront complets et que leur configuration – quatre registres différents pour les SDRE et les SDT (femmes et hommes) – restera la même.

3.3.2 De quelques éléments relevés sur les registres

Les contrôleurs ont examiné cinquante pages des différents registres : trente concernant des hommes (quinze du registre SDRE et quinze du registre SDT) et vingt concernant des femmes (dix du registre SDRE et dix du registre SDT). Les pages traitées dans chaque registre étaient consécutives et concernaient des admissions survenues depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.

3.3.2.1 Les registres SDRE

Les pages examinées dans les deux registres appellent les remarques suivantes⁸ :

- la date de l'arrêté du préfet (H. 4 082) ou celle de l'admission (H. 4 085) ne figurent pas ;
- l'arrêté préfectoral survient trois jours après le certificat médical initial et l'admission (H. 4 083) ;
- une admission eu lieu alors que le certificat médical est daté du lendemain et l'arrêté du préfet du surlendemain (F. 1 594) ;
- en matière d'hospitalisation de personnes détenues, l'arrêté du préfet s'effectue tardivement après le certificat médical initial et retarde l'admission. Exemples :
 - H. 4 081, certificat du 6 juillet 2012, arrêté du préfet et admission le 7 juillet 2012,
 - F. 1 587, certificat du 19 juillet 2012, arrêté du préfet et admission le 20 juillet 2012,
 - F. 1 593, certificat du 21 août 2012, arrêté du préfet et admission le 22 août 2012 ;

⁸ Sont dénommés H les registres retraçant les hospitalisations des hommes et F, celles des femmes.

- le certificat médical de 24 heures intervient à la même date que le certificat médical initial (H. 4 089 et H. 4 092) ou au-delà de 24 heures du fait du retard de l'arrêté du préfet (H. 4 081 et F. 1 593) ;
- le certificat médical de 72 heures est établi dans un délai trop rapproché du certificat médical initial (H. 4 086, H. 4 089, H. 4 090, H. 4 094, F. 1 587, F. 1 591), voire le lendemain même (H. 4 092) ou, au contraire, trop éloigné (H. 4 080, F. 1 586) ;
- les certificats médicaux de huitaine respectent rarement les délais : certains sont établis cinq jours après le certificat médical initial (H. 4 083, F. 1 585, F. 1 586, F. 1 591), voire seulement quatre jours (H. 4 086) ;
- dans un cas, un certificat médical mensuel a été établi avec presque un mois de retard (F. 1 585).

Dans la page n°4 082 du registre des hommes, il est porté la mention suivante :

« 13 juillet : admission SDRE non retenue. Un arrêté SDRE a été établi par le cadre d'astreinte de l'ARS et transmis pour signature au sous-préfet de permanence. Le lundi 16 juillet, la DT 35 de l'ARS nous confirme avoir cet arrêté sur la boîte d'astreinte mais pas d'exemplaire signé (transmis par fax et inscrit sur registre). Mardi 17, la DT 35 nous informe que l'arrêté n'avait pas été reçu par le sous-préfet de permanence et qu'il n'a donc pas été signé. L'ARS et la préfecture décident de ne pas confirmer la mesure provisoire du maire. Le service G 03 a été tenu informé au fur et à mesure. La question lui est posée de savoir sous quel statut l'hospitalisation allait se poursuivre. Réponse : le patient reste en soins libres ».

3.3.2.2 Les registres SDT

Les pages examinées dans les deux registres (H et F) appellent les remarques suivantes :

- les mentions du tiers ou du caractère de péril imminent figurent systématiquement ;
- dans un cas de péril imminent, le certificat médical initial a été établi par un médecin du CHGR, contrairement à l'article L. 3212-1 II 2° du code de la santé publique (H. 33 241) ;
- le second certificat médical est présenté dans tous les cas où les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ne s'effectuent pas dans le cas d'urgence visé à l'article L. 3212-3 du code de la santé publique ;
- la décision du directeur du CHGR n'est jamais portée sur le registre ;
- dans trois cas, le certificat médical de 24 heures est daté du même jour que le certificat médical initial : H. 33 251, H. 33 254, F. 24 335 ;
- dans quatre cas, le certificat médical de 72 heures a été établi le lendemain du certificat médical de 24 heures : H. 33 241, F. 24 328, F. 24 332, F. 24 334 ;

- dans trois cas, le certificat médical de huitaine a été signé quatre jours après le certificat médical initial : H. 33 243, H. 33 251, F. 24 333 ;
- dans un cas (F. 24 332), ce même certificat médical de huitaine a été signé soixante et un jours après le certificat médical initial ;
- un certificat médical mensuel (F. 24 334) a été établi avec presque un mois de retard.

La lecture des registres SDT ne fait apparaître aucune application des dispositions de l'article L. 3212-9 du code de la santé publique, qui donnent compétence au directeur du CH de ne pas faire droit à la demande de levée émanant du tiers en cas de péril imminent.

Le registre de la loi n'est pas cependant renseigné de manière exhaustive car n'y figurent pas les dates de notification des décisions, de même que les dispositifs des jugements rendus par le JLD et leur notification.

3.4 L'information sur la visite des autorités

Il a été indiqué que les visites des autorités étaient toujours annoncées : préfet, magistrats du tribunal de grande instance de Rennes, commission départementale des soins psychiatrique (CDSP).

Les patients sont avisés du passage de la CDSP dans la mesure où cette instance propose aux patients d'être reçus en entretien individuel. L'information est réalisée par un affichage dans les unités « selon les mêmes modalités que celles annonçant la visite du CGLPL », qui, de fait, était largement diffusée.

Une visite de la CDSP était prévue pour la fin du mois de septembre 2012.

3.5 La protection juridique des majeurs

Le service des majeurs protégés a son siège en dehors de l'hôpital et un bureau à côté de la trésorerie générale.

Neuf personnes assurent le fonctionnement de ce service, dont deux à 0,8 ETP :

- deux travaillent sur les aspects juridiques ;
- deux conseillers en économie sociale et familiale sont chargés du logement ;
- quatre s'occupent de la gestion quotidienne ;
- une assure le secrétariat du service.

Le service est ouvert de 9h à 11h15 le lundi, mardi et vendredi et reçoit sur rendez-vous l'après-midi.

Le juge des tutelles lui adresse les personnes qu'il reçoit dans le cadre des procédures de protection des majeurs.

Il est remis aux personnes protégées une notice d'information qui comporte une fiche avec tous les numéros utiles, la charte des droits et libertés droits et un livret d'information intitulé « Les mesures de protection juridiques » qui décline des fiches sur les objectifs de la mesure, le rôle du juge, chacune des mesures, l'argent, le budget, les droits et le coût de la mesure.

L'information et l'explication se heurtent souvent au degré de compréhension des personnes : « Il faut avoir conscience que les mesures de mandat spécial, de curatelles et de tutelles sont très dures, car la personne qu'il faut protéger contre elle-même et contre autrui est privée d'un coup de son libre arbitre ».

En 2011, le service a assuré le suivi de 432 mesures dont 246 de tutelles et 186 de curatelles. Cette même année, dix-huit personnes suivies sont décédées, vingt-huit dossiers ont été ouverts et trente-neuf mesures ont été révisées.

En matière d'hébergement, 21,30 % des personnes étaient hospitalisées – soit quatre-vingt-dix-huit personnes – , 36,33 % résidaient à leur domicile et 42,37 % étaient hébergées dans des structures.

Le suivi des personnes à domicile est particulièrement complexe car, souvent, il concerne des personnes isolées en rupture de soins.

Le service suit la gestion d'un patrimoine représentant une somme globale d'environ 30 millions d'euros.

En 2011, 33 287 ordres de paiement et 48 431 écritures comptables ont été effectués par le service.

Selon les informations recueillies, il y a souvent de la violence à l'accueil et le service a dû demander la mise à disposition, aux heures d'ouverture, d'un appareil de protection du travailleur isolé (PTI).

En application de la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, toutes les mesures en cours doivent être révisées avant le premier janvier 2015. 300 dossiers n'ont pas encore été traités et ne pourront l'être, faute de moyens, selon les éléments fournis aux contrôleurs.

Le CHGR met à disposition de l'administration du Trésor public un ensemble de bureaux : un centre des finances publiques reçoit et administre les biens et valeurs – argent, bijoux, cartes bancaires, carnets de chèques – des patients qui le demandent et des majeurs protégés.

Tous les dépôts sont effectués contre remise d'un reçu et sont rangés dans une pochette personnalisée par ordre alphabétique dans des armoires fortes. Un régisseur reçoit les patients qui viennent seuls ou accompagnés d'un infirmier pour retirer une somme hebdomadaire ou un imprévu ou clôturer définitivement un compte. Toutes les transactions font l'objet d'un reçu.

Au coffre, est tenue en permanence une somme en numéraire de 13 500 euros. Les sommes décaissées les 6, 7, 10, 11 et 12 septembre étaient de 950, 3 940, 5 798, 3 140 et 1 162 euros. Les pics sont atteints les vendredis et lundi, avant et après le week-end. Le retrait moyen est de 48 euros.

Plus de 2 000 comptes sont ouverts dont environ 500 au nom de majeurs protégés.

Au 31 décembre 2011, les encaissements pour l'année étaient de 6 703 000 euros et les décaissements de 5 811 000 euros.

Chaque année, le centre fait un inventaire des comptes : si un patient est introuvable, le contenu de son compte est transféré à la Caisse des dépôts et consignations.

3.6 La désignation d'une personne de confiance

Une fiche concernant la désignation de la personne de confiance est à disposition dans toutes les unités. Elle comporte l'information faite au patient de la possibilité d'en désigner une et des conséquences de cette décision.

Le logiciel CIMAISE comporte une fiche *ad hoc* dans le dossier des patients.

Il est apparu que cette fiche n'était en général pas remplie dans les unités. Un audit de quatre-vingts dossiers, réalisé par l'administration du CHGR, a montré que seules 4 % des fiches étaient remplies.

Les propos suivants illustrent la réticence des personnels soignants : « il y a déjà la personne à prévenir dans le dossier » ; « c'est une possibilité pour le patient qui n'est pas obligé de la désigner ».

3.7 L'accès à l'exercice d'un culte

De par ses origines religieuses, l'hôpital est doté d'une chapelle imposante surmontée d'un dôme en coupole. L'escalier d'accès, situé dans la cour d'honneur, conduit à une porte monumentale qui ouvre sur l'autel central et les deux ailes de chaque côté éclairées par des vitraux.

Une de ces ailes est désaffectée et l'autre contient deux travées de 35 chaises chacune (150 chaises supplémentaires sont disponibles). C'est un lieu de culte où se déroulent la messe du dimanche à 10h et, parfois, des obsèques. L'aumônerie catholique fait partie intégrante de la paroisse et la messe est ouverte à l'extérieur.

L'aumônerie est installée dans un pavillon à un étage, qui était anciennement un logement de fonction, entièrement à la charge de l'administration. Deux salles servent de salle d'attente (une rampe permet l'accès d'un fauteuil roulant) et d'entretiens, une autre de réunions. A l'étage un bureau comporte trois ordinateurs et une pièce sert d'oratoire. Un téléphone et une boîte à lettres sont à disposition.

Quatre femmes laïques se partagent les deux salaires à plein temps de l'aumônerie financés par l'administration. Elles sont missionnées par leur évêque pour ce travail. Elles interviennent sur l'ensemble des établissements de l'hôpital en intra comme en extra hospitalier et en externe.

Elles sont aidées dans cette mission par soixante-deux bénévoles qui ne peuvent visiter que les patients en long séjour. Pour le pôle du Tertre de Joué en interne, ils sont quatorze, sous la responsabilité d'une des laïques. Dans ce pôle, une messe est célébrée par un prêtre tous les quinze jours, le lundi après-midi.

Un accueil ouvert a lieu chaque matin dans le pavillon de 9h à 11h30, à l'exception du mardi, jour de réunion de l'équipe. Le vendredi, en plus de la responsable laïque, un prêtre est présent.

Les quatre responsables disposent des clés d'accès dans les unités mais ne s'y rendent que lorsqu'elles sont appelées par un personnel soignant, lui-même saisi d'une demande qui a été approuvée par le psychiatre. Lorsque c'est une personne extérieure qui fait une demande de visite pour un patient, il faut appeler l'unité et demander cet accord qui peut mettre plus ou moins longtemps à arriver. Il est indiqué aux contrôleurs à ce sujet qu'il y a des unités où « l'on sent que l'on n'est pas les bienvenues... ».

Une fois par mois une rencontre rassemble les quatre laïques, le prêtre et un psychologue pour un travail interdisciplinaire, des échanges à partir d'un dossier etc.

Une fois par an, au printemps, est organisée une sortie avec deux cars pour les « longs séjours » de tous les lieux ; des infirmiers volontaires accompagnent la sortie.

Pour les cultes juif, musulman ou protestant, en cas de demande d'un patient, l'appel arrive à l'aumônerie qui se charge de prévenir les responsables de ces cultes. Cela arrive rarement plus de deux fois par an.

3.8 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du département d'Ille-et-Vilaine est constituée. Composée d'un psychiatre (le second ayant démissionné et n'ayant pas été remplacé), de deux représentants des associations de familles de patients, d'un magistrat de l'ordre judiciaire, elle est présidée depuis le 1^{er} janvier 2012 par un médecin généraliste qui était antérieurement membre de la commission.

Elle se réunit deux fois par an pour chacun des trois sites d'hospitalisation sans consentement du département – les centres hospitaliers généraux de Redon et Saint-Malo et le CHGR – à raison d'une journée sur chaque site, sauf pour le CHGR où les visites durent deux jours.

Le président de la commission dit veiller à ce que l'information des patients soit assurée et a pu constater que celle-ci était fournie sans difficulté, même si l'affichage laisserait parfois à désirer : l'avis relatif à la visite de la CDSP est placé au milieu de plusieurs autres notes portées à la connaissance des patients.

Les principaux motifs de saisine de la CDSP portent sur des contestations des raisons d'hospitalisation par les patients. Le juge des libertés et de la détention a été saisi une fois en 2011 en application de la loi du 5 juillet 2011 concernant des difficultés d'interprétation de la situation juridique d'un patient au regard de la décision d'hospitalisation et de l'ordonnance ayant conduit à son admission. Au CHGR, l'ensemble des situations de patients hospitalisés depuis plus d'un an est examinée, les registres de la loi sont contrôlés et une dizaine de patients sont reçus à chaque visite.

Il est relevé que les temps d'attente pour voir le patient sont parfois longs en raison de l'absence de salle mise à la disposition de la commission, mais aussi de la politique de fermeture systématique des portes des unités qui retarde les mouvements de malades.

La commission s'interroge sur le recours à la contention, que certains de ses membres estiment être « immodéré » au sein du CHGR.

La CDSP s'est heurtée une fois en 2011 à un refus de communication du dossier médical d'un patient, mais cette situation a été finalement dénouée. Une partie du rapport de l'année 2011 a été remis aux contrôleurs, sa rédaction étant en cours d'achèvement.

Il est souligné la coopération positive avec le secrétariat de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé qui apporte un concours important aux travaux de la CDSP.

3.9 La communication avec l'extérieur

3.9.1 La télévision

Aucune chambre n'est équipée de téléviseur mais toutes les unités disposent d'une salle meublée de fauteuils dans laquelle un poste est installé. Parfois un poste supplémentaire est installé dans une autre salle, activité ou salle à manger.

Dans la presque totalité des unités contrôlées, il a été constaté que les téléviseurs étaient allumés du matin au soir. Les patients ont toujours la possibilité de regarder la télévision jusqu'à l'heure du coucher, en général 23h. Il a été indiqué que c'était une occupation importante des journées des patients.

3.9.2 Les visites

Le livret d'accueil mentionne que les visites sont subordonnées à l'état de santé du patient et que celui-ci peut les refuser.

Les horaires de visite sont propres à chaque unité : en général, toutes acceptent les visiteurs de 14h30 à 19h.

Les visiteurs autorisés pour chaque patient sont indiqués dans le logiciel CIMAISE ; il en est ainsi, dans certaines unités, même pour les patients admis en soins libres. Aussi, dans les unités fermées, lorsque les visiteurs se présentent pour rencontrer un proche, les soignants doivent-ils s'informer de l'identité du visiteur, sur déclaration, pour vérifier si la visite est autorisée.

Cette vérification n'est évidemment pas faite pour les patients autorisés à sortir seuls dans le parc, qui de ce fait peuvent y rencontrer directement leurs visiteurs.

3.9.3 Le téléphone

La plupart des patients entrent avec un téléphone portable personnel. L'usage de ce téléphone peut faire l'objet de restrictions d'utilisation sur prescription médicale consignée dans le logiciel CIMAISE. En pareil cas, le téléphone est conservé dans le bureau infirmier et rendu au patient pour l'usage auquel il est autorisé : écoute et lectures des messages ou appels limités en nombre, durée ou lieu. Dans la plupart des unités, les chargeurs des téléphones sont conservés au bureau des infirmiers pour éviter tout risque de geste dangereux avec les cordons.

Par ailleurs, un poste téléphonique permettant de recevoir des appels est installé dans chaque unité. Si les patients veulent passer un appel téléphonique, ils en font la demande auprès des soignants qui vérifient dans le logiciel CIMAISE que le numéro appelé est autorisé pour le patient. Ils sollicitent le standard de l'établissement afin d'établir la communication

qui sera facturée au patient. La communication peut être passée sur un poste sans fil du service. Des illustrations des pratiques existantes sont expliquées *infra* à propos du fonctionnement de chaque unité.

La facture arrive dans l'unité quelques jours plus tard. Il appartient aux soignants de vérifier que la personne la règle, voire d'encaisser eux-mêmes les sommes d'argent pour les reverser au Trésor public. Il a été indiqué que le travail de facturation, une facture par appel, souvent d'un montant très inférieur à 1 euro, et de recouvrement constituait un travail fastidieux au regard des montants en jeu.

3.9.4 Le courrier

Le courrier adressé aux personnes hospitalisées est relevé au bureau des vagemestres par les secrétaires des pôles qui le distribuent dans les unités en même temps que les autres plis destinés à celles-ci. Selon les informations recueillies, très peu de patients reçoivent leur courrier personnel à l'hôpital, opération qui suppose qu'ils l'aient fait suivre, ce qui est rarement le cas. Trois à quatre lettres par semaine parviennent dans chaque unité.

Les patients peuvent confier aux soignants le courrier qu'ils envoient ; les secrétaires les récupèrent de la même façon dans les unités et les portent au vagemestre.

Les personnes hospitalisées peuvent également se rendre au bureau des vagemestres, ouvert du lundi au vendredi de 8h45 à 9h30 et de 13h à 13h45, pour y faire affranchir des plis, déposer des courriers en recommandé ou recevoir le montant de mandats que le vagemestre est allé chercher à *La Poste*.

Les plis recommandés et les mandats qui arrivent à l'hôpital sont enregistrés. Le destinataire vient lui-même les chercher quand il est en état de le faire ; sinon, un personnel de l'unité se rend au bureau des vagemestres et signe le registre à la place du patient.

Ces opérations sont peu nombreuses. Selon les informations recueillies, il arrive qu'au cours d'une semaine, aucun patient ne se présente au bureau des vagemestres. Entre le 1^{er} et le 20 septembre 2012, onze plis recommandés destinés à une personne hospitalisée étaient arrivés ; six mandats ont été reçus entre le 1^{er} janvier et le 20 septembre 2012. Ce service est très peu utilisé par les patients. Ceux-ci reçoivent peu de mandats, plutôt des virements.

3.10 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC), instituée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁹ est constituée depuis le 22 septembre 2005. Elle comprend deux représentants des patients, deux représentants des familles des usagers – un troisième représentant devait prochainement être nommé par l'ARS –, un médecin médiateur qui remplit ces fonctions depuis le début de l'année 2012, un médiateur non médecin – ancien cadre de santé à la retraite –, deux représentants de la commission des soins infirmiers, deux représentants du comité technique d'établissement.

⁹ Article L.1112-2 du code de la santé publique

Le directeur de l'établissement est représenté par la directrice chargée de la qualité, de la gestion des risques, de la relation avec les usagers et de la communication.

Un encart dans le livret d'accueil indique l'existence de la CRUQPEC, sa composition et ses missions.

La commission se réunit en réunion plénière tous les deux mois pour un examen des saisines et les retours des médiations. Une permanence ouverte aux patients et à leurs familles est tenue chaque mois par deux membres, un représentant des usagers et un représentant du personnel. Ils apportent des conseils, reçoivent les doléances et en réfèrent en réunion plénière.

La CRUQPEC a saisi le groupe de réflexion éthique de l'établissement sur la question de l'usage des chambres d'isolement, un travail en amont sur les alternatives à l'isolement ayant été conduit dans le cadre de l'élaboration d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Les représentants des familles des usagers ont visité les chambres d'isolement. L'avis du groupe n'était pas encore formalisé lors du contrôle.

La commission a également constitué en son sein un groupe de travail qui a élaboré un guide « droits et information des usagers » destiné au personnel soignant. Ce guide rappelle les droits des patients et expose des cas pratiques de mise en œuvre. Le document, validé par la CRUQPEC n'était pas encore édité lors du passage des contrôleurs.

Selon les informations recueillies, le fonctionnement de la CRUQPC est jugé satisfaisant : « les représentants des usagers ne sont pas des alibis ».

3.11 Les associations de patients et de leurs familles (UNAFAM)

Lors de la réunion de présentation de la mission, un patient représentant des usagers était présent mais a dû partir avant la fin en raison d'un engagement antérieur.

Les contrôleurs ont reçu des représentants de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), dont certains étaient membres de la CDSP. Ils ont fait valoir plusieurs situations individuelles, de manière anonymisée, illustrant des problématiques plus générales :

- la mère d'un patient hospitalisé depuis un établissement pénitentiaire, non avisée par celui-ci de son transfert vers le CHGR, puis, l'apprenant, non informée par ce dernier établissement de l'admission de son fils vers une unité pour malades difficiles (UMD) ;
- la mère d'un patient se plaignant de la présence récurrente de produits illicites dans l'enceinte de l'établissement et ne rencontrant pas de réelle disponibilité des équipes soignantes ;
- un patient ayant demandé, et s'étant vu refusé, un changement de médecin, à l'occasion de la ré-organisation de certains secteurs du département, et qui met fin à ses jours après un passage en chambre d'isolement ;
- un recours multiplié et « banalisé » aux chambres de soins intensifs, évolution à la hausse depuis une dizaine d'années et liées, selon cette association, à l'évolution du contexte sécuritaire extérieur. Il est observé que les conditions de vie dans les

chambres d'isolement sont « indignes », certains patients n'ayant pas à leur disposition des moyens de satisfaire leurs besoins naturels. Ce recours accru serait dû à une insuffisance de formation des personnels soignants et à la peur que ceux-ci peuvent ressentir à l'égard de patients ;

D'une manière générale, il est regretté le manque de disponibilité des équipes soignantes à l'égard des familles, ce qui peut induire des effets dans la prise en charge de patients lorsque l'appui de l'environnement familial est sollicité mais que celui-ci est indisponible.

La sur-occupation, selon l'UNAFAM qui a été amenée à prendre des positions publiques sur ce sujet, est liée à une trop grande faiblesse des structures extrahospitalières entraînant une plus grande fréquence du recours à l'hospitalisation à temps plein et un allongement de la durée des séjours.

Les représentants des familles, qui approuvent les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 en ce qu'elles instaurent un contrôle du juge des libertés et de la détention, déplorent cependant l'augmentation des programmes de soins décidés avant l'expiration du délai de quinze jours, mais qui comportent des séquences d'hospitalisation à temps plein conséquentes. Est évoqué un programme de soins comportant une sortie d'une heure par jour dans le parc du CHGR. Elles interprètent ce développement comme un moyen de contourner le contrôle du juge et l'ont fait valoir lors des dernières réunions de la CDSP.

3.12 Traitement des plaintes et réclamations

Soixante-douze plaintes ont été exprimées et transmises à la CRUQPEC entre le 1^{er} janvier et le 18 septembre 2012, quatre-vingt-dix-huit en 2011. Celles-ci portaient principalement sur les aspects suivants :

- la coordination de la prise en charge (35) ;
- les droits des patients (29) – notamment le respect de l'intimité avec les difficultés de séjour dans les chambres à trois lits ou plus et l'installation de lits supplémentaires – ;
- l'hôtellerie, l'hygiène et l'environnement (13) ;
- les vols ou disparitions de biens (10) ;
- la contestation du mode d'hospitalisation (9).

Les plaintes sont adressées à la direction, qui envoie un accusé de réception, puis elles sont transmises au service concerné qui doit y apporter sa réponse. Cette réponse fait l'objet d'une réécriture par la direction, qui apporte son appréciation et l'adresse au réclamant. Le délai dans lequel les services apportent des éléments à la direction n'est pas connu.

Entre mai et septembre 2012, le médecin-médiateur a été saisi par deux personnes et a assuré quatre interventions, l'ensemble concernant cinq situations. Il écrit des comptes rendus de ses médiations et les transmet à la commission.

En 2011, cinq faits ont fait l'objet de signalements au parquet sur le fondement de **l'article 40 du code de procédure pénale** :

- le premier était relatif au comportement agressif d'un patient dont le séjour était terminé mais qui est revenu devant les locaux d'unités et y a proféré la menace de revenir avec des armes ;
- le deuxième concernait un patient, détenu hospitalisé en application de l'article D.398 du code de procédure pénale, qui avait agressé un médecin ;
- le troisième et le quatrième concernent des relations sexuelles imposées par un patient à un autre patient ;
- le dernier est relatif à des viols et violences conjugales sur une patiente pendant une sortie à son domicile. Cette situation se serait déroulée dans l'un des établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du CHGR.

Il n'a été fait état auprès des contrôleurs d'aucun signalement en 2012.

Par ailleurs, deux recours d'un patient, relatifs au programme de soins, étaient pendants, l'un devant le JLD, l'autre devant la juridiction administrative.

L'établissement n'a connu aucun contentieux hospitalier relatif à des maladies nosocomiales.

4 Les conditions d'hospitalisation

4.1 Éléments communs à tous les secteurs

4.1.1 La restauration

Au sein du CHGR, une cuisine centrale a été inaugurée au mois de juin 2012. Elle remplace une installation ancienne datant de 1981 et l'investissement réalisé a permis de mettre en place un dispositif aux normes contemporaines en matière de restauration collective (normes HACCP¹⁰). La méthode est fondée sur le principe de la marche en avant, qui était presque réalisé au jour du contrôle.

Le bâtiment est situé au centre de l'emprise du CHGR. Il s'agit d'une construction neuve réalisée en adjacence du restaurant des personnels et dont l'accès est situé sur deux niveaux : l'administration de la cuisine centrale se trouve à gauche du restaurant, tandis que les quais de chargement se trouvent en contrebas, là où est implantée l'installation.

La cuisine centrale dessert pour les repas, l'ensemble des unités situées sur le site du CHGR, mais aussi les unités extra hospitalières, ainsi que le restaurant des personnels. Pour celui-ci, une équipe de production de cinq personnes est en place chaque jour de 6h45 à 14h25 et une équipe de salle, de quatre personnes, de 8h à 15h40 du lundi au vendredi.

Au total, cinquante-neuf agents sont affectés à la cuisine centrale, dont deux diététiciennes et trois chauffeurs.

¹⁰ HACCP: Hazard Analysis and Critical Control Point

La cuisine centrale produit entre 4 200 et 4 500 repas chaque jour. Des contrôles sont effectués chaque mois par un laboratoire extérieur qui réalise quatre analyses de surface et procède à quatre prélèvements alimentaires. La direction des services vétérinaires a effectué un contrôle de certification avant l'ouverture de la nouvelle cuisine centrale et délivré un agrément provisoire pour 5 000 repas par jour.

Trois camions réfrigérés viennent chaque matin prendre en charge les repas qui doivent être distribués aussi bien dans les unités du CHGR que vers les sites extérieurs (la pédopsychiatrie à Bois Perrin, la maison d'accueil spécialisée (MAS) « Le placis vert » à Thorigney, deux hôpitaux de jour de l'agglomération rennaise et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). S'agissant des sites plus éloignés de Vitré et Fougères, des accords ont été passés avec les municipalités de ces villes ou les centres hospitaliers généraux pour qu'ils assurent la confection et la distribution des repas des unités situées à proximité.

Des marchés alimentaires ont été signés depuis 2007 par l'intermédiaire d'un groupement d'achat constitué à l'initiative de la direction du CHGR.

Dans chaque unité, en principe, un agent des services hospitaliers assure la réception des repas. Chaque office sur le site central du CHGR comporte un four, un lave-vaisselle, un réfrigérateur, un chauffe-plats, une cafetière et un four à micro-ondes. L'unité Kraepelin fait des plateaux-repas qui sont préparés depuis l'office de cette unité. Cette solution sera étendue à l'UHSA à son ouverture, a-t-il été indiqué aux contrôleurs. Les repas sont, en règle générale, servis à des tables de quatre personnes, sur laquelle sont posés les plats.

Au fur et à mesure des restructurations des unités, les offices sont dotés de meubles en inox et la cuisine centrale est consultée sur chacune des opérations de restructuration afin de pouvoir émettre un avis sur l'organisation de ces locaux.

Chaque jour sont préparés deux plats de viande ou poisson et quatre de légumes, ainsi que quatre desserts. Ils sont mis en barquettes et le dispositif en place permet une traçabilité intégrale des aliments par un système de codes-barres.

Les régimes alimentaires spécifiques sont transmis à la cuisine centrale (environ 1 600 par jour, soit un peu plus d'un tiers des repas servis). Dans le cadre d'une démarche qualité, les soignants, depuis 2010, reçoivent et transmettent à la cuisine centrale les aversions des patients, ce qui permet d'affiner une proposition de repas adaptée aux goûts des malades.

Outre le dispositif de contrôle externe évoqué précédemment, un mécanisme interne a été mis en place avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et une commission « restauration ». Le directeur de l'information médicale tire au sort, une fois par an, quelque 150 patients auprès desquels sera conduite une série d'auditions sur l'alimentation. Ces enquêtes n'ont pas été réalisées depuis la mise en place de la nouvelle cuisine centrale.

4.1.2 L'hygiène

4.1.2.1 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Les contrôleurs ont pris connaissance du règlement intérieur de la sous-commission de la CME chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Le président du CLIN est le chef de service du laboratoire d'analyses médicales. L'équipe opérationnelle d'hygiène est composée d'un praticien hygiéniste à 0,2 ETP, d'un cadre et d'un technicien hygiéniste.

4.1.2.2 La lingerie

La lingerie est située au niveau 0 du bâtiment Jacques Prévert. La lingerie lave la totalité du linge du CHGR ainsi que de trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de deux maisons d'accueil spécialisées et d'un service de géronto-psychiatrie.

La lingerie lave en moyenne 5,5 tonnes de linge par jour, dont 11 % de linge de patients. Trente-cinq agents travaillent à la lingerie, certains auprès des machines à laver, *Lavomatic*, d'autres à la couture et au magasin.

Le linge est livré tous les jours de la semaine dans les unités d'hospitalisation. Il existe une procédure d'approvisionnement d'urgence. La dotation hebdomadaire pour une unité de vingt lits est la suivante : 380 bavoirs, 45 serviettes de bain, 270 serviettes de toilettes, 64 chemises d'alité, dix taies d'oreiller, 150 serviettes de table, 100 torchons, 8 pantalons et vestes de pyjama, 10 maillots de corps, 940 gants de toilette, 76 chasubles, 100 draps, 110 nappes, 18 sacs rayés bleus, 37 sacs rayés verts, 30 sacs rouges, 20 sacs bleus unis, 5 sacs verts unis.

Le linge d'un patient peut être lavé :

- par lui-même, seul ou accompagné d'un soignant, au *Lavomatic*. Il est ouvert du lundi au jeudi de 8h à 13h et de 14h30 à 16h15 et son utilisation est gratuite ;
- par les agents de la lingerie, dans un sac rouge pour le linge non marqué, au *Lavomatic* ;
- par le service de la lingerie, directement, quand le linge est marqué au nom de l'unité et du patient.

Au total, la lingerie lave le linge personnel de 850 patients en moyenne.

Le linge contaminé par la gale, des poux ou des puces fait l'objet d'un traitement spécifique décrit dans la procédure : « prise en charge du linge dans les unités de soins », consultable sur l'intranet du CHGR.

4.1.3 Les activités thérapeutiques

Un bâtiment est dédié aux activités d'ergothérapie ; il regroupe les ateliers du bois, du cuir, de l'encadrement, de la poterie et du jardin. Trois ergothérapeutes et deux infirmiers encadrent le travail en ateliers. Une petite partie des patients vient de l'extérieur.

Le bâtiment, de deux étages, comporte deux grandes salles par niveau.

Au rez-de-chaussée, l'atelier du bois dispose de machines semi-professionnelles et accueille les patients l'après-midi du lundi au vendredi.

L'atelier de la poterie et des activités artistiques ouvre le mardi matin et le vendredi après-midi.

Au premier étage, l'atelier d'encadrement reçoit les patients le lundi matin, le mercredi toute la journée et le jeudi après-midi. Cet atelier est renommé dans la ville et on vient, pour des prix défiant toute concurrence, faire faire des encadrements, rapportant ainsi au service plus de 6 000 euros en 2011.

Au second étage, l'atelier cuir est ouvert le lundi après-midi et le vendredi matin.

L'activité de jardinage se déroule sur un terrain de 1 100 m² contigu au terrain de sport.

L'atelier du bois a participé à la construction de deux grands abris pour ranger les outils, une motobineuse, une tondeuse, des fauteuils et des tables de jardin.

Ces ateliers reçoivent de cinq à huit patients par session avec toujours au minimum deux soignants. Il y a souvent des listes d'attente importantes.

Environ 450 patients chaque année fréquentent ces activités.

Au travers de celles-ci, chaque patient est suivi individuellement et évalué. Le logiciel CIMAISE est renseigné après chaque demi-journée afin que le médecin qui prescrit l'atelier puisse suivre l'évolution des patients.

Pour certains, ces activités servent de passerelles vers des placements en ateliers protégés.

4.1.4 Les activités occupationnelles

L'association Suzy Rousset (qui anime le centre socio-thérapeutique et culturel (CSTC)) a été créée avec pour objectifs :

- la proposition, le soutien, la coordination d'activités, d'animation à buts thérapeutiques, culturels, de loisirs et de rencontres sportives ;
- la gestion d'une cafétéria et d'une boutique de fournitures et de denrées proposées à l'ensemble des usagers du CHGR.

L'hôpital met à sa disposition un bâtiment à un étage, situé à gauche de l'entrée et un terrain arboré, ainsi que du personnel :

- trois infirmiers ;
- deux assistantes sociales ;
- un agent des services hospitaliers ;
- un éducateur sportif ;
- un mi-temps de secrétariat.

Le rez-de-chaussée comporte une grande salle avec un bar, treize tables, des chaises et deux étagères avec des journaux, des livres, des CD et DVD.

La salle est ouverte du lundi au vendredi de 9h30 à 11h45 et de 13h30 à 16h45.

Une baie vitrée ouvre sur une terrasse également meublée de tables et de chaises. Le jardin comporte un terrain de boules, de palets et de volley-ball. Le bureau des personnels se situe dans le prolongement de cette salle.

A l'étage, se trouve une grande salle aménagée pour faire des activités physiques, de la danse, du théâtre et pour projeter des films. Une autre salle, meublée de fauteuils, sert de bibliothèque pour les personnels.

Chaque jour, soixante à quatre-vingts patients fréquentent la salle de bar où ils peuvent consommer du café et des boissons non alcoolisées, acheter des produits d'hygiène, des bonbons, des biscuits, des cadeaux, des timbres et des enveloppes, des cartes téléphoniques.

Ils peuvent également avoir des entretiens avec les infirmiers qui sont en poste depuis des années.

L'activité de serveur au bar est devenue un atelier thérapeutique par demi-journée en binômes : ainsi seize patients par semaine sont derrière le bar et parfois tiennent la caisse. Le travail se fait en association avec les médecins et les patients remplissent un contrat pour la ponctualité, l'hygiène, « l'honnêteté ».

Les activités sont multifformes et ont toujours une visée thérapeutique.

Le sport est pratiqué sur prescription médicale au sein du site du CHGR, sur le terrain de sport et dans le gymnase mais aussi à l'extérieur, pour pratiquer la marche ou le vélo : il y a cinq minibus et une remorque à vélos. Chaque semaine le planning du sport est adressé aux associations qui travaillent dans les unités et aux infirmiers afin qu'ils inscrivent des patients.

Une commission « culture » se réunit une fois par mois pour planifier les événements culturels comme une semaine sur la santé mentale ou un groupe de théâtre.

Une manifestation par semaine est organisée, avec un programme distribué partout à l'extérieur comme à l'intérieur : Karaoké, fête du printemps de l'association la Bouëze¹¹, cercle celtique, « cinécafé' », musique, info tabac, chants de marins, braderie de vêtements, lotos, tournoi d'échecs.

Il est rapporté que surviennent parfois des incidents pour des questions d'argent, d'alcool, de cigarettes : « les infirmiers sont bien utiles ».

4.1.5 Le service des transports

L'hôpital dispose d'un garage avec quatre mécaniciens, ainsi que d'une pompe à essence. Les agents affectés au garage assurent également le nettoyage et la désinfection régulière des véhicules.

Les transports internes (nourriture, linge, fournitures) emploient douze personnes à temps plein.

¹¹ Cette association a pour objet social de faire vivre le patrimoine oral de la Bretagne

Le transport des patients emploie dix-huit agents, plus trois en sureffectif : avec l'embauche de médecins généralistes plus nombreux, le nombre des examens nécessitant un transport au CHU a considérablement augmenté, a-t-il été rapporté aux contrôleurs.

Le parc de véhicules s'établit comme suit :

- transport individuel de malades : neuf véhicules dont une ambulance ;
- transport collectif de malades : vingt-sept véhicules ;
- transport de fret (repas, linge) : dix véhicules ;
- véhicules de service : cinquante véhicules ;
- véhicules de secteur : quatre-vingt-cinq véhicules .

L'âge moyen des véhicules est de six ans.

Pour l'année 2011, le transport de patients hospitalisés totalise 131 409 km et celui du fret 147 798 km.

Les véhicules de secteur ont parcouru 1 120 778 km.

De janvier à juillet 2012, il a été effectué par les unités 259 transports au tribunal de grande instance de Rennes.

Il n'existe pas de véhicule de fonction.

4.2 L'hospitalisation à temps plein

4.2.1 L'hospitalisation au pôle hospitalo-universitaire (secteurs 35 G 03, G 09, G 12)



Le pôle hospitalo-universitaire est né de la fusion de trois secteurs. Il est l'un des deux pôles de ce type au sein du CHGR, le second concernant la pédopsychiatrie. Son territoire concerne le Nord de l'agglomération de Rennes (35 G 03), l'Est de cette même entité urbaine (35 G 12, il s'agit d'un nouveau secteur créé en 2010 pour tenir compte de la croissance démographique de la région de Rennes) et une partie des cantons de Saint-Jacques de la Lande (secteur 35 G 09)¹².

¹² Le territoire du secteur 35 G 03 regroupe les communes de Maurepas-Patton 21000 habitants, Jeanne d'arc-Long Champs-Atalante 16 100 habitants, Ville-Jean-Beauregard 18 000 habitants, nord

Le pôle a également en charge le service des urgences psychiatriques (cf. §. 3.1.1.4) et devrait intégrer le service psychiatrique d'accueil et d'orientation, situé à la porte d'entrée principale de l'établissement, qui ne comporte pas de lits d'hospitalisation.

Le tableau suivant retrace les principales caractéristiques sociodémographiques du pôle :

<i>Pôles cliniques</i>	Lits HC 2012
<i>Deniker</i>	19
<i>De Clérambault</i>	25
<i>Kraepelin</i>	15
<i>G Swain</i>	25
<i>G Canguilhem</i>	25
<i>Pinel</i>	26
<i>Pussin</i>	20
<i>Botrel</i>	28
<i>Ste Anne (psycho-gériatrie)</i>	20

	Lits HC 2012	Population sectorisée 2009	ratio lits/10 000hab en 2012	Variation 2009-2012
<i>total</i>	203	264 709	6,61	-4%

Le chef de pôle, qui a reçu les contrôleurs, a présenté les orientations cliniques de son service : selon lui, une personne en soins libres doit pouvoir aller et venir librement dans l'hôpital ; il convient donc d'éviter de l'hospitaliser dans une unité fermée. C'est pourquoi, il a demandé et obtenu la création d'une unité fermée afin que les autres unités d'hospitalisation à temps plein (UHTP) de son pôle puissent être ouvertes. Ainsi, l'unité Deniker dispose de vingt lits (dix-neuf autorisés) et ne reçoit que des personnes en SDRE ou en SDT, tandis que, située au même étage mais en face, l'UHTP Clérambault est, selon lui, une unité ouverte « en principe ».

Saint-Martin 5 010, ce qui correspond à un territoire regroupant 60 000 habitants. Le territoire du secteur 35G12 regroupe les communes partie nord de Rennes et limitrophe est de Rennes

Au sein du pôle, il existe également une unité pour sujets âgés qui est une unité fermée, créée pour recevoir des patients ayant des troubles psychiatriques anciens et d'autres qui se détériorent avec des troubles qui s'aggravent.

L'unité Pinel a vu ses capacités se réduire.

L'organisation des équipes soignantes repose sur un principe de spécialisation : elles sont soit dédiées à l'intra hospitalier, soit à l'extra, et il est relevé une difficulté à faire revenir en intra hospitalier des agents, dès lors qu'ils sont intégrés dans des équipes soignantes de structures extérieures.

Le pôle comprend, selon son responsable, environ 300 agents, dont 22 médecins et 8 internes. Il est dirigé par un professeur agrégé de psychiatrie. Un deuxième professeur agrégé le seconde avec deux chefs de clinique. Les personnels médicaux sont rattachés au centre hospitalo-universitaire de Rennes. Au total, le chef de pôle dénombre 200 lits :

- les secteurs 35 G 03 et G 12 qui comportent :
 - le service d'accueil des urgences qui ne comporte aucun lit ;
 - trois UHTP de Clairambault, Deniker et Kraepelin rassemblant un total de soixante lits ;
 - le SPAO qui ne dispose d'aucun lit ;
 - l'unité de psycho-gériatrie Sainte-Anne de vingt lits
- le secteur 35 G 09 qui comprend deux structures :
 - deux de réhabilitation psycho-sociale Pussin et Botrel ;
 - deux UHTP Swain et Canghilhem d'un total de quatre-vingt-dix-huit lits.

L'unité Kraepelin est une unité de semaine, avec des hospitalisations programmées du lundi au vendredi.

S'agissant enfin des personnes hospitalisées au titre de l'article D. 398 du code procédure pénale, le chef de pôle a fixé comme priorité la sécurité des personnels et regrette la faible information transmise par l'administration pénitentiaire. En conséquence, tous les patients hospitalisés selon ce régime sont placés de manière systématique en chambre d'isolement.

4.2.1.1 Les locaux

Les locaux du pôle sont essentiellement installés dans deux bâtiments :

- le pavillon Kraepelin, qui a fait l'objet d'une rénovation récente et où sont installés les services administratifs attachés au pôle ;
- le pavillon André Breton.

Ce dernier est l'une des deux unités de soins normalisées construites sur le site du CHGR. Celle-ci est de type V150 ; elle a été bâtie dans les années soixante-dix et a subi depuis lors quelques travaux de réhabilitation légers.

C'est dans ce pavillon de quatre niveaux que se trouvent les unités d'admission : au deuxième étage les unités Deniker (35 G 03) de Clérambault (35 G 03) ; au premier étage, Canguilhem (35 G 09), Gladys Swain (35 G 09) et, au rez-de-chaussée, les unités de réhabilitation Pinel (35 G 03) et Pussin (35 G 09).

L'entrée dans le bâtiment se fait par le niveau 0, qui est en contrebas de l'avenue Alfred Jarry, axe central de circulation du CHGR. A l'extérieur du hall d'entrée dont la porte est toujours ouverte, se trouvent un banc et un abri contre la pluie. De nombreux patients fumeurs y séjournent, parfois accompagnés de personnels soignants. Il a été précisé aux contrôleurs que : « c'est le lieu de tous les deals ».

Le hall dessert deux unités par étage. En face de la porte d'entrée, deux ascenseurs et une cage d'escalier permettent d'accéder aux étages.

Les unités d'hospitalisation sont construites en symétrie selon le même plan, dont seule l'orientation est inversée selon qu'elles sont à gauche (à l'Ouest) ou à droite (à l'Est) du hall. Chaque étage dispose d'un hall à partir duquel se distribuent les entrées dans les unités d'hospitalisation. Ces espaces, aveugles, comportent des accès vers diverses pièces :

- une, d'une surface de 15 m², qui est le plus souvent utilisée en salle de réunion ;
- une seconde, d'une surface de 8 m², servant de vestiaire (souvent commun aux deux unités de l'étage) pour le personnel féminin, comportant des toilettes et un lavabo.

La description des unités, compte tenu de ces similitudes a été regroupée selon leur orientation.

4.2.1.1.1 Les unités à l'Ouest du bâtiment : unité Pussin au rez-de-chaussée (secteur 35 G 09), Canguilhem (secteur 35 G 09), au premier étage et de Clérambault (35 G 09) au second étage.

Depuis les halls d'entrée, une double porte, vitrée dans sa partie supérieure, donne sur :

- un hall d'une surface de 36 m², sans fenêtre, sur lequel débouche un couloir circulaire qui vers la droite dessert successivement :
 - un bureau médical (24 m²) ;
 - deux chambres à deux lits (23 m²) ;
 - une bagagerie (5,2 m²) ;
 - une chambre à un lit (15,5 m²) ;
- puis donnant sur la façade Nord quatre chambres à un lit de 11 m² de surface ;
- à l'Ouest :
 - trois chambres à trois lits, d'une surface de 24 m², chacune ;
 - une salle de soins (24 m²) ;

- un grand salon, avec un coin télévision (69 m²), et un petit salon communiquant de (25 m²) ;
- deux chambres à un lit (11 m²) en façade Sud qui, dans le plus part des unités, ont été transformées en chambres d'isolement ;
- un bureau pour le cadre de santé, d (15 m²) ;
- un bureau infirmier (21 m²) ;
- une zone d'accueil des familles (17 m²).

Le couloir, d'une surface totale de 75 m², se termine ainsi sur la partie gauche du hall d'entrée de l'unité. Il a délimité deux blocs centraux, dont toutes les pièces sont obscures. Le bloc Nord est composé d'un local pour le linge propre et d'un pour le linge sale, d'un vestiaire pour les hommes, de deux locaux sanitaires comportant chacun deux WC et un lavabo, une salle de bains avec une baignoire et une douche, une salle de douche et un local destiné à recevoir des effets de ménage.

Le bloc Sud comporte une salle de douche et un sanitaire avec un WC et un lave-mains.

La surface totale de cette unité est de 550 m².

4.2.1.1.2 Les unités à l'Est du bâtiment : unités Pinel, Gladys Swain et Deniker.

Depuis le hall précédemment décrit, où aboutissent les ascenseurs et la cage d'escalier, une double porte, vitrée dans sa partie supérieure, donne sur :

- un hall de 46 m² sur lequel débouche un couloir circulaire qui dessert à gauche :
 - un bureau médical (20 m²) ;
 - un salon de télévision (24,5 m²) ;
 - deux chambres de 11 m² chacune sur la façade Nord qui ont été transformées en chambres d'isolement dans la plupart des unités ;
 - une chambre à trois lits de 26 m² ;

Ces cinq pièces délimitent, au milieu du bâtiment, un bloc dont toutes les pièces sont aveugles et qui se compose d'un sanitaire équipé d'un WC, une douche et deux lavabos. En poursuivant le couloir, se trouvent successivement :

- une salle à manger (68 m²) ;
- un office (27 m²) ;
- une salle de soins (24 m²) ;
- trois chambres à trois lits de 22 m² de surface ;
- quatre chambre à un lit en façade Sud de 11 m² chacune ;
- une chambre à un lit de 15 m² de surface ;

- une lingerie (5 m²) ;
- deux chambres à trois lits de 23 m² de surface chacune ;
- un bureau pour le cadre de santé (24 m²) ;

Ces dernières pièces délimitent un bloc Sud qui se compose d'un local pour le linge sale, une bagagerie, deux sanitaires comportant chacun deux WC et un lavabo, deux salles de bains (12 m² chacune) équipées chacune d'une baignoire et d'une douche, un vestiaire pour les hommes.

Il a été précisé aux contrôleurs que dans ce bâtiment très mal isolé ; « on a chaud l'été et froid l'hiver ».

Au deuxième niveau, dans l'unité Deniker, deux chambres étaient neutralisées à la suite d'infiltrations d'eau survenues plusieurs semaines auparavant et qui n'avaient pas été réparées lors du contrôle.

Toutes les chambres sont équipées d'un lavabo en faïence avec eau chaude et froide, surmonté d'une tablette et d'un miroir éclairé par une rampe lumineuse. Les placards dans les chambres à plusieurs lits sont en nombre insuffisant et une armoire a été rajoutée.

A l'unité Deniker, les chambres triples comportent un coin lavabo, séparé de la chambre par un rideau de douche qui est censé isoler l'espace et procurer un minimum d'intimité. Mais les patients se plaignent de cette promiscuité. Il est fait état de positions contradictoires :

- d'un côté, des soignants disent la difficulté pour un patient à se laver les dents dans un lavabo où un autre patient a pu uriner ;
- d'un autre côté, tout en posant le préalable des conditions d'hospitalisation dignes et satisfaisantes, l'existence de chambres doubles ou triples permet, selon eux, d'hospitaliser une personne « lorsque c'est nécessaire » et d'éviter qu'elle ne soit pas prise en charge.

Au rez-de-chaussée et au premier étage, les unités sont ouvertes, les portes donnant sur les halls d'entrée n'étant, lors du passage des contrôleurs, jamais closes.

Il en va différemment au second niveau : l'unité Pierre Deniker, qui reçoit exclusivement des patients en hospitalisation sous contrainte est constamment fermée : pour y pénétrer, les visiteurs doivent sonner et attendre qu'un personnel soignant vienne leur ouvrir la porte. En face, sur le même palier, les contrôleurs se sont présentés avec le chef de pôle, qui a pu constater que, contrairement au projet de pôle, l'unité de Clérambault, théoriquement ouverte, était fermée dans les mêmes conditions que l'unité Deniker. Il a été indiqué que cette fermeture résultait de la présence, continue depuis plusieurs mois, de patients hospitalisés sous contrainte en son sein, ce qui ne permettait pas de maintenir l'accès libre.

4.2.1.2 L'unité d'hospitalisation complète Pierre Deniker

4.2.1.2.1 Le personnel

L'effectif total est de seize agents de jour et six de nuit. Chaque équipe comporte un cadre de santé, trois infirmiers, un aide-soignant, un ASH. Il est indiqué aux contrôleurs qu'il y a peu d'arrêts de travail dans l'équipe.

Selon des interlocuteurs des contrôleurs, « le luxe » serait de disposer d'équipes de deux infirmiers, un aide-soignant et un ASH à chaque service, mais en réalité, les équipes fonctionnent avec cinq soignants par jour.

Comme le service est hospitalo-universitaire, le personnel médical comprend deux externes.

4.2.1.2.2 L'admission

A l'arrivée, les patients sont systématiquement mis en pyjama, jusqu'à l'examen médical. Le psychiatre décide alors du maintien ou non du port du pyjama. Il a été observé par les contrôleurs qu'environ la moitié des patients portaient un pyjama et que l'autre était en tenue de ville.

Les patients arrivent généralement par les urgences ou directement en provenance de leur domicile. Il est exceptionnel qu'une hospitalisation soit programmée et effectuée depuis le CMP du pôle. De même, s'il peut arriver que des patients soient conduits à l'unité par les services de police, cette situation est tout aussi exceptionnelle : il s'agit alors de mesures de garde à vue qui viennent d'être levées en raison de l'état de santé psychique de la personne.

Il est relevé que des patients arrivant très opposants à l'hospitalisation peuvent entrer en brancard et sous contention : ils y sont maintenus jusqu'à la décision de retirer les sangles.

Le livret d'accueil est remis au patient lors de sa première arrivée dans l'unité mais comme, est-il souligné, de nombreux patients reviennent fréquemment, dans ces situations il ne leur est plus remis.

Un inventaire des effets personnels est effectué et consigné. Les petites sommes d'argent sont déposées dans un placard fermé à clé installé dans le bureau infirmier.

Dès qu'une admission d'un patient en SDRE ou SDT doit être effectuée, le service des admissions du CHGR contacte par téléphone le bureau infirmier afin de préciser la régularité de l'admission. Faute de salle d'attente, il peut arriver que des patients attendent dans le hall de l'accueil de l'unité, dans un état de grande agitation, avant leur entretien avec le psychiatre, ce qui crée des tensions avec les autres malades.

Le bilan somatique est effectué dès l'arrivée.

Une vérification de la régularité de la mesure prise est effectuée par le service des admissions. Tous les documents relatifs à la situation du patient sont adressés directement à l'unité par le bureau des admissions.

L'unité reçoit peu de patients d'autres secteurs mais, en revanche, de nombreux patients du secteur sont hospitalisés dans d'autres unités : il est indiqué aux contrôleurs que le bureau des admissions gère les disponibilités des lits. Dans cette hypothèse d'un patient du secteur admis dans une autre unité, il n'existe pas de règle clairement énoncée : soit il y reste, soit il revient dans l'unité de son secteur dès qu'une place est disponible, mais les critères de ces mutations ne sont pas explicites.

Un patient a raconté aux contrôleurs que les infirmiers étaient venus le chercher chez lui et que son hospitalisation dépend du préfet. Il a indiqué avoir des visites de son entourage qu'il voit dans la chambre ou dans le hall d'accueil de l'unité. Pendant les journées, il regarde la télévision et a l'autorisation de sortir dans le parc accompagné, entre cinq et quinze minutes. Il écoute de la musique mais ne participe pas à des activités au sein de l'unité.

Un autre patient a expliqué qu'il n'était pas malade et ne comprenait pas son hospitalisation. Il trouve que l'alimentation est abondante. Il ne connaît pas le statut de son hospitalisation. Il ne fait pas grand-chose de ses journées, car il ne regarde pas la télévision qu'il n'aime pas. Il est à la retraite et trouve que les relations avec les personnels soignants sont bonnes, même s'il a indiqué avoir « été secoué » par une infirmière quelques jours auparavant, ce qui a envenimé les relations avec les autres soignants. Il a indiqué avoir vu les médecins trois fois depuis son hospitalisation, intervenue quelques semaines avant.

Un troisième a dit être en hospitalisation « d'office » depuis plus d'un an et être arrivé à l'hôpital sous le régime de l'HDT. A son arrivée, il a été placé en chambre de soins intensifs (isolement) durant neuf jours. Il n'adhère pas aux soins. Il a demandé au juge des libertés et de la détention la levée de sa mesure et à un avocat qui traite son dossier. Il a dit avoir rencontré la CDSP qui lui aurait indiqué ne pas vouloir le voir à nouveau à leur prochaine visite.

Un autre a dit être placé en SDT (il s'est avéré qu'il était placé en SDRE). Il a dit avoir vu un médecin dès son arrivée et avoir reçu le livret d'accueil immédiatement. Il n'était plus en pyjama, étant hospitalisé depuis une quinzaine de jours. Il n'a pas beaucoup de visites, à l'exception de sa femme qui est venue le voir. Il a pu appeler sa fille, les téléphones portables étant admis dans l'unité. Il partage sa chambre avec deux autres patients et observe que cela se passe bien « dès lors qu'on se respecte et qu'on s'entend bien ». Il est passé devant le juge de libertés et de la détention la semaine précédente et est autorisé à se rendre dans le parc une fois par jour une heure en étant accompagné. Il dit « avoir l'impression d'être comme en prison » qu'il n'a pas connue. Il trouve le régime « strict ».

4.2.1.2.3 Le projet thérapeutique.

L'unité d'hospitalisation à temps plein Pierre Deniker du pôle hospitalo-universitaire regroupe en théorie au 2^{ème} étage de l'USN 150 les hospitalisations sous contrainte du secteur 35 G 03.

Elle présente les caractéristiques suivantes :

	Secteur 35 G 03 unité fermée Pierre Deniker
Nombre de lits	20
Nombre de chambres d'isolement	2
Chambre sécurisée	0
Nombre de chambres à un lit	5 (dont deux sont condamnées à la suite d'une inondation)
Nombre de chambres à deux lits	3
Nombre de chambres à trois lits	4
Nombre de douches	3
Nombre de WC	8
Salle de bains	1

Pendant la visite des contrôleurs, les modalités d'hospitalisation des patients présents étaient les suivantes :

Unité fermée Pierre Deniker	Secteur 35 G 03/12
Soins libres	0
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	9 ¹³
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat	5
Hospitalisations séquentielles	
Soins ambulatoires sous contraintes (programmes de soins SDRE)	3
Soins ambulatoires sous contraintes (programmes de soins SDT)	5

4.2.1.2.4 L'activité du service d'hospitalisation

L'activité de l'unité d'hospitalisation temps plein des secteurs G 03 et G 12 au cours des années 2010 et 2011 a été la suivante :

¹³ Dont six SDT d'urgence

Pôle 35 G 03 et G 12	2010	2011
<i>Nombre de journées d'hospitalisation</i>	35 517	34 552
<i>Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier</i>	2379	2143
<i>Durée moyenne de séjour</i>	15,18	16,12
<i>Taux d'occupation (en %)</i>	89,07	90,16
<i>Nb de lits</i>	109	105

Les contrôleurs ont rencontré des membres de l'équipe soignante, des médecins et des patients. Ils ont eu un contact avec tous les patients hospitalisés en SDRE et un entretien avec ceux dont l'état de santé le permettait.

Il a été indiqué que, dans cette unité, les durées de séjour se prolongent au-delà de ce qui serait nécessaire, faute de disposer de solutions de logement à l'extérieur.

Il s'agit d'une unité **fermée** et il est regretté **l'absence de cour de promenade**, obligeant les patients à rester confinés dans l'espace de l'unité. Si l'unité est constamment fermée, en revanche les chambres sont ouvertes en permanence. Plusieurs restrictions existent cependant à ce principe : si le patient est agité, s'il est sous contention dans sa chambre, alors celle-ci sera fermée. Lors du contrôle, toutes les chambres étaient ouvertes. De nuit, elles sont également ouvertes, ce qui peut entraîner des intrusions.

L'état matériel des sanitaires, dont certains ont été récemment rénovés, s'est, selon les informations recueillies, sensiblement amélioré. Il a cependant été constaté des traces d'humidité encore nombreuses dans ces lieux mal ventilés. L'argument invoqué généralement tient à la conception même du bâti qui ne permettrait pas de disposer d'une réelle étanchéité à un coût acceptable.

L'équipe médicale est constituée de deux internes et de deux praticiens hospitaliers, dont l'un, responsable de l'unité, n'a pu être rencontré par les contrôleurs, étant en congés lors de la visite.

L'équipe soignante comprend des agents expérimentés. Les horaires de travail sont les suivants :

- en équipe de jour, le matin, de 6h30 à 14h15 ou 7h15 à 15h ;
- l'après-midi, de 13h45 à 21h30.

Tous les personnels soignants sont équipés d'un dispositif de protection du travailleur isolé (PTI) et s'en dotent dès qu'ils entrent dans l'unité. Quand un patient est trop tendu, il peut être fait usage de traitements « si besoin », de procéder à des injections pour séder le patient ou, en ultime recours, de faire appel à des renforts d'autres unités. Le dispositif de PTI renvoie en première instance sur les appareils des autres personnels de l'USN.

Pour l'encadrement, la consigne essentielle est la sécurité des patients et des personnels : il s'agit de veiller à ce que la prise en charge soit faite dans les règles de l'art et que « tous les documents soient en ordre ».

Beaucoup de fiches d'évènements indésirables sont rédigées par l'unité, en raison notamment de l'absence d'espace permettant de gérer les patients fumeurs : au fond de l'unité à droite, à côté d'une chambre triple, réservée aux hommes, un coin est utilisé par les fumeurs. Le sol est maculé de traces de cigarettes éteintes et le rebord extérieur à la fenêtre est rempli de mégots. Ce coin est, selon les interlocuteurs des contrôleurs, « toléré ».

Il est rapporté que des patients s'étant énervés faute de pouvoir fumer avaient pu être placés en chambre d'isolement. La fiche d'évènement indésirable est une manière de marquer une limite à la tolérance. Il est rapporté de plusieurs sources que le tabac n'est pas le seul produit fumé dans l'unité et que le cannabis est « largement » consommé.

Pour l'équipe soignante, le **tabac** est un problème majeur, faute de lieux qui se prêteraient à une gestion apaisée de cette addiction. Un groupe de travail a été mis en place avec un tabacologue afin de réduire les consommations.

Des familles rencontrées ont exprimé une certaine difficulté à entrer en contact avec l'équipe médicale, peu disponible pour les recevoir, usant, selon elles, de motifs tels que l'âge des patients (majeurs) pour ne pas informer suffisamment les proches.

4.2.1.3 L'unité de Clérambault (35 G 03 et 35 G 12)

L'unité de Clérambault est une unité **ouverte**. Lors de la visite des contrôleurs néanmoins, la **porte était fermée** : « ça fait plusieurs mois que la porte ne peut pas être ouverte, on a toujours un patient hospitalisé sous contrainte ».

Elle occupe la partie Ouest du bâtiment André Breton¹⁴ (USN150) au deuxième étage. Elle a vocation à accueillir les patients admis en soins libres.

4.2.1.3.1 Les locaux

Le hall d'entrée est équipé de neuf sièges – dont un est éventré – et d'une table basse. Certains patients y sont assis avec leur famille. Au mur est accroché un porte-journaux qui supporte de nombreuses revues (*Voici*, *VSD*, *Top35*) récentes et en bon état.

A l'entrée de l'unité, l'horaire des visites autorisées pour les familles est indiqué : de 14h30 à 18h. Au cours de la visite, les contrôleurs ont pu constater la présence de familles de patients en dehors de ces horaires.

Le salon de télévision comporte cinq fauteuils alignés en face de l'écran. Le téléviseur est équipé d'un lecteur de DVD et d'une télécommande.

Dans la salle de vie, deux espaces sont différenciés :

- la salle à manger qui comporte cinq tables rondes à quatre places ;
- un coin salon qui comporte quatre chauffeuses et une table basse.

Lors de la visite des contrôleurs parmi les patients attablés cinq étaient en pyjama ; un patient aidait à la vaisselle.

¹⁴ Décrite au § 4.2.1.1.1

En face de la porte d'entrée, se trouve l'office où les personnels soignants peuvent aussi se détendre. Il est équipé d'un évier, d'un plan de travail supporté par des placards de rangement, d'un lave-vaisselle, d'une borne de mise en chauffe des chariots repas, d'un bain-marie, d'une table et de chaises.

Sur la table, se trouve le plateau du petit déjeuner pour la personne placée en chambre d'isolement : il comprend deux verres et un bol en matière plastique, une cuillère en métal, deux morceaux de pain et une serviette en papier.

Les menus spéciaux (un régime sans sel et deux sans porc) sont inscrits sur un tableau blanc fixé au mur.

Dans le couloir de circulation, à gauche du hall, se trouve un téléphone mural. Il a été précisé que les communications téléphoniques des patients étaient effectuées à partir de ce poste. Aucune intimité ni confidentialité n'est possible.

Une des chambres est fermée depuis plusieurs semaines pour travaux en raison d'infiltrations en provenance du toit-terrasse.

La chambre d'isolement de l'unité a été rénovée en fin d'année 2009. Elle est équipée d'un sas ; les sanitaires ne sont pas accessibles depuis la chambre. Le sol est carrelé, les murs sont peints, le lit à piètement métallique et couchage en bois est équipé d'un matelas et de sangles de contention pour les membres supérieurs et inférieurs. La fenêtre coulissante offre une ouverture limitée à quelques centimètres. Aucune odeur désagréable ne se dégage de la chambre ; elle est propre et en bon état.

Toutes les portes des chambres sont équipées d'un oculus de 0,25 m sur 0,40 m.

4.2.1.3.2 Les effectifs

a. *Personnel paramédical*

<i>Unité de CLEREMBAULT</i>	ETP	N
<i>Cadre supérieur de santé</i>	1	1
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>IDE¹⁵ de jour</i>	9,9	10
<i>IDE de nuit pour le pôle</i>	12,5	13
<i>Aide-soignant de jour</i>	3,8	4
<i>Aide-soignant de nuit pour le pôle</i>	7	7
<i>ASH</i>	2	2

¹⁵ IDE : infirmier diplômé d'état - ASH : agent des services hospitaliers

<i>Éducateur spécialisé</i>	0	0
<i>Psychologue</i>	0	0

Les équipes soignantes se composent soit de trois infirmières le matin et deux d'après-midi, soit de deux infirmières de matin, deux d'après-midi et une de journée. Toutes les équipes comprennent en outre :

- une aide-soignante matin et après-midi ;
- un ASH le matin.

Les horaires des équipes sont variables :

- une infirmière et une aide-soignante travaillent de 6h30 à 14h15 ;
- une infirmière de 7h15 à 15h ;
- l'infirmière de journée peut travailler soit de 8h30 à 16h15, soit de 9h à 16h45 ;
- l'après-midi, tous les agents exercent leur activité de 13h45 à 21h30 ;
- l'équipe de nuit, constituée soit de deux infirmières soit d'une infirmière une aide-soignante, travaille de 21h15 à 6h45.

Le temps de chevauchement des équipes du matin et d'après-midi, d'une durée de 1h15, est utilisé à l'accompagnement des patients lors de sorties ou de consultations externes.

b. Personnel médical

<i>Unité de CLEREMBAULT</i>	N	EPT
<i>Professeur des université-Praticien hospitalier</i>	1	0,5
<i>Chef de clinique</i>	1	0,5
<i>Assistant</i>	1	0,5
<i>Interne</i>	2	0,8
<i>Étudiants DCEM2</i>	2	2
<i>Étudiants étrangers</i>	2	1

Le médecin responsable de l'unité est professeur d'université-praticien hospitalier (PU-PH) et partage son temps entre l'enseignement, la recherche et une activité clinique. Il accueille dans son unité des étudiants en médecine. Deux autres médecins seniors interviennent dans l'unité : un chef de clinique qui partage son temps entre l'enseignement, la recherche et l'activité clinique ; un assistant qui prend également en charge des patients en ambulatoire.

A titre d'exemple, en juin 2011, selon les tableaux de service, le PU-PH a consacré 33 % de son temps de travail à l'unité d'hospitalisation, le chef de clinique 73 %, et l'assistant 71 %.

4.2.1.3.3 L'admission

Lors d'une admission, une infirmière accueille le patient, lui présente l'unité et sa chambre. Il lui sera demandé de se mettre en pyjama, en attendant l'évaluation par le médecin. L'infirmière procédera avec le patient à l'inventaire de ses effets personnels qui seront mis dans le placard de la chambre, fermé avec une clé qui est conservée par l'infirmière. L'inventaire des valeurs, des téléphones portables, des numéraires et des cartes de crédit sera fait contradictoirement et sera rangé dans une enveloppe nominative dans le coffre de l'unité. Lorsque les numéraires sont supérieurs à 50 euros, le cadre de santé les déposera au bureau du Trésor public.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le livret d'accueil était remis par l'infirmière lors de cet entretien. Il a été cependant précisé : « il arrive qu'on oublie ».

Un électrocardiogramme est effectué pour tous les entrants.

Le tabac reste à la disposition des patients. Les patients admis en soins libres descendent dans le jardin pour fumer ; les patients admis sans consentement sont autorisés à fumer par la fenêtre, faute d'espace extérieur accessible. Les fenêtres, pour la plupart, n'ouvrent que partiellement, laissant un espace d'une dizaine de centimètres. La loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme n'est ainsi pas respectée dans cette unité.

4.2.1.3.4 Le projet thérapeutique

L'unité de Clérambault est une unité d'hospitalisation de **court séjour** : c'est pourquoi il n'y a aucune activité occupationnelle.

Aucun médecin généraliste, psychologue ou ergothérapeute n'est affecté dans l'unité. Ce sont des internes qui assurent les soins de médecine générale.

Un kinésithérapeute intervient à la demande dans l'unité ; le cas échéant, les patients peuvent se rendre dans le service de kinésithérapie (cf. § 5.1.3).

Le jeudi après-midi, un groupe de trois ou quatre patients, animé par un ou deux soignants, pratique un jeu de l'oie élaboré par les professionnels, explorant « pas à pas » la maladie mentale et son traitement.

Certains patients peuvent se rendre en hôpital de jour pour des ateliers « mémoire », « réhabilitation psycho-sociale » et « schizophrénie ». L'hôpital de jour sur la mémoire se situe en dehors du CHGR.

La prise des traitements s'effectue à 8h, 12h, 16h et 18h45 en salle de soins. Chaque patient se présente individuellement, l'infirmière vérifiant la prise. Le plan d'administration des médicaments est édité tous les jours à 14h. La pharmacie est livrée deux fois par semaine. Un réapprovisionnement quotidien est possible. Un chariot d'urgence se trouve dans la salle de soins ; la traçabilité de sa vérification, à jour est affichée sur le mur.

Les prélèvements biologiques ont lieu le matin avant 8h ; tous les entrants ont un bilan biologique, ne comportant pas de manière systématique les dépistages virologiques.

Les modalités de prise de médicaments et de prélèvements biologiques sont reproduites dans tous les secteurs.

Le 13 septembre 2012, l'unité d'hospitalisation présente les caractéristiques suivantes :

<i>Unité de CLEREMBAULT</i>	Secteur 35 G 03
<i>Nombre de lits</i>	24
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	1
<i>Chambre sécurisée</i>	0
<i>Nombre d'hommes hospitalisés</i>	15
<i>Nombres de femmes hospitalisées</i>	10
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	6
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	1
<i>Nombre de chambres à trois lits</i>	6
<i>Nombre de douches</i>	2
<i>Nombre de WC</i>	5
<i>Salle de bain</i>	1

Pendant la visite des contrôleurs, les modalités d'hospitalisation des patients présents étaient les suivantes :

<i>Unité de CLEREMBAULT</i>	Secteur G
<i>Soins libres</i>	17
<i>Soins psychiatrique à la demande d'un tiers/ dont urgence</i>	7/6
<i>Soins psychiatrique sur décision d'un représentant de l'état</i>	1
<i>Programme de soins</i>	2

4.2.1.3.5 L'activité du service d'hospitalisation

Le recueil de l'activité des unités d'hospitalisation à temps plein des secteurs 35 G 03 et 35 G 12 n'a pas été différencié. L'activité pour l'ensemble des deux unités est la suivante :

<i>Pôle 35 G 03 et 35 G 12</i>	2010	2011
<i>Nombre de journées d'hospitalisation</i>	35 517	34 552
<i>Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier</i>	2 370	2 143
<i>Durée moyenne de séjour en jours</i>	15	16
<i>Taux d'occupation (en %)</i>	89,3	90

4.2.1.4 L'unité Gladys Swain

L'unité Gladys Swain est située au premier étage du pavillon André Breton (USN150). Cette unité comporte vingt-cinq lits. Elle accueille en hospitalisation à temps plein, avec l'unité Canguilhem, les patients du secteur 35 G 09 Celui-ci dispose de 100 lits d'hospitalisation pour une population de 120 000 habitants, ce qui, d'après ce qui a été rapporté aux contrôleurs, est « supérieur à la moyenne nationale ».

Cette unité a vocation à accueillir des patients admis en soins libres. Mais « depuis deux ou trois ans elle est presque en permanence **fermée** » a-t-il été rapporté aux contrôleurs. Cette fermeture désormais permanente semble être la conséquence de consignes « de nature sécuritaires » données lors d'une réunion à la préfecture. Il a été précisé aux contrôleurs que, « depuis cette réunion les patients en chambre d'isolement sont systématiquement contenus ».

4.2.1.4.1 Les locaux

L'unité se compose de treize chambres dont une est fermée pour travaux en raison de fuites d'eau venues de l'étage supérieur (cf. § 4.2.1.3.1) et d'une chambre d'isolement.

Celle-ci a été rénovée en fin d'année 2009. Elle est pourvue d'un sas et elle ne communique pas avec le cabinet de toilettes. Le sol est en polychlorure de vinyle (PVC) ; les murs sont recouverts de papier en fibre de verre peint ; le lit, fixé au sol par un piétement métallique, dispose d'un matelas posé sur un sommier en bois et est équipé de sangles de contention.

4.2.1.4.2 Les effectifs

a. *Personnel paramédical*

<i>Secteur 35 G 09 Unité Gladys Swain</i>	N
<i>Cadre de santé</i>	1

<i>Secteur 35 G 09 Unité Gladys Swain</i>	N
<i>IDE de jour</i> ¹⁶	9,9
<i>IDE de nuit pour les trois unités d'hospitalisation*</i>	12,5
<i>Aide-soignant (AS) de jour</i>	3,8
<i>AS de nuit pour les trois unités</i> ^{*17}	7
<i>ASH</i>	2
<i>Psychologue</i>	2

L'équipe de soins travaille selon le roulement suivant :

- le matin : une infirmière de 6h30 à 14h15 ; une aide-soignante et deux infirmières de 7h15 à 15h ;
- l'après-midi : trois infirmières et une aide-soignante de 13h45 à 21h30 ;
- le mercredi de 8h30 à 16h15 : une aide-soignante de journée.

b. Personnel médical

L'équipe médicale est composée ainsi :

Secteur 35 G0 9	ETP
Gladys Swain, Pussin, Canguilhem, Botrel	
<i>Praticien hospitalier psychiatre</i>	3,5
<i>Praticien hospitalier généraliste</i>	1
<i>Assistant</i>	2

A titre d'exemple, en juin 2012, selon les informations recueillies sur le tableau de service, le temps de travail dédié aux trois unités d'hospitalisation à temps plein du secteur a été respectivement de 61 %, 52 % et 38 % pour les trois praticiens hospitaliers en psychiatrie, de 40 % et 81 % pour les deux assistants et de 73 % pour le praticien en médecine générale.

Chacun d'entre eux exerce également en CMP.

¹⁶ IDE : infirmier diplômé d'état ; ASH : agent des services hospitaliers.

¹⁷ Gladys Swain, Pussin, Canguilhem, Botrel.

4.2.1.4.3 L'admission

Les patients admis dans le service proviennent du service de psychiatrie d'accueil et d'orientation (SPAO), du service d'accueil et d'urgence (SAU) du centre hospitalo-universitaire ou des consultations externes.

Le patient est accueilli par un soignant qui lui présente le service et sa chambre. Il lui est remis un livret d'accueil. Il a ensuite un entretien avec l'interne de spécialité. La mise en pyjama pendant la période d'observation n'est pas systématique.

Un inventaire contradictoire des effets personnels et des valeurs est effectué. Les numéraires d'une valeur supérieure à 80 euros sont déposés par le cadre de santé au Trésor public de l'établissement.

4.2.1.4.4 Le projet thérapeutique

L'unité d'hospitalisation Gladys Swain présente les caractéristiques suivantes :

<i>Unité Gladys Swain</i>	<i>Secteur 35 G 09</i>
<i>Nombre de lits</i>	25
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	1
<i>Chambre sécurisée</i>	0
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	4
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	1
<i>Nombre de chambres à trois lits</i>	6
<i>Nombre de douches</i>	2
<i>Nombre de WC</i>	4
<i>Salle de bains</i>	1

L'hospitalisation dans cette unité a vocation à être de courte durée, ce qui explique qu'il n'y ait aucune activité occupationnelle.

Les téléphones portables ne sont pas laissés aux patients qui ont la possibilité de téléphoner avec une carte pré-chargée dans le hall du bâtiment ou à partir d'un poste téléphonique situé dans le couloir de l'unité. La communication sera alors facturée par le standard. Ce poste téléphonique, au milieu du couloir, ne permet aucune confidentialité.

La présence de deux psychologues permet une prise en charge par des entretiens individuels.

Une infirmière des services centraux vient une fois par semaine animer un « groupe patient » traitant de la schizophrénie.

Des séances de sophrologie, en dehors de l'unité d'hospitalisation, sont également proposées.

La **préparation des traitements** est assurée par les infirmiers de nuit qui laissent cependant les comprimés dans leur conditionnement sous *blister*.

Pendant la visite des contrôleurs, les modalités d'hospitalisation des patients présents étaient les suivantes :

<i>Unités Gladys Swain</i>	Secteur 35 G 09
<i>Soins libres</i>	19
<i>Soins psychiatrique à la demande d'un tiers/dont péril imminent</i>	2 /1
<i>Soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat</i>	0
<i>Programme de soins</i>	4

4.2.1.4.5 L'activité du service d'hospitalisation

L'activité des unités d'hospitalisation à temps plein du secteur 35 G 09 au cours des deux dernières années a été la suivante :

<i>Secteur 35G09 unité Swain, Canguilhem, Pussin</i>	2010	2011
<i>Nombre de journées d'hospitalisation</i>	33 384	33 472
<i>Nombre d'entrée + présent au 1^{er} janvier</i>	1 096	1 110
<i>Durée moyenne de séjour</i>	30,5	30
<i>Taux d'occupation (en %)</i>	93,3	93,5

4.2.1.5 L'unité Canguilhem

L'unité Canguilhem est située au premier étage du pavillon André Breton (USN150).

Cette unité comporte vingt-cinq lits. Elle accueille en hospitalisation à temps plein, avec l'unité Gladys Swain, les patients du secteur 35 G 09.

4.2.1.5.1 Les effectifs

- *Personnel paramédical*

Tous les postes prévus pour vingt-cinq lits sont pourvus dans cette unité.

<i>Secteur 35 G 09 Unité Canguilhem</i>	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1
<i>IDE¹⁸ de jour</i>	9,90

¹⁸ IDE : infirmier diplômé d'état, ASH : agent des services hospitaliers.

<i>Secteur 35 G 09 Unité Canguilhem</i>	ETP
<i>IDE de nuit pour les quatre unités du pôle¹⁹</i>	12,50
<i>Aide-soignant J/N</i>	3,80
<i>Aide-soignant de nuit pour les quatre* unités</i>	7
<i>ASH</i>	2

Il n'a pas été rapporté de difficulté particulière pour assurer la présence de soignants dans cette unité.

- *Personnel médical*

Les médecins qui interviennent dans l'unité Canguilhem interviennent également sur les autres unités d'hospitalisation du service ainsi que dans les CMP du secteur.

Le tableau mural de planification des soins infirmiers, situé dans le bureau infirmier, identifie le psychiatre référent de chaque patient. Il a été précisé aux contrôleurs que les patients étaient vus en consultation par leur psychiatre référent au moins une fois par semaine.

<i>Secteur 35 G 09</i> <i>Gladys Swain, Pussin, Canguilhem, Botrel</i>	ETP
<i>Praticien hospitalier psychiatre</i>	3,5
<i>Praticien hospitalier généraliste</i>	1
<i>Assistant</i>	2

4.2.1.5.2 L'admission

L'accueil des patients est assuré par un soignant qui lui présente l'unité et sa chambre. Un livret d'accueil lui est remis à cette occasion.

Pendant la période d'observation, il est possible en fonction de l'état de santé du patient de lui demander de revêtir un pyjama.

Lors de la visite des contrôleurs, l'équipe a, en particulier évoqué la situation d'une patiente admise dans l'unité depuis plus d'un an, de retour d'unité pour malades difficiles (UMD). Cette patiente a dû depuis rester en chambre d'isolement en raison de son état clinique. Elle ne pouvait sortir de cette chambre que quelques heures dans la journée. Cette situation était jugée par l'équipe particulièrement préoccupante. Selon l'équipe soignante : « la place de cette patiente n'est pas dans notre unité ».

¹⁹ Gladys Swain, Pussin, Canguilhem, Botrel.

4.2.1.5.3 Le projet thérapeutique

L'unité Canguilhem a pour vocation d'accueillir les patients pour une courte durée. En conséquence, aucune activité thérapeutique ou occupationnelle n'est mise en place dans l'unité.

L'unité d'hospitalisation Canguilhem présente les caractéristiques suivantes :

<i>Unité Canguilhem</i>	Secteur 35 G 09
<i>Nombre de lits</i>	25
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	1
<i>Chambre sécurisée</i>	0
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	5
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	1
<i>Nombre de chambres à trois lits</i>	6
<i>Nombre de douches</i>	2
<i>Nombre de WC</i>	4
<i>Salle de bains</i>	1

Pendant la visite des contrôleurs les modalités d'hospitalisation des patients présents étaient les suivantes :

<i>Unité Canguilhem</i>	Secteur 35G09
<i>Soins libres</i>	15
<i>Soins psychiatrique à la demande d'un tiers en urgence</i>	2
<i>Soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat</i>	2
<i>Programme de soins</i>	7

4.2.1.5.4 L'activité du service d'hospitalisation

L'activité propre de chaque unité d'hospitalisation à temps plein n'était pas disponible lors de la visite des contrôleurs. L'activité des unités d'hospitalisation du secteur 35 G 09 est détaillée plus haut (Cf. § 4.2.1.4.5.).

4.2.1.6 L'unité Pinel

L'unité Pinel est située au rez-de-chaussée, aile Est du pavillon André Breton (USN150) décrite plus haut (Cf. §4.2.1.1.1.).

Cette unité comporte vingt-six lits. Elle accueille des patients en **long séjour**, relevant d'une réhabilitation psychosociale des secteurs 35 G 03 et 35 G 12. L'unité fermée de long séjour d'Esquirol ayant été désaffectée en 2007, certains des patients qui s'y trouvaient ont été transférés à l'unité Pinel qui est une unité **ouverte**.

4.2.1.6.1 Les effectifs

- **Personnel non médical**

L'effectif permet de constituer une équipe de matin et d'après-midi composée de deux infirmières et une aide-soignante.

Une aide-soignante effectue un horaire de journée pour permettre les accompagnements des patients dans les différentes activités.

- **Personnel médical**

Cette unité accueillant des patients en long séjour effectue essentiellement un travail de réhabilitation psychosocial où le rôle du psychiatre est limité. « Certains patients hospitalisés dans cette unité ont pu connaître plusieurs générations successives de psychiatres ». Ils sont vus en consultation par leur psychiatre référent **tous les deux mois**. Deux praticiens hospitaliers en psychiatrie prennent en charge les patients de cette unité.

L'interne du secteur passe quotidiennement pour les soins somatiques et les ajustements thérapeutiques nécessaires.

Une réunion mensuelle rassemble le cadre de santé, les deux praticiens en psychiatrie, l'interne, l'assistante sociale et les deux infirmières. C'est au cours de ces réunions que sont préparés les projets de sortie.

4.2.1.6.2 L'admission

Les arrivants viennent en transfert d'autres unités d'hospitalisation à temps plein du secteur. Un personnel soignant les accueille et leur présente l'unité et leur chambre. Une mise en pyjama est systématique à l'arrivée dans l'unité pendant la période d'observation. Le patient sera vu en consultation d'entrée dès le lendemain par son psychiatre référent.

Les téléphones portables sont laissés aux patients ; une somme de 50 euros par mois est conservée dans le coffre du service pour leurs dépenses quotidiennes.

Le livret d'accueil de l'hôpital est remis au patient ou au membre de la famille qui l'accompagne.

4.2.1.6.3 Le projet thérapeutique

L'unité d'hospitalisation Pinel présente les caractéristiques suivantes :

<i>Unité Pinel</i>	Secteur 35 G 03 et 35 G 12
<i>Nombre de lits</i>	26
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	0
<i>Plus longue hospitalisation</i>	Plus de 35 ans
<i>Patient le plus jeune</i>	19 ans
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	6
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	1
<i>Nombre de chambres à trois lits</i>	6
<i>Nombre de douches</i>	4
<i>Nombre de WC</i>	5
<i>Salle de bains</i>	1

Environ la moitié des patients de l'unité est hospitalisée depuis plusieurs années.

Cette unité est **ouverte** dans la journée et fermée de 19h à 9h, ainsi que pendant les heures de repas. Les chambres sont en libre accès.

Les **activités** mises en place dans le service visent à permettre au patient une autonomisation. Sont ainsi proposées :

- des séances de balnéothérapie dans la piscine de l'établissement (cf. § 5.1.3.2) ;
- des sorties de randonnées pédestres, la dernière ayant eu lieu durant l'été au Mont-Saint-Michel (Manche) ;
- l'accompagnement, plusieurs fois par semaine, de patients en sortie pour des achats ;
- un atelier mensuel de musicothérapie ;
- un séjour de rupture dans le Finistère, d'une semaine, dont ont bénéficié cinq patients accompagnés de trois soignants.

D'autres activités sont offertes au sein de l'hôpital : quatre patients vont en ergothérapie (cf. §.4.1.4), un en salle de kinésithérapie, un en activité sportive.

Huit patients ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour la douche et doivent y être accompagnés.

Pendant la visite des contrôleurs, les modalités d'hospitalisation des patients présents étaient les suivantes :

<i>Unité Pinel</i>	Secteur 35G03 et 35G12
<i>Soins libres</i>	24
<i>Soins psychiatrique à la demande d'un tiers</i>	1
<i>Soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat</i>	0
<i>Programme de soins</i>	2

Il a été précisé aux contrôleurs qu'en l'absence de chambre d'isolement, il pouvait arriver qu'un patient soit mis sous contention dans sa chambre. L'équipe se souvenait d'une patiente autiste qui devait être mise sous contention, du fait d'actes d'automutilation.

4.2.1.7 L'unité Sainte-Anne (géronto-psychiatrie)

L'unité Sainte-Anne est l'unité de géronto-psychiatrie du pôle hospitalo-universitaire. Elle comporte vingt lits et un lit médicalisé de soins intensifs.

4.2.1.7.1 Les locaux

L'unité est hébergée dans de vieux bâtiments de l'hôpital donnant sur la cour d'honneur, sur deux niveaux d'une surface totale de 860 m². L'unité est **fermée**.

Au rez-de-chaussée, on entre dans un hall de 6 m² où sont installés trois fauteuils. Lors de la visite des contrôleurs, il y avait toujours un patient sur un des sièges.

Ce hall débouche en face vers un local d'accueil des familles, de 8 m² ; fermé par des portes vitrées, il permet une certaine intimité.

Il distribue, **à droite**, un espace de 22 m² dans lequel aboutit un escalier conduisant à l'étage. Le long du mur, sont alignés cinq fauteuils de malades, tous occupés lors de la visite, par des patients. Une porte située en bas des escaliers donne sur un séjour de 28 m² équipé de fauteuils et d'un poste de télévision. Une porte-fenêtre permet d'accéder au jardin ; une patiente se trouve assise dehors au soleil, deux patients, dont une ne parlant aucun mot de français, a-t-il été précisé, regardent la télévision. En face de la porte de la salle de séjour, se trouve l'accès au bureau des infirmières et au bureau de consultation du médecin. Cette salle de séjour, d'une superficie de 24 m² est largement éclairée par des fenêtres, – équipées de voilages – donnant sur la cour d'honneur. Elle est meublée de deux bureaux, deux postes informatiques, une paillasse sèche et une paillasse humide et plusieurs sièges.

Un couloir de 23 m de longueur dessert successivement :

- à droite :
 - une salle de soins (15 m²) ;
 - le bureau du cadre de santé (16 m²) ;
 - une chambre à deux lits de 16 m² équipée d'un lavabo, de deux placards muraux ;
 - deux chambres à un lit, dont une est équipée d'un placard ;

- à gauche :
 - un sanitaire composé d'un WC et d'un lave-mains (4,5 m²) ;
 - une chambre à un lit de 16 m², un sanitaire avec un WC et un lave-mains (3,9 m²) ;
 - une salle de bains (15 m²), équipée d'un chariot pour la douche, d'une douche, d'un vidoir, d'un bac à laver, d'un lavabo, d'une armoire comportant des produits d'hygiène et de nombreuses serviettes et gants de toilettes propres et d'un sèche-cheveux ;
 - une chambre à deux lits (16 m²) équipée de deux placards et d'un lavabo ;
 - une chambre à deux lits (17 m²) meublée de deux placards et d'un local sanitaire de 5 m² comportant une douche à l'italienne, un lavabo et un WC. ;
 - un local (11 m²) pour le linge sale et le stockage des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) ;

A gauche du hall d'entrée, sont situés la salle à manger (38 m²) et un office (15 m²) ; la salle à manger est équipée de cinq tables rondes à quatre places. Les menus sont affichés. Dans la salle à manger donne un petit hall qui dessert un ascenseur et un escalier qui conduisent à l'étage.

Au rez-de-chaussée se trouvent six chambres dont une médicalisée, une salle d'eau, une salle de bains, deux WC.

A l'étage, se trouve une salle d'activités (40 m²), équipée de tables, de chaises et d'un poste de télévision. Un patient seul s'y trouve, inoccupé. Dans cette salle s'ouvre un petit office, obscur de 4 m².

Un couloir de 45 m de longueur dessert :

- à droite :
 - une bagagerie (6 m²) ;
 - deux chambres dites de soins intensifs qui sont transformées en chambre ordinaire de 10 m² chacune ;
 - une salle de soins (13 m²) ;
 - une chambre à deux lits équipés d'un WC, de 16 m² ;
 - deux chambres à un lit de 10 m² ;
 - une chambre à deux lits de 16 m² ;
- à gauche :
 - le vestiaire du personnel (14 m²) équipé d'une salle d'eau avec une douche et un WC séparés (4,5 m²) ;

- l'escalier venant du rez-de-chaussée ;
- une chambre à un lit de 16 m² ;
- un sanitaire comportant un WC et un lave-mains (4,8 m²) ;
- une salle de bains, équipée d'un chariot de douche, d'une douche, d'un vidoir, d'un bac à laver, de deux lavabos et d'une armoire contenant des serviettes et des gants de toilette, des produits d'hygiène (gel-douche, shampooing, brosse à cheveux, sèche-cheveux) ;
- une chambre à deux lits de 15 m² ;
- une salle d'eau avec une douche à l'italienne, un WC, un lavabo ;
- un local (7 m²) pour le linge sale.

A l'étage se trouvent huit chambres, une salle de douche, une salle de bains, et trois WC.

Ces locaux bien que vétustes sont régulièrement repeints et parfaitement entretenus. Aucune odeur désagréable n'est ressentie, une douce chaleur règne.

L'ameublement fonctionnel est en bon état. Tous les lits sont électriques, à hauteur variable ; certains sont équipés de matelas anti-escarres gonflables électriques. Les fauteuils des malades ne sont pas électriques.

4.2.1.7.2 Les effectifs

- *Personnel paramédical*

<i>Unité Sainte- Anne</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE de jour	7	6,8
Aide-soignant de jour	10	9,2
ASH	2	2
Assistante sociale	1	1

Le personnel est en nombre suffisant pour permettre de constituer deux équipes de quatre soignants (deux infirmières, deux aides-soignantes) matin et après-midi en semaine ; de quatre soignants (deux infirmières, deux aides-soignantes) le matin ; de trois soignants (une infirmière, deux aides-soignantes) l'après-midi les samedis, dimanches et jours fériés.

Un binôme infirmier/aide-soignante travaille de 6h30 à 14h15, un second de 7h15 à 14h45 ; une aide-soignante, de journée, travaille de 8h à 15h45. Elle permet aux patients de prendre leur petit-déjeuner à un horaire variable.

- **Personnel médical**

Les médecins sont présents à l'unité Sainte-Anne selon le planning suivant :

		<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>
Praticien hospitalier gériatre	Matin		x		x	
	Après-midi			x		x
Praticien hospitalier géronto-psychiatre	Matin	X	x	x		
	Après-midi			x		

Chaque médecin a sa propre file active de patients ; les nouveaux malades sont répartis à tour de rôle.

4.2.1.7.3 L'admission

Toute personne présentant une pathologie psychiatrique et âgée de plus de 65 ans peut être admise dans le service.

4.2.1.7.4 Le projet thérapeutique

Lors de la visite des contrôleurs, dix-neuf patients étaient hospitalisés dont un était en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

Les familles des malades sont très présentes.

Les activités proposées aux patients sont occupationnelles et le plus souvent individuelles en raison de l'état psychique fluctuant de ces personnes. Ce sont des jeux, des soins esthétiques, la lecture du journal ou une sortie au marché.

Il peut arriver qu'un patient soit enfermé dans sa chambre ou que des contentions lui soient mises, surtout la nuit, afin d'éviter les chutes ou une déambulation excessive.

Les couches sont fournies par l'hôpital. Le linge des patients peut-être entretenu par la famille ou, si le linge est marqué, à la buanderie de l'hôpital ; s'il n'est pas marqué, un lavage individuel dans un sac spécifique sera effectué.

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les personnels soignants sont l'obtention ou la réparation d'un appareil dentaire ou d'un appareil auditif.

La durée moyenne de séjour des patients en 2010 a été de trente-six jours et de quarante-deux en 2011.

L'unité Sainte-Anne est adossée à un hôpital de jour de géro-psycho-geriatrie ainsi qu'à une équipe mobile constituée de quatre infirmières qui se rendent à domicile ou dans les structures d'hébergement.

Les secteurs 35 G 03 et 35 G 12 comportent vingt établissements (1 800 lits) d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'hôpital de jour accueille soixante-cinq personnes par semaine.

Une réunion de coordination des équipes se tient tous les lundis matin de 9h à 11h.

Il a été précisé aux contrôleurs : « Il n'est pas rare d'attendre six mois pour obtenir du juge l'ordonnance de mise sous tutelle ou curatelle ».

4.2.1.8 L'unité Kraepelin

Cette unité n'accueille pas de patients hospitalisés sans consentement.

C'est une unité de semaine. Cependant, comme il a été indiqué précédemment, afin de faire face à la sur-occupation au sein du CHGR, il a été convenu que, pour une période limitée, cette unité pourrait ouvrir durant toute la semaine, week-ends compris.

4.2.1.9 L'unité Pussin

L'unité Pussin est l'une de celles qui accueillent des patients en **long séjour**.

4.2.1.9.1 Les locaux

L'unité Pussin est située au rez-de-chaussée, aile Ouest du pavillon André Breton (USN150). Cette unité comporte vingt et un lits. Elle accueille des patients en long séjour, relevant d'une réhabilitation psychosociale du secteur 35 G 09

4.2.1.9.2 Les effectifs

- **Personnel non médical :**

<i>Secteur 35 G 09 Unité Pussin</i>	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>IDE de jour</i>	9	9
<i>IDE de nuit pour le secteur 35G09</i>	12	11
<i>Aide-soignant de jour</i>	5	4,1
<i>AS de nuit pour le secteur 35G09</i>	8	7,7
<i>ASH</i>	2	2
<i>Assistante sociale</i>	1	0,3

- **Personnel médical**

<i>Unité Pussin</i>	N	EPT
<i>Praticien hospitalier psychiatre</i>	1	0,2
<i>Praticien hospitalier généraliste</i>	1	0,5

L'unité accueillant des patients au long cours, la présence médicale est réduite ; cependant, le médecin généraliste vient tous les jours dans l'unité pour prendre en charge « les petits problèmes » de santé.

4.2.1.9.3 L'admission

La durée moyenne de séjour de l'unité est supérieure à une année.

Il y a peu d'admissions, les patients sont connus du secteur et sont pris en charge depuis de nombreuses années en CMP. Ils peuvent être admis dans les suites d'une hospitalisation dans une unité de court séjour du secteur. L'unité accueille également des patients en hôpital de jour. Lors de la visite des contrôleurs, ils étaient au nombre de sept, anciens patients de l'unité qui n'avaient pu encore acquérir une totale autonomie. Ce sont des patients plutôt jeunes, souffrant de psychoses.

4.2.1.9.4 Le projet thérapeutique

Le projet de cette unité est la réhabilitation psychosociale, avec une approche de la maladie et de son traitement grâce à une activité de soin et de médiation.

L'unité d'hospitalisation du secteur 35 G 09 présente les caractéristiques suivantes :

<i>Unité Pussin</i>	
<i>Nombre de lits</i>	21
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	0
<i>Chambre sécurisée</i>	0
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	7
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	1
<i>Nombre de chambres à trois lits</i>	4
<i>Nombre de douches</i>	4
<i>Nombre de WC</i>	5
<i>Nombre de salle de bains</i>	1

Pendant la visite des contrôleurs, les modalités d'hospitalisation des patients présents étaient les suivantes :

<i>Unité Pussin</i>	Secteur 35 G 09
<i>Soins libres</i>	19
<i>Soins psychiatriques à la demande d'un tiers</i>	2
<i>Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat</i>	0
<i>Programme de soins</i>	0

Chaque patient dispose de son planning personnel pour la totalité de l'année scolaire.

Les **activités** thérapeutiques proposées sont les suivantes :

- les lundis : équilibre alimentaire et prise de poids : six patients ;
- une semaine sur deux, les lundis : culinothérapie dans les locaux du secteur 35 G 04, six patients ;
- un mardi sur deux : randonnée ; sept patients et deux soignants : c'est une activité à la journée avec pique-nique ;
- le mardi matin : programme de réhabilitation cognitive et comportementale IPT²⁰ ;
- le mercredi : ouverture sur la ville ; deux groupes de quatre à cinq patients et deux soignants prennent le bus et vont repérer des administrations qui peuvent être utiles ;
- le jeudi : psychoéducation ;
- un jeudi sur deux : équithérapie avec trois autres services des secteurs 35 G 06 et 35 G 04 (un soignant pour quatre patients) ;
- le jeudi : balnéothérapie pour les patients les moins autonomes (quatre ou cinq patients et deux soignants) ;
- le vendredi : un groupe de six patients se rend à la piscine municipale en bus ;
- le vendredi matin : activités sportives.

La diversité, la régularité et l'attractivité des activités proposées aux patients de l'unité Pussin sont remarquables.

Les soignants se rendent régulièrement dans un appartement thérapeutique qu'habitent deux patients qui viennent en hôpital de jour à l'unité.

²⁰ IPT : Integrated Psychological Treatment

4.2.1.9.5 L'activité du service d'hospitalisation

L'activité propre de chaque unité d'hospitalisation à temps plein n'était pas disponible lors de la visite des contrôleurs. Elle est incluse dans le rapport établi pour l'ensemble du secteur 35 G 09 (cf. § 4.2.1.4.5).

4.2.2 L'hospitalisation au secteur 35 G 04

4.2.2.1 Présentation du pôle - secteur 35 G 04

Le territoire du pôle-secteur 35 G 04 de psychiatrie adulte est situé au Nord-Est du département. Limitrophe à la Manche et à la Mayenne, il se confond avec le pays de Fougères, territoire rural constitué de nombreuses petites communes (cinquante-huit). La superficie du secteur est de 1 020 km² pour une population de 82 885 personnes²¹, soit une densité de 80 habitants au km². Le territoire ne dispose pas de desserte ferroviaire mais est facilement accessible par l'autoroute reliant Rennes à Caen.

Le secteur connaît une tendance au vieillissement de la population : en 2020, la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans (26 %) dépassera celles des moins de 20 ans (25 %). Pour le dernier trimestre de l'année 2010, le taux de chômage était inférieur à la moyenne régionale : 7,1 % de la population active (7,7 % en Bretagne).

En dehors de l'hôpital Guillaume Régnier, le secteur compte une unité de gérontopsychiatrie au centre hospitalier de Fougères : l'unité Les Marronniers, comptant quinze lits, réservés à des patients admis en soins libres.

En 2012, le ratio des lits d'hospitalisation complète pour 1 000 habitants est, pour le secteur, de 6,64 (cf. tableau § 2.5 *supra*).

Outre l'unité Les Marronniers à Fougères et plusieurs structures médico-sociales (foyers médicalisés, MAS, EHPAD, etc.), l'offre de soins du secteur est proposée dans les structures suivantes :

- deux unités d'hospitalisation à temps plein au CHGR : les unités d'admission Regain et Brocéliande (cf. *infra*) ;
- deux hôpitaux de jour ;
- trois centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), dont un au CHGR, L'Elan, qui propose des ateliers occupationnels, culturels, thérapeutiques et de préparation à la sortie ;
- trois CMP, situés à Fougères, Bazouges-la-Pérouse et Antrain ;
- deux appartements thérapeutiques de type F1 à Fougères ;
- un dispositif d'accueil familial thérapeutique.

Les données d'activité pour 2011 font apparaître :

²¹ Selon le recensement de 2009

- une forte augmentation de la file active (1 990 patients, soit +21,3 % par rapport à 2010) ;
- une stabilité de l'activité à temps complet : 21 568 journées d'hospitalisation (-1,4 % par rapport à 2010) et 688 patients (+1,2 % par rapport à 2010) ;

Parmi les objectifs généraux qui ont été définis dans le projet médical du pôle – établi en février 2012 – apparaît la volonté d'une « continuité des soins intra et extra hospitaliers par une même équipe soignante » et de « promouvoir la bientraitance des patients par le respect de leurs droits, de leurs conditions d'hospitalisation, de leur dignité et leur intimité. Pas de sur-occupation des chambres à un lit notamment. Respect de leur liberté et de leur circulation en fonction de leur mode d'hospitalisation et du contrat de soins établi avec leur référent psychiatre ».

Le projet de service est très axé sur les activités avec un fort investissement du personnel des unités : dans chacune d'entre elles, un personnel soignant est détaché trois jours par semaine pour animer des activités (arts plastiques, musique, sport...).

En outre, dans les deux unités du pôle, il a été indiqué que le personnel soignant partageait tous les repas du midi et du soir avec les patients. Il est cependant relevé que les salles à manger ne sont équipées que de cinq tables rondes prévues chacune pour quatre personnes.

4.2.2.2 Les locaux des unités Regain et Brocéliande

Le bâtiment a été construit au début des années 2000 et les deux unités occupent le rez-de-chaussée, l'étage étant réservé à l'administration.

Il est divisé en deux parties symétriques, avec deux ailes qui se font face et un corps central en demi-cercle. Celui-ci comprend un patio rectangulaire autour duquel sont disposées des salles d'activité ouvertes sur deux autres patios en quart de cercle, bordés, sur la partie circulaire, par divers locaux et la chambre d'isolement.

Un vaste espace, clôturé d'un grillage de 2,2 m de hauteur, herbu et arboré, s'étend en pente douce.

Chaque aile abrite dix-huit chambres individuelles de part et d'autre d'un couloir central au sol couvert d'un revêtement plastique de couleur orange et aux murs de teinte « bouton d'or ». Neuf ont des fenêtres à l'Ouest, cinq à l'Est (symétrique à Brocéliande) et quatre au Sud.

Toutes ces chambres, d'une surface de 15 m², sont semblables avec un espace chambre et une salle d'eau séparée par une porte. La hauteur sous plafond est de 2,75 m.

La chambre peinte en blanc cassé et au sol brun clair est meublée :

- d'un lit de 0,90 m de large, avec un mécanisme électrique à quatre positions ;
- d'une table de chevet avec une porte ;
- d'une table de 0,65 m de côté avec une chaise ;
- d'un fauteuil à dossier basculant ;

- d'un haut placard à deux portes, fermant à clé.

Une fenêtre, de 1,10 m de largeur sur 1,75 m de hauteur, comporte trois panneaux de verre en double vitrage, dont celui en position centrale, est coulissant sur 15 cm avec un bloqueur à plusieurs positions. Elle est occultée par un volet roulant électrique et dépourvue de barreaux.

La lumière intérieure est distribuée par un plafonnier central et un double éclairage au-dessus de la tête de lit.

Le plafond comporte un dispositif d'alarme anti-feu.

Un long radiateur bas assure le chauffage et il n'y a pas de climatisation.

Une porte sans serrure ouvre sur l'espace toilette d'environ 5 m² entièrement carrelé en plusieurs teintes, avec un WC à l'anglaise suspendu séparé de la douche à l'italienne (à l'exception de la chambre pour personne à mobilité réduite) et, dans un angle, un meuble avec une vasque surmonté d'un miroir. Il n'y a pas d'éclairage et les patients se sont plaints de ne pas bien voir leur visage pour se raser ou pour les soins. Un siège mobile est disponible dans la douche et une barre d'appui se trouve à côté des toilettes.

La ventilation est assurée par une ventilation mécanique contrôlée (VMC) et l'éclairage par un plafonnier.

La porte de la chambre est munie d'une serrure ne s'ouvrant que de l'extérieur ; il n'y a pas de dispositif permettant au patient de s'enfermer la nuit.

Deux autres chambres médicalisées sont situées dans la partie centrale et donnent plein Sud. Les seules différences avec les autres chambres tiennent à la rampe à oxygène et au lit médicalisé, muni d'un dispositif électrique permettant d'actionner la montée et la descente du lit.

La **chambre d'isolement** est située en face des chambres médicalisées. La porte ouvre sur un sas qui permet l'accès à des toilettes, la chambre d'isolement et le local de soins mitoyen. Une armoire contient, entre autres, les matériels de contention.

La chambre d'une surface de 13 m² est entièrement nue, à l'exception du lit constitué de montants métalliques fixés au sol portant une planche dont les bords - percés - permettent la fixation des sangles de contention et un matelas ; les draps sont blancs et la couverture orange.

Le sol est carrelé en brun clair ainsi que les murs à mi-hauteur en blanc.

Une ouverture fixe, vitrée, de 1,2 m de long sur 0,35 m, est située au raz du plafond et un puits de lumière indirecte descend par une trouée au milieu du plafond.

Il n'y a pas de bouton d'appel et la personne en chambre d'isolement au jour de la visite a indiqué qu'elle devait crier fort pour appeler ; un urinal était posé dans un coin et une forte odeur d'urine exhalait dans la chambre dont la seule aération était le vasistas du haut du puits de lumière.

Au sein de l'unité, les patients disposent de trois salons, avec des fauteuils et des étagères. Dans deux d'entre eux, il y a des téléviseurs et des télécommandes.

Un office permet le réchauffement des repas apportés froids.

Une salle à manger donne sur le patio où il est permis de fumer. Celui-ci est planté d'un jardin bien entretenu entouré d'une allée.

Une salle d'activité est à la disposition d'une association, l'association l'Elan.

4.2.2.3 Les patients

4.2.2.3.1 Les patients de l'unité Regain

La capacité théorique de l'unité Regain est de **vingt lits** répartis dans vingt chambres individuelles, dont deux médicalisées. L'unité dispose en plus **d'une chambre d'isolement**.

L'unité Regain est une unité **fermée**.

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-sept patients présents (treize hommes et quatre femmes) :

- huit personnes étaient admis en soins libres ;
- sept étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- deux étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), dont une personne détenue qui se trouvait dans la chambre d'isolement.

Dans le cadre d'un programme de soins, deux autres personnes étaient notées en soins ambulatoires sous contrainte, bien que non hospitalisées au moment de la visite.

Le patient le plus âgé avait 85 ans et le plus jeune, 18 ans. La plus longue hospitalisation datait de 2002.

4.2.2.3.2 Les patients de l'unité Brocéliande

Identique à celle de l'unité Regain, la capacité théorique de l'unité Brocéliande est de **vingt lits** répartis dans vingt chambres individuelles, dont deux médicalisées.

L'unité dispose **d'une chambre d'isolement** qui était occupée par un patient en SDRE au moment du contrôle.

De même que l'unité Regain, l'unité Brocéliande est une **unité fermée**.

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-neuf patients présents (onze femmes et huit hommes) :

- douze personnes étaient admis en soins libres ;
- cinq étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- deux étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), aucun n'étant détenu.

Aucune personne ne se trouvait en soins ambulatoires sous contrainte.

Le patient le plus âgé avait 85 ans et le plus jeune, 20 ans. La plus longue hospitalisation datait de 1991, soit depuis vingt et un ans.

4.2.2.4 Le personnel

4.2.2.4.1 Le personnel du service central 35 G 04

L'effectif du personnel médical compte sept médecins, dont, pour 0,10 ETP un praticien hospitalier généraliste ; celui des personnels sociaux, éducatifs et psychologues est de 6,3 ETP ; le pôle compte en outre trois personnels administratifs et logistiques.

4.2.2.4.2 L'effectif du personnel paramédical des unités Regain et Brocéliande

Chacune des deux unités dispose de l'effectif suivant :

	N	ETP
Cadre de santé	1	1
Infirmier Jour	11	8,60
Aide-soignant Jour	4	3,80
Infirmier Nuit	7	6,80
Aide-soignant Nuit	3	3
ASH	2	2

Le personnel paramédical des unités est placé sous la responsabilité du cadre supérieur de santé du secteur 35 G 04.

4.2.2.4.3 L'organisation du service

Les deux praticiens hospitaliers se relaient du lundi au vendredi, en principe par demi-journée, aux fins d'assurer la présence quotidienne d'au moins un médecin sur l'unité.

Le médecin généraliste intervient une demi-journée par semaine, le mardi après-midi ou le jeudi matin, le deuxième créneau étant consacré à l'unité Brocéliande.

Le cadre supérieur de santé et l'assistant médico-administratif sont compétents pour la totalité du pôle. De même, les assistantes sociales et les psychologues interviennent dans l'ensemble des structures composant le pôle : les premières sont réparties dans le pôle par secteur géographique, les seconds sont référents dans chacune des deux unités.

Le personnel soignant est présent dans chaque unité en principe à raison de quatre agents le matin et l'après-midi – si possible avec trois infirmiers et un aide-soignant, dont un homme – et une personne en journée. En réalité, le service est assuré le plus souvent par trois agents au lieu des quatre prévus par demi-journée.

L'équipe de nuit des deux unités comprend onze personnes. En service de nuit, deux personnes sont présentes dans chaque unité, deux infirmiers ou un infirmier et un aide-soignant.

Les contrôleurs ont constaté que les agents portaient sur eux leur appareil de protection du travailleur isolé (PTI).

Les réunions organisées dans le service sont les suivantes :

- **la réunion « soignants-soignés »**, qui a lieu chaque semaine – le mardi à l’unité Brocéliande et le mercredi à l’unité Regain – avec les patients volontaires (« six en moyenne »), le psychologue référent, celui de l’Elan, l’infirmier détaché aux activités et le cadre de santé. Sont abordés des sujets en lien avec la vie de l’unité (points d’organisation, rappel de règles à respecter, informations diverses, etc.) ou les questions des patients (par exemple, la participation aux activités, l’achat des revues...). L’infirmier prend des notes sur le cahier de service afin que le personnel soit informé des décisions prises ;
- **la réunion de synthèse**, qui se tient une fois par semaine – le jeudi à l’unité Regain, le vendredi à l’unité Brocéliande – avec les médecins présents, le psychologue référent, une assistante sociale, l’infirmier de l’Elan, un infirmier exerçant en extrahospitalier, deux infirmiers de l’unité et le cadre de santé ;
- **la réunion institutionnelle**, qui se tient une fois par mois avec les personnels présents dans l’unité, le psychologue référent et le cadre de santé. Il a été indiqué que les derniers sujets abordés avaient été, d’une part, les liens avec le centre d’accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et l’Elan et, d’autre part, la gestion du tabac des patients ;
- **le « flash » d’information** du lundi et du jeudi matin, qui se déroule au niveau des services centraux du pôle, avec les médecins, les assistantes sociales, les cadres de santé des unités et le cadre supérieur de santé ;
- **les transmissions journalières**, qui ont lieu à chaque relève du personnel : entre 6h30 et 6h45, entre 13h45 et 14h15 et entre 21h15 et 21h30.

4.2.2.5 L’arrivée dans les unités d’hospitalisation

Les personnes entrantes, en admission programmée comme en urgence, sont reçues par le cadre de santé ou, à défaut, un infirmier de l’unité. Celui-ci reprend avec le patient les circonstances de son arrivée dans l’unité, lui décrit le fonctionnement du service, notamment le principe des repas thérapeutiques, lui indique les horaires, les activités et lui fait visiter l’ensemble des locaux. Une explication peut également être donnée sur les autres pathologies présentes dans l’unité. Il lui remet un livret d’accueil et lui montre sa chambre.

Un inventaire contradictoire des effets et valeurs du patient est dressé dont un exemplaire lui est remis et un autre placé dans son dossier. Il conserve les vêtements de ville qu’il porte sur lui mais tous ses autres effets lui sont enlevés jusqu’à l’entretien avec l’interne et rangés dans l’armoire de sa chambre dont la clef ne lui est pas, à ce moment-là, confiée.

Il lui est proposé de désigner une personne de confiance.

Des éléments descriptifs de l’entrant sont relevés : poids, taille, aspect physique, évaluation des activités élémentaires de la vie quotidienne (échelle AVQ), de la dépendance et de la communication.

Un examen somatique est pratiqué le jour de l'arrivée par un interne.

Celui-ci décide si ce patient doit être mis en pyjama. Il a été indiqué que la prescription du pyjama concernait environ la moitié des entrants, justifiée par le risque suicidaire ou la recherche d'une marque de rupture avec l'extérieur. Si la personne refuse de revêtir un pyjama, le sien ou celui fourni par l'établissement, l'équipe soignante s'efforce de la convaincre de l'opportunité de la mesure jusqu'à obtenir son assentiment. Il est arrivé, rarement, qu'une personne soit déshabillée de force pour être vêtue d'un pyjama.

Le lendemain de son arrivée, le patient est reçu par un psychiatre qui peut être, le samedi matin, un médecin de permanence. La situation juridique des personnes hospitalisées sous contrainte leur est expliquée par leur psychiatre référent. Les personnes qui sont passées par le SPAO et ont refusé une admission en soins libres, connaissent en principe leur mode d'hospitalisation dont elles ont été informées lors de leur orientation par ce service.

Dans les deux jours suivant l'admission, le bureau des entrées transmet à l'unité les documents de notification des droits des personnes admises sous contrainte. Le patient est alors reçu par le cadre de santé qui lui transmet, selon le cas, l'arrêté préfectoral ou la décision du directeur de l'établissement ainsi que les certificats médicaux fondant la décision d'admission sous contrainte et lui fait signer, si elle y consent, le document de notification de ses droits. À cette occasion, il explique à l'intéressé ses droits et l'informe qu'il devra être présenté devant le JLD.

Ultérieurement, seront également notifiés au patient les certificats médicaux de 72 heures et de huitaine.

4.2.2.6 Fonctionnement des unités d'hospitalisation

- **Ouverture et fermeture des unités et des chambres**

L'unité accueille tant des patients hospitalisés librement que d'autres, sans leur consentement. C'est la raison évoquée pour justifier la fermeture de la porte d'accès à l'unité, en permanence, depuis sept ans.

Les sorties de l'unité s'effectuent à la demande. Il n'existe pas de créneaux horaires d'ouverture prédéterminés mais le personnel n'autorise pas les sorties à certains moments en fonction de la vie de l'unité, par exemple, au moment du goûter.

Au moment du contrôle, sur dix-sept personnes hospitalisées à l'unité Regain, neuf étaient autorisées à sortir dans le parc, sept faisaient l'objet d'une contre-indication médicale – dont le patient détenu placé en chambre d'isolement – et la situation de la dernière n'était pas fixée du fait de son arrivée récente. La plupart des personnes autorisées à se rendre dans le parc devaient être accompagnées par un membre du personnel ou un membre de la famille.

Les portes des chambres restent en permanence ouvertes et accessibles aux patients, à la seule exception du passage de l'ASH pour l'entretien des locaux et du temps nécessaire pour que le sol soit sec. Il n'est pas possible de fermer sa chambre de l'intérieur.

- **Biens personnels**

Chaque chambre est équipée d'une armoire fermant à clef. Les patients peuvent y conserver leurs effets personnels. À l'arrivée, tous les objets personnels sont retirés aux malades jusqu'à l'examen par l'interne qui décide de ce qui peut être laissé, notamment ordinateurs et téléphones portables.

- **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

Chaque chambre comporte une salle d'eau avec douche, lavabo et WC. En outre, une salle équipée d'une baignoire est à la disposition de l'ensemble des patients. L'usage des rasoirs est laissé aux patients en fonction de leur état clinique, éventuellement le patient se rase pendant qu'un soignant est à proximité, pour refaire le lit par exemple, et le rasoir est repris une fois la barbe faite.

Les unités disposent de réserves de produits d'hygiène corporelle – shampoing, gel douche, mousse à raser, savon, brosse à dents – pour les patients qui en sont démunis et les fournissent à la demande.

Les patients peuvent faire laver leurs vêtements par la buanderie centrale. Pour ce faire, ils doivent placer les pièces de linge dans un sac en tissu fermé, la liste des vêtements déposés étant placée à l'intérieur. Le délai de retour est de trois ou quatre jours. Il a été indiqué qu'en cas de sortie du patient avant le retour de son linge, celui-ci pourrait lui être rapporté par l'infirmier de secteur.

- **Entretien des locaux**

Un ASH, présent jusqu'à 17h30, effectue chaque jour le ménage dans les chambres, les salles d'activité, le couloir et les bureaux. Il a été indiqué que les patients demandaient à assurer l'entretien des patios, notamment en débarrassant les papiers et nombreux mégots.

- **Argent**

À son arrivée dans le service, un inventaire des biens du patient est effectué et consigné sur une fiche rangée dans un classeur ; s'il détient une somme importante, elle est placée à la recette de la trésorerie de l'hôpital et si c'est une petite somme, elle est placée avec les biens dans une armoire du bureau des infirmières. Le patient demande un bon de retrait dans le service pour retirer une somme de la trésorerie.

Le patient peut retirer jusqu'à vingt euros pour les dépenses du quotidien – tabac, café ; pour retirer plus, il doit s'adresser au cadre de santé. .

- **Les repas dans les unités du secteur 35 G 04**

Les unités du secteur G 04 sont les seules de l'hôpital où le personnel soignant présent partage tous les repas du midi et du soir avec les patients. Les repas sont pris dans la salle à manger aux horaires suivants : petit déjeuner à 8h30, déjeuner à 12h et dîner à 19h. Un goûter est servi aux alentours de 16h et une tisane dans la soirée.

L'état clinique d'un patient ou son comportement perturbant peuvent justifier la décision de faire manger une personne dans sa chambre. Au moment du contrôle, à l'unité Regain, il en était ainsi pour une seule personne, en plus du patient détenu qui se trouvait dans la chambre d'isolement.

- **Visites**

Des heures de visite sont prévues l'après-midi, mais en réalité les horaires sont souples. Les visites ont lieu l'après-midi, à partir de 14h30 jusqu'à 19h. Cependant, si une personne se présente en dehors de ces créneaux, elle peut avoir accès aux unités dans la mesure où elle justifie ne pas pouvoir respecter les horaires ou si elle se présente pour la première fois. Les visiteurs sont reçus par les patients dans leur chambre.

Dans chaque unité, une salle donnant près de l'entrée peut être également utilisée pour recevoir les visiteurs, ce qui peut éviter, notamment à des enfants, de traverser les locaux jusqu'à la chambre de leur proche. Lorsque le patient est autorisé à sortir dans le parc, les visites peuvent également s'y dérouler.

Le fichier CIMAISE des prescriptions mentionne pour chaque patient les visites autorisées par le médecin : aucune, uniquement la famille, autres personnes ou tout le monde. À l'arrivée du visiteur, qui doit sonner pour se faire ouvrir la porte puisque les unités sont fermées, le personnel vérifie que sa venue est autorisée. Dans la négative, il sera éconduit. Pour éviter les déplacements inutiles, la famille est prévenue des restrictions éventuelles de visites, il lui est demandé de les faire connaître aux autres visiteurs éventuels. Si le personnel le consulte, le médecin peut changer verbalement les consignes du fichier CIMAISE qui est alors mis à jour « dans les meilleurs délais » par un médecin ayant l'habilitation pour y procéder.

Le jour de la visite des contrôleurs, dans l'unité **Regain**, quinze personnes sur dix-sept étaient autorisées à recevoir des visites et à téléphoner ; pour une, la fiche n'était pas renseignée en raison de son arrivée récente. Il y avait un refus pour le patient détenu en CSI, indépendamment des permis de visite dont il bénéficiait, le cas échéant ; en détention.

À l'unité **Brocéliande**, douze personnes sur vingt et une pouvaient recevoir des visites sans restriction, cinq – dont une en soins libres – ne pouvaient recevoir que leur famille ou « l'entourage », une – en soins libres – ne pouvait recevoir que ses amis ; pour une – en soins libres – la décision était prise « au coup par coup » ; pour la dernière, en SDT et placée en chambre d'isolement, aucune visite, ni sortie ni conversation téléphonique n'était autorisée. L'information manquait pour un patient.

- **Téléphone/radio/informatique**

Un poste téléphonique permettant de recevoir des appels est placé contre un mur, près du couloir d'accès à la porte d'entrée. Cet emplacement ne permet aucune confidentialité des conversations. Les personnes qui veulent passer un appel peuvent utiliser le téléphone du service, le personnel ayant auparavant vérifié que le numéro appelé est autorisé ; le standard est informé qu'il s'agit de l'appel d'un patient et la communication est facturée à ce dernier.

L'usage des téléphones portables fait également l'objet de consignes médicales. En cas de restriction, l'appareil personnel est conservé dans le bureau des infirmiers et rendu dans les conditions d'autorisation.

Une salle informatique équipée de deux postes connectés à Internet est mise à la disposition des patients des deux unités.

Les malades peuvent disposer d'une **radio** dans leurs chambres sur avis médical ; un poste de radio fonctionnait au jour de la visite des contrôleurs dans le sas de la chambre d'isolement.

Trois exemplaires quotidiens du journal Ouest France sont distribués dans les unités et à l'association l'Elan.

- **Tabac**

Il est interdit de fumer au sein de l'unité. Il est en revanche permis de le faire dans le patio qui est accessible entre 6h et 23h. Selon les indications recueillies, le veilleur de nuit peut ponctuellement autoriser un patient à se rendre dans le patio pour fumer mais, en réalité, les patients fument dans leur chambre.

Le patient placé en chambre d'isolement fume dans le sas d'entrée. Une affiche indique cinq « horaires cigarettes » : 9h15, 11h15, 13h15, 16h15 et 18h15, ce qui laisse une période de quinze heures sans fumer. Il a été précisé aux contrôleurs qu'au début de son séjour, cette personne était accompagnée dans le patio pour fumer mais sa résistance à rejoindre la chambre d'isolement à l'issue avait conduit depuis le médecin à ne plus l'autoriser à sortir.

Au moment du contrôle, cinq patients de l'unité Regain ne disposaient pas librement de leur tabac et devaient solliciter le personnel soignant pour fumer. « On gère le tabac des patients qui ne sont pas en mesure de le faire eux-mêmes ou pour les protéger des sollicitations des autres. La décision est prise avec le médecin, en équipe et en fonction de la situation financière de chaque patient ».

Le tabac des patients est entreposé dans des caissettes individuelles rangées dans une armoire du bureau infirmier où un tableau mural indique les modalités de cette gestion : en règle générale, deux cigarettes sont données par heure, voire une seule à la fois pour un patient. Le tabac de ces patients est acheté par l'intermédiaire des autres ou du personnel. Les prêts de l'association L'Elan sont principalement utilisés pour acheter du tabac. « Cette gestion est lourde pour le personnel soumis à des sollicitations et à des négociations permanentes. Le tabac est la principale source de tension entre les patients ».

- **Activités - Sorties**

Les activités et sorties sont gérées différemment selon les unités.

En principe les patients admis en soins libres peuvent sortir de l'établissement et, par conséquent, se promener dans le parc et y recevoir des visiteurs. Dans les faits, les unités étant fermées, les patients en soins libres doivent demander l'ouverture des portes et il a été constaté que des restrictions de sortie concernaient ces patients alors que ceux en SDT et SDRE disposaient d'une liberté de sortie plus grande.

A l'unité Brocéliande, l'examen des consignes faisait apparaître des restrictions de sortie pour treize des quatorze personnes admises en soins libres, ces restrictions pouvant porter sur l'accompagnant (soignant ou famille), la durée de la sortie et ses horaires, le lieu (le parc ou la ville). Une personne en SDRE pouvait sortir tous les jours une heure et demie le matin et, six jours sur sept, entre 16h et 18h « pour acheter son journal ».

Les activités et les sorties sont prises en charge par l'association régie par la loi de 1901 HERMINE constituée au sein des deux unités dont les membres sont des soignants et des patients ; elle est subventionnée par l'hôpital et par la direction régionale des affaires culturelles (DRAC).

L'objectif de l'association est la resocialisation des patients grâce à la vie de groupe, le réinvestissement individuel dans une activité. L'objectif recherché est le contraire de l'occupationnel et les activités et sorties permettent une observation clinique qui fait partie intégrante des soins.

Le travail se fait en collaboration étroite avec les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) du secteur de Fougères dont ils viennent et il est fréquent qu'un patient revienne poursuivre des activités à l'Elan alors qu'il n'est plus pris en charge en intra-hospitalier.

Les personnes détenues placées dans la chambre d'isolement ne peuvent participer aux activités.

Deux infirmiers (un infirmier de secteur psychiatrique (ISP) et un diplômé d'état (DE)) et une aide-soignante sont chargés des activités du lundi au vendredi ; s'y ajoutent le mardi, mercredi et vendredi, un soignant par unité.

Aux patients des unités peuvent se joindre des patients extérieurs sans dépasser 10 % de l'effectif du groupe.

Chaque lundi, à 15h30, le CLUB se réunit à la rotonde pour déterminer les activités de la semaine. Tous les patients des unités sont présents avec leurs encadrants auxquels s'ajoute un infirmier dont la fonction s'exerce aussi à Fougères.

Les activités possibles de la semaine sont présentées, les souhaits des patients émis et les emplois du temps sont constitués. Sans être une prescription médicale, les activités de chacun sont validées par le psychiatre ou l'interne.

Les activités ont lieu de 9h30 à 12h et de 13h30 à 16h30.

Deux activités ont lieu chaque matin de 10h30 à 12h :

- la balnéothérapie, qui regroupe cinq personnes ;
- l'atelier cuisine, pour cinq personnes au maximum, pour lequel les patients sortent acheter les aliments qu'ils cuisinent pour le déjeuner.

Le **mardi après-midi** est partagé entre un atelier arts plastiques, en partenariat avec un lieu d'exposition d'art contemporain « La Criée », et un accueil où sont proposés de la couture, du dessin, une activité informatique, une consacrée à la bibliothèque et la possibilité de parler autour d'un café (l'accueil est quotidien pour ceux qui ne participent pas à une autre activité).

Le **mercredi matin**, un atelier sport au gymnase permet la pratique du basket-ball, du badminton, du volley-ball, du ping-pong et de la course à pieds, de la marche ou du football au terrain extérieur.

Le **mercredi après-midi**, est proposé un atelier de danse avec une animatrice extérieur qui est chorégraphe et danseuse ; cet atelier se tient dans la grande salle située au-dessus de la cafétéria.

Le **jeudi matin**, une fois par mois, une bibliothèque de Rennes est réservée pour les patients qui peuvent y visionner des films, lire, discuter avec les bibliothécaires.

Le **jeudi et le vendredi après-midi**, sont proposés un atelier de bricolage, la possibilité de jouer au palet, aux boules ou à des jeux de société.

Le **vendredi matin**, ont lieu un atelier d'écriture libre et un autre d'écriture du journal trimestriel.

Le **vendredi après-midi** se tient un bureau de l'association, avec les patients et les soignants de Rennes et de Fougères, pour discuter des projets et des budgets ; la trésorière donne ou non son accord.

Les **sorties** à l'extérieur ne sont pas périodiques. Il s'agit du cinéma, du bowling, d'une visite d'exposition, d'un concert ou de l'opéra, d'un match de football mais aussi de sorties à vélo, de randonnée, de piscine, de pêche ou de restaurant. Il est parfois demandé une participation financière modique aux patients.

Chaque année, ce sont cinq à six séjours thérapeutiques de trois jours et deux nuits qui sont organisés pour un maximum de cinq patients avec deux encadrants. Les derniers séjours ont eu pour thème l'art dans les chapelles du Morbihan et les plages de Normandie.

A l'unité Regain, quatorze personnes sur dix-sept étaient autorisées à participer aux activités organisées à l'Elan ; pour deux, la participation a été refusée, notamment pour le patient détenu en chambre de soins intensifs 1 (CSI 1) ; pour un, la fiche n'était pas renseignée, en raison de son arrivée récente à l'unité.

- **Relations sexuelles**

Rien ne vient interdire **les relations sexuelles entre patients**. Le personnel a indiqué sa vigilance pour protéger les personnes les plus vulnérables et pour s'assurer du libre consentement, en rencontrant les personnes concernées. « La mesure du consentement résulte de la relation de confiance que les soignants ont su créer avec les patients ». Des préservatifs sont mis à disposition et une contraception peut être mise en place.

Selon les dires d'un personnel, « dans notre unité, un patient peut avoir des relations sexuelles régulièrement durant son séjour sans que cela ne soit perçu comme un problème ».

4.2.2.7 Isolement et contention

L'utilisation des deux chambres d'isolement est tracée dans le dossier médical de chaque patient qui y est placé. Il n'existe aucun registre de placement des patients dans les chambres d'isolement.

Le patient placé en chambre d'isolement est mis en pyjama.

Une surveillance a lieu toutes les trente minutes, chaque passage à la chambre étant noté dans le logiciel CIMAISE.

Pour les trois mois précédents la visite des contrôleurs (juin, juillet, août 2012), le taux d'occupation de la chambre d'isolement de l'unité Regain était de 94,37 % (100 % en août) ; celle de l'unité Brocéliande de 93,85 %.

4.2.2.8 Incidents

Le personnel a mentionné l'introduction fréquente d'alcool et de cannabis au sein des unités, « au retour des promenades dans le parc de l'hôpital, lors des visites ou par les fenêtres des chambres ». Il arrive que la largeur d'ouverture des fenêtres (12 cm) soit encore restreinte pour ce motif ou que les personnes doivent vider leurs poches et leurs sacs au moment de leur retour dans l'unité. Les sorties peuvent aussi être restreintes, voire suspendues. Il est pratiqué des examens de recherche de consommation d'alcool (éthylotest) ou de toxiques (analyse d'urine ou de sang) afin de disposer d'éléments probants, le personnel insistant sur la démarche de soins poursuivie, « pour pouvoir rediscuter utilement avec la personne ».

A la suite d'une violence physique ou verbale, « on essaie plus tard de reprendre l'incident avec la personne ». Une action de formation continue (deux journées) est proposée au personnel sur la gestion de la violence. La formation propose un apport théorique – comment se maîtriser ou s'apaiser lors d'un épisode violent ? – et un apprentissage des gestes de protection et de défense.

4.2.3 L'hospitalisation au secteur 35 G 05

4.2.3.1 Présentation du pôle - secteur 35 G 05

Le territoire du pôle-secteur 35 G 05 de psychiatrie adulte comprend le centre-ville de Rennes et les quartiers Ouest de la ville, soit environ le tiers de l'agglomération rennaise. La population recensée pour le secteur est de 75 000 habitants avec une forte disparité entre le centre-ville et la zone périphérique, celle-ci ayant une population avec un fort taux d'isolement et une fréquente précarité sociale. Elle est dotée de structures d'hébergement médico-sociales substitutives au domicile, notamment pour les personnes âgées ou handicapées.

Il a été constaté que le centre-ville rennais génère le plus d'hospitalisations, et que, par moment, le nombre de lits des unités était insuffisant ; jusqu'à quinze patients ont dû être hospitalisés hors des unités du pôle. Faute de structures d'aval suffisantes, notamment de solutions pérennes de logement, la durée des hospitalisations est allongée.

Le pôle 35 G 05 comprend une unité intersectorielle d'ergothérapie à laquelle sont associés le personnel et les activités du centre socio-thérapeutique et culturel (CSTC).

L'offre de soins du secteur est proposée dans les structures suivantes :

- trois unités d'hospitalisation à temps plein au CHGR :
 - l'unité d'admission Magnan pour le sous-secteur de Rennes-Cleunay ;
 - l'unité Morel pour le sous-secteur de Rennes-Kléber,
 - l'unité Falret pour des patients de long séjour (cf. *infra*).

Les unités Magnan et Morel ont été déplacées à la suite d'un incendie survenu en 2011 et sont logées à titre provisoire dans les locaux prévus à cet effet dans le cadre du « plan blanc » du CHGR. L'unité Magnan est installée dans le bâtiment François Rabelais, l'unité Morel dans le bâtiment Bourneville, à distance de l'unité Falret et des services centraux du pôle ;

- un hôpital de jour, situé avenue du général Leclerc, à proximité du CHGR ;
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), situé rue du Louis d'Or à Rennes ;
- le CMP Henri EY, situé en centre-ville, place du maréchal Juin.

Les données d'activité pour 2011 font apparaître :

- un nombre de 723 patients hospitalisés à plein temps, soit 28 934 journées d'hospitalisation, dont 448 en isolement ;
- un nombre de 250 patients hospitalisés à l'unité Magnan, 275 à l'unité Morel et 59 à l'unité Falret ;
- une proportion de 23 % de patients en soins sous contrainte : 626 hospitalisations libres, 150 hospitalisations à la demande d'un tiers et 42 hospitalisations d'office (sur décision du représentant de l'Etat).

En partage avec les pôles G 08 et G 10, le pôle G 05 a également en charge une unité mutualisée d'alcoologie (UMA), l'unité Paul Bernard dotée de vingt lits dont deux réservés au pôle « précarité addiction ». Dans la mesure où cette unité ne prend qu'à la marge des patients hospitalisés sans leur consentement, elle n'a pas fait l'objet d'une visite approfondie des contrôleurs à l'exception de sa chambre de soins intensifs qui n'est quasiment jamais occupée par des patients de l'unité.

En 2012, le ratio des lits d'hospitalisation complète pour 1 000 habitants est, pour le secteur, de 9,15, le plus élevé de l'ensemble du CHGR.

Parmi les objectifs généraux qui ont été définis dans le projet médical du pôle – établi en juillet 2012 – apparaît « le principe de continuité de prise en charge (...) incarné par le lien thérapeutique où le médecin psychiatre suit son patient, que celui-ci soit hospitalisé ou suivi en ambulatoire (au CMP) en évitant le clivage entre médecin de l'intra-hospitalier et médecin de l'ambulatoire ; ce principe vaut aussi pour les infirmiers, assistants sociaux et psychologues (...). Dans la pratique psychiatrique de secteur, à laquelle nous souscrivons, l'hospitalisation à temps plein n'est qu'un temps de prise en charge particulièrement renforcée, pour passer un moment critique, adapter un traitement mais l'essentiel de la prise en charge se joue avant et après ».

Les règles de fonctionnement des deux unités Morel et Magnan sont identiques.

4.2.3.2 Le personnel du service central 35 G 05

- *L'effectif du personnel médical*

	N	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	6	5,30
Praticien hospitalier généraliste	1	1
Interne	1	1
Total	8	7,30

- *L'effectif du personnel socio-éducatif et psychologue*

	N	EPT
Assistant socio-éducatif	3	2,50
Psychologue	3	3
Total	6	5,50

- *L'effectif du personnel administratif et logistique*

	N	EPT
Assistant médico-administratif	3	2,50
Adjoint administratif hospitalier	2	1,50
Total	5	4

- *L'effectif du personnel paramédical compétent pour toutes les unités d'hospitalisation*

	N	EPT
Cadre supérieur de santé	1	1
Infirmier de nuit	13	12,50
Aide-soignant de nuit	7	7
Total	21	20,50

Un système de tutorat du personnel soignant a été mis en place au niveau du pôle avec des professionnels en fonction. Ceux-ci seraient de moins en moins nombreux et, au moment du contrôle, le ratio entre tuteurs et arrivants était de un pour dix.

4.2.3.3 L'arrivée dans les unités d'hospitalisation

Les trois quarts des personnes hospitalisées librement sont passées par le SPAO. Le protocole d'accueil est le même pour tous les patients, quel que soit leur régime d'hospitalisation, libre ou sous contrainte.

Les personnes sont, en général, conduites vers les unités par un soignant qui, selon les cas, peut-être l'infirmier du SPAO ou celui du CMP ou un infirmier de l'unité. Lors d'une hospitalisation programmée, la personne peut se présenter seule.

À son arrivée, la personne est reçue en entretien par un infirmier, plus rarement le cadre de santé, qui lui présente l'unité et son fonctionnement, lui fait visiter les locaux et lui explique la façon dont va se dérouler son séjour : consultation par le généraliste, entretien avec le psychiatre...

Il lui remet un livret d'accueil.

Un inventaire contradictoire des effets de la personne est dressé ; les objets personnels ne sont, *a priori*, pas retirés, hormis les objets dangereux et les médicaments. Ils ne le seront que si le psychiatre, voire l'interne, le prescrit.

Le placement en pyjama n'est pas systématique, il n'est décidé qu'en cas de « notion de fugue ». Il a été indiqué aux contrôleurs que les personnes hospitalisées avec leur consentement sont rarement mises en pyjama.

Selon l'état du patient, l'infirmier lui demande s'il connaît son mode de placement et le lui explique si nécessaire, en lui indiquant que le psychiatre complètera les informations.

La notification des droits aux patients hospitalisés sous contrainte intervient lorsque les documents *ad hoc* ont été transmis par le bureau des entrées. Le cadre de santé de l'unité réexplique alors au patient le contenu de ses droits, la procédure devant le JLD. Il lui remet la décision d'hospitalisation, lorsqu'il s'agit d'un arrêté préfectoral, les certificats médicaux dans les autres situations.

4.2.3.4 L'unité Magnan

4.2.3.4.1 Les patients

La capacité théorique de l'unité Magnan est de **vingt-trois lits** répartis dans sept chambres individuelles et huit chambres doubles.

Au moment du contrôle, une famille se plaignait que son patient ne bénéficiât pas d'une chambre individuelle ; il a été indiqué qu'il y aurait des chambres à trois lits dans les locaux en cours de réfection.

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement.

L'unité Magnan est une unité **fermée**.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-trois patients présents (quatorze hommes et neuf femmes) :

- onze personnes étaient admises en soins libres ;
- huit étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;

- quatre étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Huit autres personnes étaient notées en soins ambulatoires sous contrainte.

Le patient le plus âgé avait 76 ans et le plus jeune, 20 ans. La plus longue hospitalisation datait de quinze années.

4.2.3.4.2 Le personnel

a. L'effectif du personnel paramédical de l'unité

	N	ETP
Cadre de santé	1	1
Infirmier Jour	11	9,40
Aide-soignant Jour	4	3,80
Agent des services hospitaliers	2	2
Total	18	16,20

b. L'organisation du service

Deux psychiatres exercent au sein de l'unité, en général le premier en matinée et le second dans l'après-midi, afin d'assurer une présence permanente tous les jours de la semaine. Le médecin généraliste du pôle intervient en fonction de la demande dans l'unité.

Une assistante sociale et un psychologue du pôle sont chacun référent pour l'unité Magnan.

Le personnel soignant est présent dans chaque unité à raison de quatre agents le matin (trois le week-end) et trois l'après-midi avec une présence minimale de deux infirmiers par service. Selon les témoignages recueillis, dans les locaux de l'unité en rénovation où la capacité est de vingt-huit lits, la prise en charge avec le même effectif de personnel est particulièrement difficile.

La présence d'un personnel masculin n'est pas systématique dans chaque service. Les agents portent en général sur eux un appareil d'alarme. Lors d'un recensement des besoins de formation du personnel soignant, 15 % des personnes ont émis le souhait de voir traiter le sujet des droits des patients hospitalisés sans leur consentement : « les soignants sont aujourd'hui plus sensibles à la bientraitance et à la maltraitance ».

Les réunions organisées dans le service sont les suivantes :

- **la réunion institutionnelle**, qui se tient le premier mardi du mois avec les deux médecins, le psychologue, l'assistante sociale, du présent et du cadre de santé de l'unité ;
- **la réunion clinique**, qui a lieu chaque jeudi après-midi avec les deux psychiatres, le personnel soignant présent, le psychologue et l'assistante sociale ;

- la **réunion d'équipe**, organisée ponctuellement – « six par an » – en fonction de l'actualité du service (organisation, planning, gestion de conflit, etc.) avec le personnel paramédical présent ;
- la **réunion « soignants-soignés »**, qui a lieu un mardi sur deux en fin de matinée avec les patients volontaires, le psychologue et les soignants présents. Aucun ordre du jour n'est établi : « les sujets sont ouverts ». Lors de la dernière réunion ont été abordés les repas, l'accès aux toilettes et les demandes d'activités ;
- les **transmissions** journalières, qui ont lieu à chaque relève du personnel : entre 6h30 et 6h45, entre 13h45 et 14h30 et entre 21h15 et 21h30.

4.2.3.4.3 Les locaux

L'unité est accessible par l'entresol du bâtiment François Rabelais. Les locaux sont sur deux niveaux et sont disposés autour d'une aile principale qui est coupée en son milieu et en perpendiculaire par une aile secondaire. Un ascenseur permet de rejoindre les deux niveaux depuis l'entrée de l'unité ; en revanche, le monte-charge de l'unité était hors service au moment de la visite.

- **les chambres**

Les portes des chambres sont percées par un oculus dont la vitre est recouverte d'un film empêchant toute visibilité depuis le couloir et de l'intérieur de la pièce. Les fenêtres à trois montants oscillo-battants s'ouvrent librement de l'intérieur, de même que les stores roulants. Les fenêtres sont anciennes et laissent passer l'air dans les chambres.

La superficie des chambres diffère : entre 8 et 9 m², pour la plupart à l'exception de deux chambres à deux lits à l'étage d'une surface respective de 14 et 16 m². Les chambres doubles sont équipées de deux lits, deux tables de chevet (sauf dans la chambre 006), deux armoires mais d'un seul lavabo qui n'est pas séparé du reste de la pièce. Il n'a été vu aucun paravent dans aucune chambre. Les chambres individuelles sont toutes équipées d'un lavabo à l'exception de la chambre 128.

Dans les chambres 010 et 011, le patient dispose d'un pot de chambre. Il a été indiqué qu'il en était ainsi pour le premier car le patient y était – à sa demande – enfermé la nuit.

Concernant le second, au moment du contrôle, il s'y trouvait, porte fermée en permanence, sur prescription médicale, depuis quinze jours. La chambre a été qualifiée « d'apaisement ». Le patient a indiqué aux contrôleurs qu'il prenait ses repas dans sa chambre, que le psychiatre venait le voir tous les jours et que, pour appeler, il criait ou tapait dans la porte, la chambre n'étant pas équipée d'un bouton d'appel.

Les sols sont revêtus de carrelage. Les murs sont tapissés de papiers peints anciens.

- **Les toilettes et les douches**

L'unité compte six WC (quatre au premier niveau, deux au second), trois douches (dont une munie d'un siège escamotable) et trois salles de bains. A l'étage, la salle de bains n'est pas utilisée et les bas des portes des douches sont très endommagés du fait de l'humidité ambiante.

L'accès aux douches n'est possible que de 7h30 à 10h et de 17h à 18h.

- **les espaces communs**

Le premier niveau ouvre sur un hall où les patients peuvent s'asseoir ou recevoir leurs visiteurs.

Le couloir central dessert les différentes chambres, le bureau du cadre de santé qui se trouve à proximité du hall, les locaux réservés au personnel, la lingerie, les salles d'eau, les toilettes et la salle de détente du personnel.

L'aile perpendiculaire comprend un espace de toilettes, une salle de télévision d'une superficie de 15 m² – meublée de onze fauteuils dépareillés, deux tables rondes et une fontaine à eau – et une salle d'activité équipée d'un billard dans laquelle les patients ne se rendent que très peu. La salle de télévision donne sur la cour de l'unité.

Une vaste salle à manger de l'unité se trouve à l'étage. Elle est meublée de six tables rondes et d'un meuble-bibliothèque dans lequel des ouvrages sont à la disposition des patients. Au bout du bâtiment, après avoir traversé la salle à manger, on accède à un espace renfermant l'office, un local de rangement et un vestiaire du personnel.

A l'autre extrémité de l'étage se trouve un salon meublé de cinq fauteuils utilisé pour recevoir la famille ou pour regarder la télévision.

- **la cour**

La cour est rectangulaire et dispose d'une superficie de 150 m². Elle est constituée d'une dalle en ciment dénuée de tout équipement fixe ; deux tables et quatre chaises en plastiques s'y trouvent, de même que deux parasols, un cendrier sur pied et un carreau servant au jeu de palet.

Sur une longueur, la vue depuis la cour donne directement sur le parc dont elle est séparée par une clôture légère, d'une hauteur de 2,20 m. Il a été indiqué que la clôture était facilement franchissable et que des personnes extérieures à l'hôpital y rejoignaient certains patients qui étaient ainsi approvisionnés en alcool et en cannabis.

La porte est ouverte de 6h à 22h.

L'unité dispose d'une autre cour située sur l'autre façade du bâtiment mais qui n'est jamais ouverte aux patients.

4.2.3.4.4 Le fonctionnement de l'unité

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

La sortie de l'unité s'effectue à la demande des patients qui s'adressent au personnel ou en fonction des consignes médicales données en ce sens, éventuellement dans des créneaux horaires déterminés.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était possible de sortir de l'unité le matin après le petit déjeuner et l'après-midi après les transmissions du personnel.

Les chambres sont en principe ouvertes en permanence, sauf la « chambre d'apaisement » (cf. *supra*).

- **Biens personnels**

Aucun effet n'est retiré *a priori* au patient à son arrivée sauf un objet dangereux ou en cas de consigne médicale particulière. En revanche, il a été indiqué que les patients pouvaient remettre d'eux-mêmes certains biens personnels, notamment leurs cartes bancaires.

Les armoires des chambres sont munies de serrures dont les patients ont la clef. Les vêtements ou d'autres effets personnels peuvent aussi être rangés à la lingerie de l'unité.

- **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

Le linge personnel est nettoyé par les patients eux-mêmes lorsqu'ils peuvent de rendre au *Lavomatic* de l'hôpital ou par leur famille entre deux visites ; sinon, le linge est mis dans un sac qui est envoyé à la buanderie centrale.

Les patients portent leurs vêtements à l'exception de ceux contraints au port du pyjama « sur consigne médicale ». Le jour du contrôle, parmi les patients de l'unité, seule la personne qui était retenue dans sa chambre était en pyjama.

- **Entretien des locaux**

L'entretien des locaux est assuré par les ASH. Les personnes n'ont pas accès à leur chambre pendant le temps du nettoyage puis du séchage du sol.

- **Argent**

L'argent du patient est remis au Trésor public à son arrivée. Néanmoins, il est possible de déposer des petites sommes (de l'ordre de 20 euros) au coffre qui se trouve dans le bureau de la cadre supérieure de santé, ce qui permet d'avoir rapidement à disposition les fonds nécessaires pour de menus achats.

- **Repas**

Les repas sont pris en commun (sauf « cas clinique particulier », cf. *supra* le patient en « chambre d'apaisement ») et en un seul service dans la salle à manger. Les repas sont pris à 8h30, 12h et 19h. Un goûter est servi à 16h et une tisane en soirée.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites ont lieu tous les jours, en principe entre 14h30 et 18h avec une tolérance pour d'autres heures dans la matinée. Elles se déroulent dans le hall d'entrée, en chambre ou dans la cour. Au moment du contrôle, tous les patients pouvaient recevoir de la visite, sauf la personne placée en « chambre d'apaisement » qui avait une consigne médicale de contre-indication.

Les patients peuvent conserver leur téléphone portable. Il n'existe pas de cabine téléphonique dans l'unité. Pour appeler, un patient doit solliciter le personnel qui lui remet alors un appareil mobile du service. Les communications ne sont pas directes et passent par le standard de l'hôpital qui compose le numéro. L'appel est facturé au patient. Pour reprendre une expression partagée par un patient et un soignant, « passer un coup de fil, c'est toute une gymnastique ! »

Aucune restriction n'est apportée à la correspondance des patients.

- **Télévision, radio et ordinateur**

Deux postes de télévision, un à chaque étage, sont à la disposition des patients. Aucune chambre n'est équipée de téléviseur et il n'est pas permis d'en apporter un une.

Les patients peuvent avoir un poste radio dans leur chambre. Comme ont pu le constater les contrôleurs, l'hôpital met à disposition des postes le plus souvent laissés par des patients.

Dans les rares cas où ils en possèdent, les patients peuvent disposer de leur ordinateur portable, comme cela était le cas au moment du contrôle. L'usage principal de l'ordinateur, faute de connexion possible à Internet, est le traitement de texte et le visionnage de DVD.

- **Journal local**

L'unité ne bénéficie pas d'un abonnement au quotidien *Ouest-France*. Une édition de la veille est récupérée et mise à disposition des patients.

- **Tabac**

Les patients « gèrent » librement leur tabac à l'exception d'une seule personne, au moment du contrôle, à qui le personnel remettait ses cigarettes à l'unité et à certaines heures ; cette patiente achetait ses cigarettes soit en se rendant, accompagnée par le personnel, au bureau de tabac, soit en demandant un autre patient voire un infirmier de le faire pour elle.

Les patients conservent leur briquet sur eux.

La nuit, faute de pouvoir se rendre dans la cour, les personnes fument dans leur chambre ou dans les toilettes. Il a été indiqué que, selon le personnel présent la nuit, la tolérance était plus ou moins de mise.

S'il n'existe pas de chambres réservées pour les fumeurs ou les non-fumeurs, il a été indiqué que le fait de fumer ou non était pris en compte dans la composition des chambres doubles.

- **Activités et sorties**

Aucune activité n'est organisée au sein de l'unité, l'aide-soignante détachée afin de les mettre en place étant en congé de maladie depuis plusieurs mois. Les seules activités consistent à regarder la télévision, jouer avec quelques jeux de société à disposition, prendre un livre dans la salle à manger ou jouer aux palets sur la cour.

Au moment du contrôle, onze patients avaient accès aux ateliers d'ergothérapie de l'hôpital (équithérapie, musique, randonnée) et/ou se rendaient au CSTC (sport, cafétéria, bibliothèque). L'absence du personnel référent leur est également préjudiciable quand ils ne sont autorisés à sortir qu'accompagnés. Les douze autres personnes refusaient les activités ou ne pouvaient s'y rendre du fait de leur état clinique.

A l'exception du patient qui se trouvait en chambre d'apaisement, l'accès au parc était ouvert à tous, y compris des patients en hospitalisation sous contrainte, certains dans des créneaux horaires précis et avec accompagnement pour cinq d'entre eux.

- **Sur-occupation**

Comme cela était le cas au moment du contrôle, il est fréquent que tous les lits de l'unité soient occupés. En cas d'admission supplémentaire, on utilise le lit d'un patient en permission de sortie qui peut être appelé à prolonger son séjour. Cette pratique peut entraîner plusieurs autres changements de chambres afin de trouver une solution. Les médecins sont approchés pour envisager, le cas échéant, une sortie anticipée d'un autre patient afin de disposer de son lit. « Une hospitalisation au CHU, une sortie médicale, voire une fugue sont alors une aubaine ».

- **Isolement et contention**

L'unité n'a pas de chambre d'isolement. En cas de besoin, le patient est adressé dans une autre unité – ce qui n'était pas le cas au moment du contrôle – ou il est fait usage de la contention en chambre qui est alors fermée et considérée comme « chambre d'apaisement ». Cette opération peut induire des changements de chambre lorsque la personne concernée ne bénéficie pas d'une chambre individuelle.

- **Incidents**

L'introduction d'alcool ou de cannabis est fréquente depuis la cour, générant un trafic entre les patients, qui était accru lorsque l'unité Morel était installée à l'étage supérieur. Afin de disposer d'éléments de preuve d'une telle consommation, un médecin prescrit un alcootest ou une analyse urinaire de substances toxiques avant de recevoir le patient et d'évoquer avec lui l'incident. Une décision de mise en pyjama peut être imposée au patient.

Les violences sur le personnel sont rares. Les insultes sont « reprises » lors d'entretien avec le patient.

A la suite d'un incident, le personnel est appelé à rédiger une fiche d'évènement indésirable.

4.2.3.5 L'unité Morel

4.2.3.5.1 Les patients

L'unité Morel est une unité **fermée**, accueillant des patients admis en soins libres comme en soins sous contrainte. Sa capacité est de **vingt-six lits** répartis dans quatre chambres à un lit et onze chambres à deux lits.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-six patients présents (treize hommes et treize femmes) :

- dix-sept personnes étaient admises en soins libres (SL) ;
- six étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- trois étaient en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) ;
- le patient le plus âgé avait 86 ans et le plus jeune, 23 ans ;
- la plus longue hospitalisation datait de 2009 (trente mois).

Neuf autres personnes étaient notées en soins ambulatoires sous contrainte.

4.2.3.5.2 Le personnel

- *L'effectif du personnel paramédical de l'unité*

	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmier Jour</i>	12	NR ²²
<i>Aide-soignant Jour</i>	4	NR
<i>ASH</i>	2	2
<i>Total</i>	19	

L'effectif médical de l'unité Morel comprend deux praticiens hospitaliers psychiatres qui interviennent en intra et extra hospitalier, ainsi que le médecin généraliste du pôle.

- *L'organisation du service*

Les deux praticiens hospitaliers viennent chaque jour à l'unité, en principe par demi-journée ; ainsi est assurée la présence quotidienne d'au moins un médecin sur l'unité.

Les soignants font un rapport journalier aux psychiatres sur les patients nécessitant d'être vus.

Le fonctionnement de l'unité se règle notamment dans les réunions suivantes :

- **réunion clinique** : chaque lundi matin avec les deux psychiatres, le cadre de santé, un ou deux infirmiers, la psychologue et l'assistante sociale, au cours de laquelle la situation de chaque patient est évoquée et les sorties programmées ;
- **synthèse** : le mercredi après-midi, dans la même composition que la réunion clinique et avec les intervenants extérieurs ; on n'y évoque que le cas de deux patients ;
- **réunion patients-soignants** : deux fois par mois, avec les patients volontaires, le cadre de santé, un infirmier, un assistant social, un psychologue ; les patients peuvent y exprimer « comment ils vivent leur hospitalisation » ;
- **réunion générale du personnel de l'unité** : tous les deux mois pour évoquer les sujets de fonctionnement que le personnel aura demandé d'aborder ; les médecins ne viennent pas à ces réunions pas plus que les personnels de l'équipe de nuit ;

²² NR : non renseigné.

- **réunions de transmission d'une équipe à l'autre** : chaque jour à 6h30, 13h45 et 21h15.

Chaque agent porte un PTI.

4.2.3.5.3 Les locaux

Dans l'attente de la réfection des locaux qu'elle occupait jusqu'en avril 2011, époque à laquelle ils ont été détruits par un incendie, l'unité occupait, lors du contrôle, le bâtiment Bourneville. Il s'agit d'un édifice d'un seul niveau en forme de « T ».

Le bâtiment Bourneville ne comporte pas de chambre d'isolement.

Le bâtiment est d'un seul niveau en rez-de-jardin. Les locaux se déploient depuis l'entrée en trois ailes traversées chacune par un couloir central distribuant, de part et d'autre, des pièces d'une même largeur de 4,40 m.

- **les bureaux des soignants**

Les locaux destinés aux soignants sont constitués du bureau de la cadre de santé, d'un bureau infirmier (équipé de deux tables, d'un poste informatique, d'une imprimante, d'un télécopieur et de trois chauffeuses), d'une salle de préparation de soins attenante à une salle d'examen médical, de deux vestiaires – dont l'un est équipé de WC pour le personnel - et de trois bureaux d'entretien.

En outre, l'unité dispose d'une laverie-office - équipée d'un plan de travail et d'une étuve pour réchauffer les plats des repas –, d'un office servant de salle de repos pour le personnel - équipé d'une table centrale, d'une table de cuisson, d'un évier et d'un réfrigérateur-, de deux bagageries et de deux réserves dans lesquelles sont notamment conservés les matériels de contention inutilisés, faute de chambre d'isolement.

- **les chambres**

Elles sont installées dans les deux plus longues ailes, perpendiculaires l'une à l'autre.

Les quatre chambres individuelles, d'une surface de 11,50 m² pour trois d'entre elles et de 15 m² pour la dernière, sont équipées d'un lit, d'une chaise, d'une table de chevet, d'un placard fermant à clef, d'une table de 0,70 m sur 0,50 m et d'une poubelle.

L'éclairage naturel est assuré par une fenêtre de 1,40 m de large sur 1,80 m de haut. Un unique point lumineux électrique au plafond est commandé par un interrupteur placé près de la porte.

Neuf chambres doubles sont d'une surface de 23,50 m², les deux autres de 19,50 m². Elles sont dotées du même équipement que les chambres individuelles, doublé en ce qui concerne le mobilier. Elles comportent trois fenêtres.

Les murs sont peints en beige dans leur partie basse et bleu à partir de 1,20 m du sol sur une aile et jaune clair sur l'autre. Le sol est carrelé.

Les portes des chambres sont percées, à 1,50 m du sol, d'un oculus carré de 0,27 m de côté dont la vitre est recouverte d'un film opaque ne laissant la vision à l'intérieur de la pièce que sur une bande de 0,02 m sur l'un des côtés.

- **les espaces communs**

Les espaces communs mis à disposition des patients sont constitués des pièces suivantes :

- deux salles de séjour de 56 m², une par aile ;
- une salle d'activité de 40 m² ;
- la salle à manger, d'une surface de 27,5 m², éclairée par trois fenêtres ; y sont disposées six tables pour quatre personnes et deux tables, isolées, destinées aux personnes souhaitant prendre leur repas de façon plus indépendante. Attenant, à la salle à manger, derrière une demi-cloison a été aménagé un « coin repos » meublé d'une table basse et de chauffeuses ; les malades qui arrivent à l'unité, alors qu'aucun lit n'est disponible, patientent dans cet espace, parfois plusieurs heures ;
- une salle de réunion, meublée de tables et chaises et, lorsqu'elle est mise à disposition des familles pour les visites, de chauffeuses ; un bloc sanitaire, avec WC à l'anglaise, occupe un coin de la pièce ; l'accès à cette salle, proche de l'entrée, se fait sans traverser l'ensemble des locaux ;
- les locaux sanitaires : deux salles de bains, l'une pour les femmes, l'autre pour les hommes et deux toilettes blocs sanitaires de WC, dédiés les uns aux femmes ou aux hommes. Les deux salles sont éclairées par des fenêtres et aéré par l'ouverture de vasistas en hauteur ;
 - la salle de bains des femmes, d'une surface de 26 m², comporte trois cabines de douche munies d'une porte mais dépourvues de patère, trois lavabos et une baignoire ;
 - celle des hommes comporte deux cabines de douches – avec portes – trois lavabos et une baignoire ;

- **les cours**

Les patients ont accès à deux cours, l'une de 500 m², l'autre de 800 m², toutes deux plantées d'arbres, d'arbustes et de plantes ornementales et dotées de mobilier de jardin : tables, chaises et fauteuils. Ces cours forment un rectangle dont deux côtés adjacents sont les deux ailes des chambres. L'accès aux cours est libre de 6h30 à 23h.

L'ensemble des locaux est propre mais d'une facture ancienne, les couleurs ternies et les équipements, notamment dans les sanitaires, vieillissent.

4.2.3.5.4 Le fonctionnement de l'unité

L'infirmier qui reçoit le patient à son arrivée lui demande s'il connaît son mode de placement. Selon les informations recueillies, les personnes admises en SDRE le savent en général. Le médecin explique ensuite, en principe, les conséquences du mode de placement.

Le cadre de santé réexplique aux personnes en SDT ou en SDRE, lors de la notification de la décision et des certificats subséquents, leur situation juridique.

Le livret d'accueil est distribué à l'arrivée et il est parcouru avec le patient. La cadre de santé laisse des exemplaires de ce livret sur la table située dans l'entrée du bâtiment, près des fauteuils qui la meublent et du poste téléphonique, « car c'est en le relisant que les patients viennent poser des questions ».

Il est systématiquement proposé à l'arrivée des personnes admises en soins libres de désigner une personne de confiance. Les patients refusent le plus souvent mais certains en font d'emblée la demande. Il a été indiqué que cette proposition n'était pas toujours faite aux personnes admises en SDT ou SDRE lors de leur arrivée, en raison de leur état de santé qui ne permettait pas de présenter cette possibilité utilement ; par la suite, il arrivait qu'on oublie de le leur demander.

À l'entrée, les patients ne sont pas mis systématiquement en pyjama ; il a été indiqué que cette consigne correspondait à des risques de fugue et que les personnes en soins libres l'étaient très rarement.

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

En raison de la présence constante de personnes hospitalisées sans leur consentement, les locaux de l'unité sont maintenus **fermés**. Cependant, il a été indiqué qu'il était rare que les personnes en soins libres voient leur sorties limitées sur consigne médicale. De façon générale, pour elles, la sortie de l'unité, sur ouverture de la porte par un soignant, se fait sans restriction de 9h30 à 18h30. Au jour du contrôle, les consignes de sortie ne concernaient que l'une d'entre elles, restreinte à des sorties avec accompagnant.

Sauf restriction médicale, les portes des chambres ne sont pas fermées à clef.

- **Biens personnels**

Comme dans les autres unités, à son arrivée et jusqu'à l'examen par le psychiatre, en principe tous les effets de l'entrant lui sont retirés. Il a été indiqué que si une personne refuse de se séparer de certains objets (sac à main, téléphone...) on les lui laissait en lui faisant signer une décharge.

Un inventaire contradictoire des effets est dressé et, sauf consigne médicale restrictive, le patient conserve, avec la possibilité de les ranger dans l'armoire fermant à clef de sa chambre, les objets qu'il ne laisse pas au coffre ou dans l'armoire du bureau des infirmiers. Les valeurs sont conservées dans les mêmes conditions que dans les autres unités du CHGR.

- **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

L'accès aux salles de bains est libre seulement de 7h30 à 10h et de 17h30 à 20h. « Il faut solliciter fortement certains patients pour les utiliser ».

L'unité dispose de produits d'hygiène corporelle qu'elle fournit, à la demande, aux personnes qui en sont dépourvues.

Les patients peuvent utiliser les services du salon de coiffure de l'hôpital ouvert tous les jeudis. L'attente pour obtenir un rendez-vous est longue ; par suite, les patients « au long cours » sont privilégiés.

Il est demandé aux patients qui en sont capables de changer eux-mêmes leurs draps, opération qui a lieu chaque lundi.

La plupart des patients font laver leur linge par la buanderie de l'hôpital, rarement par les familles. L'unité dispose de linge de dépannage, souvent apporté par le personnel, pour les patients qui s'en trouvent démunis.

Les conditions d'entretien des locaux sont identiques à celui exposé précédemment à l'unité Magnan. .

- **Repas**

Les patients prennent leurs repas en commun dans la salle à manger, au cours d'un unique service à 8h30, 12h, 19h. Ils mettent la table collectivement et chacun débarrasse ses couverts. Seuls les patients immobilisés prennent leur repas dans leur chambre, « ce qui est rarissime ».

Une tisane est proposée vers 22h30, souvent avec les « derniers comprimés », avant la mise au lit qui intervient vers 23h.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, informatique)**

Un poste téléphonique est installé dans l'entrée de l'unité. Les personnes qui ne disposent pas de leur téléphone personnel peuvent y recevoir des communications sans aucune confidentialité. Elles peuvent également demander à passer un appel : la communication leur sera alors facturée par l'établissement.

Il a été indiqué qu'il était très rare qu'un patient soit dépourvu de téléphone portable. Ceux-ci leur sont laissés, sauf consigne médicale. Les chargeurs sont conservés dans le bureau infirmier pour des motifs de sécurité. Il a été indiqué qu'il est arrivé que le personnel retire son téléphone à un patient qui l'utilisait pour photographier.

Les visites ont lieu tous les jours de 14h30 à 19h, dans les chambres, pour les personnes qui sont seules dans leur chambre, dans la salle de réunion ou dans la salle à manger pour les autres. Lorsque le temps le permet, les visiteurs peuvent également se rendre dans les cours ou dans le parc, si la personne est autorisée à y sortir. Lorsque des enfants visitent des patients, ils entrent dans le bâtiment par une autre porte, proche de la salle de réunion où a, alors, lieu la visite.

Les patients peuvent disposer de leur ordinateur portable qui est conservé dans le bureau des infirmiers.

Selon les observations du personnel, les malades s'en servent essentiellement pour écouter de la musique ou jouer, parfois de façon addictive, à des jeux vidéo. Les films qu'ils peuvent contenir sont vérifiés lors de l'inventaire des effets.

- **Télévision**

Deux postes de télévision sont installés, l'un, dans l'une des deux salles de séjour - qui devient dédiée à la télévision -, l'autre dans la salle à manger. Ils sont allumés de 9h à 23h

sauf pendant les repas, les patients supportant mal de les voir éteints, sans que pour autant un téléspectateur soit toujours présent.

- **Accès à la cour et gestion du tabac**

L'accès aux cours est libre de 6h30 à 22h.

Certains patients conservent leur tabac avec eux, d'autres le laissent dans une armoire du bureau des infirmières qui le leur distribuent à la demande. Certains autres reçoivent leur tabac le matin et le rendent aux soignants à 20h.

Certains patients troquent les cigarettes, d'autres les distribuent. La gestion du tabac, selon le personnel soignant, est « chronophage », pour la surveillance de la consommation et l'acquisition, et exige une bonne vigilance.

En principe, il est interdit de fumer dans les locaux, ce qui est respecté sans difficulté dans la journée en raison du libre accès aux cours. Il arrive que des patients fument à l'intérieur des locaux après leur fermeture. Exceptionnellement, le personnel donne accès à la cour la nuit pour les patients.

- **Activités et sorties**

Des sorties collectives d'une journée, avec un maximum de cinq patients accompagnés de deux soignants, sont organisées de façon exceptionnelle en raison du manque de personnel disponible. Les patients admis en SDT ou SDRE peuvent y participer sous réserve d'autorisation médicale de sortie de moins de douze heures.

Les activités extérieures à l'unité sont communes aux deux unités du pôle 35 G 05. Certaines ont lieu au CATT où les patients se rendent seuls, avec une autorisation de sortie pour les personnes en SDT.

L'unité dispose d'une salle d'activités mais, au moment de la visite des contrôleurs, aucune ne s'y déroulait, l'agent en charge de les animer étant en congé maladie, sans remplacement, pour plusieurs semaines.

Un baby-foot est à disposition dans la salle de séjour.

Les patients peuvent également entretenir le jardin et le petit potager aménagés dans les cours.

Quelques revues sont apportées par la cadre de santé mais peu de patients lisent.

Ainsi, aucune activité n'étant proposée aux patients sous la conduite du personnel, ceux-ci ne s'occupent qu'à circuler dans le parc pour ceux qui sont autorisés à sortir, à déambuler dans les cours, à regarder la télévision ou, plus rarement, à jardiner.

- **Relations sexuelles**

Aucun interdit n'est posé expressément pour les relations sexuelles de patients entre eux ou avec leurs visiteurs, dont il a été indiqué qu'elles demeurent rares. Elles ne posent au personnel que le problème de l'assurance du consentement lucide des deux partenaires outre l'absence de lieu d'intimité.

À l'arrivée, aucune contraception n'est ni proposée ni imposée. S'il est estimé qu'elle est nécessaire, la patiente est signalée au généraliste pour qu'il puisse la prescrire.

- **Isolement et contention**

L'unité Morel ne dispose d'aucune chambre d'isolement depuis qu'elle occupe les locaux du pavillon Bourneville. En cas de besoin, les soignants doivent requérir une chambre d'isolement libre dans une autre unité de l'hôpital. Il a été indiqué que cette contrainte conduisait le personnel à chercher des alternatives pour gérer la crise.

- **Incidents**

En cas de violence sur un agent, celui-ci actionne son PTI. Si l'acte entraîne une incapacité temporaire de travail, une déclaration d'accident de travail est remplie et l'agent rencontre le médecin du travail. Le cadre de santé insiste également auprès de l'agent pour qu'il rencontre la psychologue, selon les informations données aux contrôleurs.

Le personnel est également appelé à rédiger une fiche d'évènement indésirable.

La consommation de résine de cannabis dans le parc de l'établissement est fréquente, « il est plus facile de s'en procurer à l'hôpital qu'en ville ». En cas de suspicion de détention, le patient est reçu par le personnel qui lui indique ses soupçons. « En général, la personne vide ses poches ». Le cadre supérieur fait une déclaration d'incident et le produit saisi est transmis au bureau des entrées pour destruction. En cas de constat de consommation, le patient est privé de sortie de l'unité.

4.2.3.6 L'unité Falret

4.2.3.6.1 Les patients

La capacité théorique de l'unité Falret est de **vingt-deux lits** répartis dans seize chambres individuelles et trois chambres doubles.

L'unité dispose **d'une chambre d'isolement**.

L'unité Falret est une **unité fermée dite « au long cours »**. Les patients sont tous très dépendants.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-deux patients présents (onze hommes et onze femmes) :

- dix-sept personnes étaient en admis en soins libres ;
- trois étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- deux étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ;
- le patient le plus âgé avait 69 ans et le plus jeune, 31 ans ;
- la plus longue hospitalisation datait du 9 juillet 2009, soit un peu plus de trois ans au jour du contrôle.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, six patients étaient sortis et six les avaient remplacés.

Les sorties des vingt-deux patients sont dépendantes des places disponibles possibles. Tous disposaient d'une orientation programmée, à trois exceptions près :

- un dans une maison d'accueil spécialisée ;

- deux dans l'unité pour autistes en projet dans l'hôpital ;
- trois au foyer d'accueil médicalisé du secteur 35 G 09 ;
- deux dans un foyer de vie peu médicalisé, avec éducateurs ;
- un dans un foyer relais ;
- quatre dans les unités à construire pour les « hospitalo-dépendants » ;
- deux dans un appartement thérapeutique loué par l'hôpital et sous-loué aux patients ;
- quatre en unité de soin longue durée (USLD) - établissement situé à Rennes et dépendant du CHGR ;

4.2.3.6.2 Le personnel

- *L'effectif du personnel médical*

	N	ETP
<i>Praticien hospitalier psychiatre</i>	1	0,2
<i>Assistant</i>		
<i>Praticien hospitalier généraliste</i>	1	0,5
<i>Total</i>	2	0,7

- *L'effectif du personnel socio-éducatif et psychologue*

	N	ETP
<i>Assistant socio-éducatif</i>	1	0,10
<i>Psychologue</i>	1	0,20
<i>Total</i>	2	0,30

- *L'effectif du personnel paramédical de l'unité*

	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	2	2
<i>Infirmier Jour</i>	8	11
<i>Infirmier nuit</i>	«3	
<i>Aide-soignant Jour</i>	7	7

Aide-soignant Nuit	1	
ASH	2	1,9
Total	23	21,9

4.2.3.6.3 Les locaux

Les locaux sont anciens. Le rez-de-chaussée forme un U avec un espace intérieur fermé par un mur qui délimite la cour.

Le premier étage et le deuxième - qui est désaffecté - sont construits sur deux côtés du bâtiment. Les couleurs des peintures sont vives.

Dans l'angle des immeubles, se situe un escalier d'accès aux étages ; un ascenseur y a récemment été ajouté.

Au bout du couloir desservant les trois chambres doubles, une porte ouvre sur un escalier de secours en colimaçon.

- **Les chambres**

Au **rez-de-chaussée**, sur une aile, distribuées de part et d'autre d'un couloir central, se trouvent quatre **chambres** à un lit dont trois ont une surface comprise entre 9 m² et 9,22 m² et la quatrième 11,5 m². La hauteur des chambres est de 2,65 m. Les portes sont pleines, les fenêtres en bois à battant avec bloqueurs, sans barreaux.

Le mobilier, en bois avec des panneaux plastifiés, se compose d'un lit avec une applique électrique, une table de chevet, une armoire à clé, une petite table et une chaise. .

Dans un angle, est placé un lavabo, avec un porte-serviettes, surmonté d'un carrelage avec un miroir et une applique électrique.

Les murs sont de couleurs pastel. Les sols en linoléum.

- **La chambre d'isolement**

À l'extrémité de cette aile sont situés les locaux constituant l'**isolement**. Une porte centrale donne dans un sas, avec à gauche la chambre d'isolement et à droite les sanitaires. Les locaux ont été refaits récemment, peints en couleurs vives.

La chambre d'isolement mesure 3,4 m sur 2,7 m et une hauteur de 2,8 m, soit une surface de 9,18 m² et un volume de 25,7 m³. Une fenêtre en PVC à deux battants, avec bloqueur, sans barreaux, ouvre sur la cour intérieure ; les vitres, transparentes, sont occultées à mi-hauteur par un film translucide. La porte est munie d'un hublot transparent de 0,3 m de diamètre.

Au milieu de la pièce, un lit métallique est fixé au sol avec une partie mobile pour rehausser la tête, recouvert d'une planche, avec ses ouvertures pour fixer des attaches ; un matelas épais gainé d'une housse verte comporte deux sangles de contention pour le ventre et les chevilles.

Le sas a une surface de 5,25 m² et seule une table roulante pour manger dans la chambre d'isolement s'y trouve.

Les sanitaires, d'une surface de 6,5 m², sont carrelés au sol et sur une hauteur de 1,20 m. Une douche à l'italienne, sans rideau, des toilettes à l'anglaise et un lavabo surmonté d'un miroir sont à disposition.

A l'**étage**, dans une aile, trois chambres à deux lits ont une surface de 24,44 m², 20,84 m² et 17,25 m². La hauteur sous plafond est de 3,1 m. Deux chambres ont deux fenêtres à deux battants, avec des bloqueurs et sans barreau et l'autre une seule.

Le mobilier est identique à celui des chambres du bas, et doublé, à l'exception du lavabo. Les portes ont des impostes de 0,35 m sur 0,20 m sur la vitre desquelles est collé un film translucide laissant une fente pour la vision du couloir.

Une des chambres disposait d'un petit paravent séparant les deux lits²³.

Dans la deuxième aile, se trouvent les douze autres chambres à un lit, dont les surfaces varient de 7,22 m² pour la plus petite à 13,78 m² pour la plus grande et autour de 10 m² pour les autres. Elles disposent d'une seule fenêtre, un mobilier identique et un lavabo. Les portes ne comportent pas d'imposte.

Le chauffage est central avec des radiateurs, sauf dans les locaux d'isolement où il est au plafond.

A quelques exceptions près, les chambres restent très peu personnalisées par les patients.

- **Les locaux des soignants**

Les personnels soignant disposent de deux **bureaux** au rez-de-chaussée. Le premier donne dans le couloir des chambres et, par une porte-fenêtre, ouvre sur l'allée couverte bordant la cour sur un côté. Il a une surface de 14,40 m². Le second, d'une surface de 12,65 m², n'est accessible qu'en traversant le précédent.

Deux salles communicantes, de 8,92 m² et 7,55 m², servent de salle de soins et de préparation.

Ces locaux ne disposent pas de toilettes et sont notoirement exigus comme des infirmiers l'ont indiqué aux contrôleurs.

Un bureau au premier étage, d'une surface de 21 m², est réservé au cadre de santé.

Un ensemble de **locaux**, avec un vestiaire pour les hommes et un autre pour les femmes, un espace sanitaire commun avec une douche, des lavabos et des toilettes est à disposition des personnels et ouvre sur l'extérieur avec un accès couvert.

- **Les espaces communs**

Les locaux communs sont situés au rez-de-chaussée.

²³ Une commande de cloisons mobiles est en cours pour séparer tous les lits doubles de l'hôpital a indiqué la direction.

La **cour** intérieure, fermée, d'une surface de 355 m² est entourée d'un promenoir délimitant un espace planté en pelouse avec trois jeunes arbres.

Du côté des chambres, la cour se prolonge par des arcades délimitant une **galerie** couverte où sont disposés des bancs.

Le côté central, orienté au Sud, est également constitué d'arcades munies de grandes portes-fenêtres qui donnent dans une salle de séjour et la salle à manger.

Le troisième côté comporte deux grandes baies vitrées avec une salle d'activités et un local d'accueil pour les familles.

La **salle de séjour**, d'une surface de 41 m², comporte un espace sanitaire avec un lavabo et des toilettes de 3,4 m². Deux petites tables, quinze fauteuils et un grand téléviseur dans un angle constituent l'ameublement.

La **salle à manger**, de 47,2 m², dans le prolongement du séjour, est accessible par deux portes côté arcades. Cinq tables et vingt et une chaises y sont disposées ainsi qu'un poste de télévision.

Un local **cuisine**, salle du personnel, avec des sanitaires (20 m²) jouxte un office où se trouvent une paillasse comportant un grand bac à vaisselle, un four pour réchauffer les repas apportés en liaison froide, un lave-vaisselle semi-professionnel, ainsi qu'un grand réfrigérateur. Ces deux locaux forment le coin des deux ailes.

Une grande **salle** (53,45 m²) est en partie séparée par une clai de plantes vertes délimitant une salle d'activités et une autre pour l'accueil des familles comportant des fauteuils et une table basse.

Un petit **jardin**, clôturé, d'une quinzaine de mètres carrés a été pris sur le jardin annexe d'un bâtiment contigu, il est utilisé pour des activités de cultures potagères et de fleurs.

4.2.3.6.4 Le fonctionnement de l'unité

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

Le matin la première équipe de jour travaille de 6h30 à 15h et elle est constituée de quatre personnes ; la seconde comprend trois personnes qui travaillent de 13h45 à 21h30. L'équipe de nuit est composée de deux veilleurs qui sont présents de 21h15 à 6h45.

L'équipe de nuit fait partie des dix-neuf personnes mutualisées sur les quatre unités.

Les patients ne disposent pas de la clé de leur chambre qui sont ouvertes 24h/24 au rez-de-chaussée et non accessibles à l'étage le matin de 9h à 13h pour qu'y soit effectué le nettoyage. « C'est une manière de faire descendre les patients ».

A la demande d'un patient, sa chambre peut être fermée à clé l'après-midi (crainte de vol, phobie...).

Il arrive qu'un patient soit enfermé la nuit à cause des nuisances qu'il inflige aux autres – vacarme, visite dans des chambres, problèmes sexuels – etc. .

L'unité Falret est **fermée** mais, au jour de la visite des contrôleurs, seuls sept patients ne sortaient jamais. Avec accord médical, d'autres – onze sur vingt-deux – pouvaient sortir

seuls pour un maximum d'une heure chaque jour. D'autres ne sortaient qu'accompagnés par un soignant, en fonction des disponibilités.

- **Biens personnels**

Une pièce au premier étage sert de bagagerie où sont entreposés les effets dont les patients n'ont pas l'usage quotidien. Pour ces derniers, chacun dispose d'un placard fermant à clé dans sa chambre. Il est indiqué aux contrôleurs que cette question des clés est difficilement gérable du fait de l'état des patients - perte de clé, oubli de fermeture, protestations multiples.

- **Hygiène corporelle et vestimentaire**

Il est rare qu'un patient n'ait pas de difficulté avec la question de l'hygiène et les personnels veillent à ce que chacun prenne au minimum deux douches par semaine. Une douche est disponible au rez-de-chaussée.

A l'étage, trois locaux sanitaires comportent une douche et une salle de bains dispose d'une douche et d'une baignoire hydraulique (sa hauteur est variable).

Il faut veiller en permanence également à ce que les sous-vêtements et les habits soient changés et lavés régulièrement. Parfois – rarement – c'est la famille qui s'en occupe : tel était le cas d'un seul patient lors de la visite des contrôleurs ; quatre personnes se rendaient au *Lavomatic* de l'hôpital ; le linge des autres est marqué dans le service et passe par le circuit de la buanderie de l'hôpital.

Quatre patients étaient incontinents lors de la visite.

Les produits d'hygiène sont normalement à la charge des patients qui peuvent en acheter à la cafétéria, le service peut fournir les produits de base.

- **Entretien des locaux**

Deux ASH sont chargés du nettoyage de l'unité et le ménage des chambres est effectué chaque matin du lundi au vendredi. L'ensemble est d'une grande propreté.

- **Argent**

Il est procédé à un inventaire à l'arrivée du patient et les objets de valeur sont placés soit à la bagagerie (une pièce fermée au premier étage), soit au bureau du Trésor public pour les sommes d'argent importantes, les chéquiers, les cartes bancaires etc.

Une somme d'environ vingt euros est gardée dans l'unité, soit par le patient lui-même, soit dans un coffre qui se trouve dans le bureau des infirmiers avec les pochettes contenant les comptes individuels de chacun.

- **Repas**

Le petit déjeuner est servi de 8h20 à 9h20, le déjeuner à 12h, le goûter à 16h et le dîner à 19h. Une tisane est proposée à 22h.

Les plateaux repas sont adaptés en fonction des prescriptions médicales – médecin et diététicien – et des goûts des malades.

Si un patient est en chambre d'isolement, il est servi sur place et mange entouré de deux, voire trois personnels soignants. Il arrive parfois qu'un patient prenne ses repas dans sa chambre.

Sur les vingt-deux patients présents au jour de la visite des contrôleurs, un devait être nourri par un soignant et parfois un second. Tout le monde est servi à table.

Les médicaments sont distribués au moment des repas et les patients les prennent sous les yeux des patients.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, informatique)**

Dans le sas d'entrée du service, un poste de téléphone est à disposition pour recevoir des appels ou en envoyer ; pour appeler, le standard de l'hôpital fait le numéro et note le nom de l'appelant de sorte que la facture lui soit envoyée (ce système est considéré par les personnels comme trop lourd à gérer pour des sommes si minimes – 0.15 euro la communication et beaucoup de papiers...).

Le téléphone portable d'un patient peut lui être laissé, toujours sur avis médical. Il en va de même pour l'informatique. Au jour de la visite, un patient avait un téléphone et un autre un ordinateur.

Il est indiqué aux contrôleurs que très peu de patients communiquent avec l'extérieur.

Récemment, le coin accueil des familles a été aménagé à côté de la salle d'activités pour qu'un lieu spécifique soit disponible. Les horaires des visites sont de 14h30 à 19h, mais ils sont théoriques. En fait, il n'y a que peu de visites, et souvent très espacées pour un même patient : « le plus souvent c'est pour apporter du tabac, de l'argent, des vêtements ».

- **Télévision et accès à la presse Journal local**

Il n'y a pas de prise de téléviseur dans les chambres.

Deux postes de télévision (avec les télécommandes) sont à disposition dans les salles de séjour. Ils sont éteints à 22h45, à la fin du premier programme. Les patients en général ont de la peine à fixer leur attention et il n'y a pratiquement pas de dispute pour les programmes ; le soir ils se couchent tôt.

Il n'y a pas de distribution gratuite du journal local ; l'unité n'est abonnée à aucun journal.

- **Accès à la cour et gestion du tabac**

La cour fermée est accessible en permanence et le préau abrite des intempéries. C'est le seul lieu où il soit loisible de fumer.

Les chambres disposent de détecteurs de fumée et les patients le savent. Ils sont en général respectueux de l'interdiction de fumer à l'intérieur.

Certains doivent être « canalisés » au risque de les voir fumer sans arrêt. Le service n'a pas de politique anti-tabac. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était fait seulement attention à « stopper l'usage du cannabis lorsque cela se présente ».

- **Activités et sorties**

Chaque lundi, une personne participe sur avis médical à une séance d'équithérapie de trente minutes.

Une fois par semaine, est proposée une activité d'arts plastiques (peinture, découpage...).

A la demande, une activité de soins esthétiques se pratique dans un endroit aménagé au premier étage.

Une fois par trimestre, est organisé un repas à thème ; quand c'est possible quelques patients vont faire les courses et la cuisine se fait avec eux.

Douze à quinze fois par an, ont lieu des sorties de loisirs ou culturelles – plage, parc, cinéma, planétarium, Stade rennais – pour cinq patients au maximum.

A partir de mars, se met en route l'activité « jardin potager et fleurs ».

Il n'y a ni bibliothèque, ni sport.

Ces activités sont mises en œuvre par les soignants, sans intervention extérieure.

Il a été indiqué que l'état des patients leur rend très difficile de fixer leur attention, ce qui explique la pauvreté des activités.

- **Relations sexuelles**

C'est une question récurrente sur laquelle il n'y a pas forcément unanimité des personnels. « Ce n'est en tout cas pas un droit, mais pas non plus un interdit ». Il faut veiller à ce que les relations soient consenties. Récemment une jeune fille exhibitionniste a nécessité une attention particulière du service.

- **Isolement et contention**

Ces mesures sont prescrites par le psychiatre et le suivi du patient est enregistré heure par heure, nuit et jour, dans le dossier informatisé du patient ; il n'y a plus de dossier papier. Il y a toujours un psychiatre référent et un psychiatre de garde à l'hôpital.

Lorsqu'un patient est en crise et en fonction de la connaissance que les soignants ont de lui, il est fait appel à des infirmiers d'autres services pour le maîtriser - trois, voire cinq personnes si nécessaire.

La durée de placement en chambre d'isolement va de quelques jours à deux semaines.

Au moment du contrôle, aucun placement en isolement de patients détenus n'avait eu lieu depuis le début de l'année 2012.

- **Incidents**

Les incidents sont notés au jour le jour dans les dossiers informatiques des patients. Il n'y a plus de registre écrit.

4.2.4 L'hospitalisation au secteur 35 G 06

4.2.4.1 Présentation du pôle - secteur 35 G 06

Le territoire du pôle-secteur G 06 de psychiatrie adulte comprend la partie Sud-Est du département d'Ille-et-Vilaine. La population recensée pour le secteur en 2009 est de 103 848 habitants et couvre principalement des zones rurales, à l'exception de l'agglomération de Vitré. Les diverses structures du secteur sont éloignées géographiquement du centre hospitalier Guillaume Régnier et éclatées les unes par rapport aux autres, ce qui entraîne des déplacements en véhicule prenant d'autant plus de temps qu'ils s'effectuent sur un réseau routier de mauvaise qualité – Janzé et La Guerche sont à 45 minutes de route.

Le secteur est découpé en deux « sous-secteurs » : au nord, celui de Vitré/Chateaubourg ; au sud, celui de Janzé/La Guerche. Un médecin est référent pour chacun des sous-secteurs.

L'offre de soins du secteur est proposée dans les structures suivantes :

- trois unités d'hospitalisation à temps plein au CHGR :
 - l'unité Anne de Bretagne pour le sous-secteur de Vitré ;
 - l'unité Mucchielli pour le sous-secteur de Janzé/La Guerche ;
 - l'unité Pierre Janet pour des personnes âgées et des patients de long séjour (cf. *infra*) ;
- trois hôpitaux de jour / centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- cinq CMP.

Pour le premier semestre de 2012, les données d'activité des unités d'admission font apparaître :

- un nombre de 412 entrées en hospitalisation à plein temps et de 340 sorties ;
- un nombre d'entrées en surpeuplement (patients non domiciliés dans le secteur) de 200, ce qui représente une proportion moyenne de 43 % des entrées ;
- un pourcentage d'occupation moyenne de 105,5.

En 2012, le ratio lit/1 000 habitants est, pour le secteur, de 6,64.

Une seule des trois unités – Pierre Janet – est une unité ouverte. Dans le cadre de la refonte du projet médical avec l'arrivée d'un nouveau chef de pôle en 2011 et dans la perspective de nouveaux locaux pour les unités, une évaluation des pratiques professionnelles est menée sur la question de l'ouverture des deux autres unités.

Il a été indiqué que deux lits supplémentaires avaient été installés dans chacune des unités lors des périodes de sur-occupation. « Le climat s'est apaisé depuis trois mois, depuis que la tension sur le besoin en lits est retombée ».

Les unités sont installées dans des bâtiments anciens sans locaux dédiés aux visites. Tous les patients ne bénéficient pas d'une chambre individuelle. Néanmoins, les enquêtes de

satisfaction auprès des patients ne mettent pas en exergue les conditions matérielles d'accueil mais soulignent plutôt la disponibilité du personnel soignant.

4.2.4.2 Le personnel du service central 35 G 06

- *L'effectif du personnel médical*

	N	EPT
<i>Praticien hospitalier psychiatre</i>	5	4,5
<i>Praticien hospitalier généraliste</i>	1	1
<i>Interne</i>	1	1
<i>Total</i>	7	6,5

Les médecins répartissent leur activité entre les différentes entités du pôle. Il n'existe pas d'affectation précise dans l'une ou l'autre des unités.

- *L'effectif du personnel sociaux éducatif et psychologue*

	N	EPT
<i>Assistant socio-éducatif</i>	3	2,5
<i>Psychologue</i>	4	3,8
<i>Total</i>	7	6,3

- *L'effectif du personnel administratif et logistique*

	N	EPT
<i>Assistant médico-administratif</i>	4	3,5
<i>Adjoint administratif hospitalier</i>	1	1
<i>Total</i>	5	4,5

- *L'effectif du personnel paramédical compétent pour toutes les unités d'hospitalisation*

	N	EPT
<i>Cadre supérieur de santé</i>	1	1
<i>Infirmier de nuit</i>	10	10
<i>Aide-soignant de nuit</i>	5	5
<i>Total</i>	16	16

4.2.4.3 L'unité Anne de Bretagne

4.2.4.3.1 Les patients

La capacité théorique de l'unité est de **vingt-trois lits** répartis dans dix-sept chambres individuelles et trois chambres doubles.

L'unité, **fermée**, dispose en plus **d'une chambre d'isolement**.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-quatre patients présents (quatorze hommes et dix femmes) :

- dix-sept personnes étaient admis en soins libres ;
- six étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- un était en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE),
- le patient le plus âgé avait 75 ans et le plus jeune, 19 ans ;
- la plus longue hospitalisation datait de vingt-deux mois.

Une autre personne était notée en « hospitalisation séquentielle », correspondant à des soins ambulatoires sous contrainte selon la dénomination de la loi du 5 juillet 2011

4.2.4.3.2 Le personnel

Seul l'effectif du personnel paramédical de l'unité est identifié dans les organigrammes.

	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>IDE J/N</i>	14	
<i>Aide-soignant J/N</i>	5	3,8
<i>ASH</i>	2	2
<i>Assistant social</i>	2	

4.2.4.3.3 Les locaux

Les locaux sont sur deux niveaux et forment un **L** dont la petite barre se prolonge - et communique - dans l'unité Mucchielli.

Un ascenseur, en fonctionnement depuis trois semaines lors de la visite des contrôleurs, relie les deux niveaux ainsi qu'un escalier situé dans l'angle des bâtiments. Les boutons d'appel dans les chambres sont hors service. Des veilleuses, qui fonctionnent, sont situées au-dessus des plinthes, dans chaque chambre. Les portes ne comportent pas

d'oculus. La fenêtre est constituée de trois montants, dont celui en position centrale, pivote avec un système limitant l'ouverture à 0,20 m maximum. Il n'y a pas de barreau.

Le chauffage est central avec des radiateurs et il est indiqué aux contrôleurs que l'hiver, il arrive que le chauffage soit insuffisant.

Une ventilation par gaines VMC dessert tous les lieux.

Dans toutes les pièces des détecteurs de fumée et de chaleur très sensibles ont été installés.

L'ensemble de l'unité est très propre.

- **Les chambres**

Au rez-de-chaussée, se trouvent quatre chambres à un lit du même côté du couloir central ; une d'une surface de 8,59 m², la suivante de 9,50 m², puis une de 10,95 m² et la quatrième de 10,94 m², à laquelle il faut ajouter 2,77 m² pour une douche fermée.

Chacune des chambres dispose d'une fenêtre avec un système d'ouverture – 0,15 m - bloquant ; il n'y a pas de barreau.

Toutes comportent un lavabo entouré de faïences et surmonté d'un miroir et d'une tablette électrique ainsi que d'un porte-serviettes. Elles n'ont pas de douche, sauf une, ni de WC.

Le mobilier est constitué d'un lit électrique, son chevet avec porte et tiroir, une armoire à deux portes ainsi qu'une table et une chaise, parfois un fauteuil de repos.

Un hublot diffuse à partir du plafond et une liseuse est fixée au-dessus de la tête de lit.

Le sol est en linoléum remontant sur les bords en forme de plinthes.

Deux WC avec des cuvettes à l'anglaise sont disponibles au rez-de-chaussée, un dans le couloir et un autre donnant dans la salle de télévision. Il a été indiqué aux contrôleurs que lorsque les patients sont tous en bas, ces WC sont très insuffisants.

Les chambres du rez-de-chaussée sont réservées aux patients âgés, à ceux qui demandent une surveillance accrue et à « ceux qui le souhaitent quand c'est possible ».

A l'étage, dans la grande longueur, se trouvent neuf chambres à un lit et une à deux. Les chambres à un lit ont des surfaces différentes : 9,93 m², 12,74 m², 8,31 m², 11,46 m², 10,07 m², 8,71 m², 9,22 m², 15,22 m² et 15,15 m² ; celle à deux lits a une surface de 16,59 m².

Sur le petit côté, se trouvent quatre chambres à un lit dont les surfaces varient de 9,37 m² à 11,35 m² et deux à deux lits de 15,65 m².

Comme au rez-de-chaussée, une seule chambre dispose d'une douche et toutes d'un lavabo.

Deux blocs de deux WC sont disponibles avec un lavabo à l'étage.

Le reste est similaire à ce qui est constaté au rez-de-chaussée.

- **La chambre d'isolement**

Située à l'angle extérieur du bâtiment, la chambre d'isolement, appelée chambre d'apaisement, jouxte le local de la pharmacie. Un petit sas permet l'accès à ces deux pièces.

D'une longueur de 3,72 m et d'une largeur de 2,70 m, soit une surface de 10,04 m², la chambre d'apaisement est nue à l'exception d'un lit fixé au sol, dont la tête est contre un mur. Le couchage est une simple planche en contreplaqué avec des encoches pour les sangles de contention et munie d'un matelas épais.

Les murs sont peints en gris clair et le sol est en linoléum bleu.

Deux fenêtres, aux vitres renforcées et translucides, éclairent la pièce ainsi qu'un hublot au plafond. La porte est munie d'un oculus de 0,3 m sur 0,4 m et d'une serrure simple.

Entre le sas et la chambre se trouvent, sur la droite, une douche à l'italienne et un lavabo et, sur la gauche, des WC en faïence à l'anglaise avec une porte d'accès.

Depuis la porte du sas, les personnes qui passent par cet endroit ont une vue sur la douche au travers d'un oculus.

Cette chambre est occupée depuis plusieurs mois par un jeune autiste d'une vingtaine d'années. Ses parents le prennent chez eux pratiquement tous les week-ends.

Il est indiqué aux contrôleurs que la présence des autistes dans le service pose à la fois un problème quotidien pour les autres patients et que ces services ne sont pas adaptés à ce type de patient.

- **Les locaux des soignants**

Les locaux au rez-de-chaussée comprennent :

un bureau des infirmiers (22,36 m²), dont une porte -fenêtre ouvre sur le jardin ;

un local (13,51 m²) destiné à la préparation des soins, abritant la pharmacie ;

le bureau du cadre de santé ;

une salle de réunion ;

deux bureaux médicaux dont se servent les psychiatres et les médecins généralistes.

Ces quatre derniers locaux récents sont accessibles par un escalier de cinq marches et sont proches de l'ascenseur.

A l'étage, accessibles également au fond du couloir par un escalier à cinq marches, se trouvent trois bureaux pour la psychologue, l'assistante sociale et les médecins.

- **Les espaces communs**

C'est au rez-de-chaussée que se trouvent les trois espaces communs suivants :

- le salon télévision, pièce de 22,50 m² avec deux ouvertures sans porte dans le couloir comportant des sièges et deux tables ;

- la salle à manger (64,28 m²), avec six tables et vingt-cinq chaises ; un téléviseur est disposé dans un angle et il existe une petite bibliothèque dans un placard. Attenant à cette salle, se trouve l'office aménagé pour la préparation des repas et la vaisselle.
- l'accueil des familles, espace de 20 m² ouvrant sur la rue et comprenant quelques fauteuils et une table basse.

- **Le jardin**

Le jardin – environ 450 m – est en contrebas du bâtiment. L'accès s'effectue d'un côté par une rampe et de l'autre, par un escalier de cinq marches. Une partie de cette construction est abritée par un auvent.

On accède au jardin par la salle à manger et par le bureau des infirmiers.

Le jardin est arboré et une haute haie le sépare de celui du bâtiment Mucchielli. Une pelouse au centre est entourée d'un chemin de terre.

L'accès au jardin est libre du lever au coucher des patients et il est le seul endroit où il soit possible de fumer.

4.2.4.3.4 Le fonctionnement de l'unité

Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres

L'unité est fermée, bien que la majorité des patients soit admis en soins libres et sortent dans la journée en fonction des prescriptions médicales.

Les chambres sont toujours ouvertes, y compris la nuit, ce qui obligerait les soignants à faire des « rondes » dans la mesure où il n'y a pas de personnel à l'étage.

- **Biens personnels**

Un local au rez-de-chaussée sert de bagagerie pour les affaires des patients.

- **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

Une salle de bains et douche se trouve au rez-de-chaussée, ainsi qu'un local de rangement du linge, propre et sale.

A l'étage, une salle comporte deux douches et une autre, une douche et une baignoire. Les salles sont carrelées ; l'ensemble est très propre.

Un petit local au-dessus de celui du bas permet de passer le linge sale par une large gaine directement dans un bac au-dessous.

Les lavabos ainsi que les douches et les baignoires sont munis de robinets mitigeurs avec un limiteur de température.

Les vêtements peuvent être lavés à la buanderie commune par les patients, ou être pris en charge par la laverie générale.

- **Entretien des locaux**

L'entretien des locaux est fait par ASH du lundi au vendredi, de 10h à 13h ce qui implique que les patients doivent quitter leurs chambres.

Ils disposent d'un local de rangement de 5,38 m².

- **Argent**

Il est procédé à un inventaire à l'arrivée du patient et les objets de valeur sont placés au bureau du Trésor public pour les sommes d'argent importantes, les chèquiers, les cartes bancaires etc.

Une somme d'environ vingt euros est conservée dans l'unité, soit par le patient lui-même, soit dans un coffre qui se trouve dans le bureau des infirmiers avec des pochettes contenant les comptes individuels de chacun.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, informatique)**

Les visites ont lieu dans la salle d'accueil, voire dans les chambres.

Une cabine téléphonique, fonctionnant avec des cartes, est installée au rez-de-chaussée ; elle est parfaitement isolée. Quelques patients sont autorisés à garder leurs téléphones portables.

- **Télévision et accès à la presse**

Il n'y a pas de téléviseur dans les chambres. Dans la salle de télévision, au rez-de-chaussée, les patients ont à disposition la télécommande pour naviguer entre les dix-huit chaînes de la TNT.

Le pôle prend en charge un abonnement à *Ouest France* et l'unité finance les abonnements à *Femme actuelle* et à *Auto Magazine*.

Accès au jardin et gestion du tabac

Le jardin est le seul endroit où les patients peuvent fumer. Ils disposent pour ce faire de briquets.

La gestion du tabac se fait comme dans les autres unités avec surveillance et parfois gestion des cigarettes pour les patients qui ne peuvent réguler leur consommation.

« On achète les cigarettes ou le tabac, ou on va avec les patients acheter au tabac, ou certains sont autorisés à y aller tout seul. »

- **Activités et sorties**

Les activités – toutes à but thérapeutiques – sont communes aux unités et se déroulent dans des locaux, situés en demi-sous-sol de l'unité Mucchielli.

Elles sont organisées par groupe ou individuellement et offrent des ateliers de cuisine, de musique, d'esthétique, d'écriture, d'éveil et soins du corps, de relaxation et d'arts plastiques. Les ateliers sont animés par les soignants selon des emplois du temps hebdomadaires.

Quelques patients font du sport. Une table de ping-pong est disponible dans l'unité Mucchielli ainsi que des boules et des palets.

Aucune sortie à l'extérieur n'est plus organisée.

- **Incidents**

Dans le service, chaque équipe de soignants comporte toujours un agent masculin pour des raisons de sécurité et, selon les personnels, il y a peu d'incidents. En cas de nécessité, il est fait appel au service spécialisé. Les incidents sont mentionnés dans le dossier informatisé des patients.

4.2.4.4 L'unité Mucchielli

4.2.4.4.1 Les patients

La capacité théorique de l'unité Mucchielli est de **vingt-cinq lits** répartis dans dix-neuf chambres individuelles et trois chambres doubles. Vingt lits sont à l'étage.

L'unité dispose d'une chambre d'isolement mais qui n'est pas utilisée à cette fin (cf. *infra*).

Au moment du contrôle :

- une chambre enregistrée comme une chambre individuelle comptait un second lit qualifié de « virtuel ». Il a été indiqué que ce lit avait été ajouté lors d'un épisode de sur-occupation et qu'il n'avait pas été retiré par la suite ;
- l'unité accueillait quatre patients « en surpeuplement », ne relevant pas de l'unité Mucchielli ;
- trois patients relevant de l'unité Mucchielli se trouvaient en revanche dans d'autres unités, les trois dans des chambres d'isolement.

L'unité Mucchielli est une unité **fermée**.

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-quatre patients présents (treize hommes et onze femmes) :

- treize personnes étaient admis en soins libres ;
- huit étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- trois étaient en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), dont deux SDRE judiciaires ;

Deux autres personnes étaient en soins ambulatoires sous contrainte.

Le patient le plus âgé avait 82 ans et le plus jeune, 16 ans. La plus longue hospitalisation datait d'octobre 2008.

4.2.4.4.2 Le personnel

- **L'effectif du personnel paramédical de l'unité**

	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmier Jour</i>	10	9,8
<i>Aide-soignant Jour</i>	4	3,8
<i>ASHr</i>	2	2
<i>Total</i>	17	16,6

- **L'organisation du service**

Un seul praticien hospitalier est présent pour l'unité tous les jours sauf le jeudi qui est consacré au CMP. L'autre praticien hospitalier était indisponible depuis octobre 2011.

Le médecin généraliste du pôle est en poste depuis août 2012.

La cadre supérieure de santé est compétente pour la totalité du pôle.

Les psychologues et les assistantes sociales sont référents pour chaque unité.

Depuis 2011, le planning hebdomadaire des médecins psychiatres du pôle, de même que celui des psychologues et des assistantes sociales, est affiché dans toutes les unités, ce qui permet aux patients de connaître leurs jours de présence. En outre, les soignants peuvent visualiser l'agenda électronique des médecins.

En semaine, le personnel soignant est présent dans l'unité en principe à raison de quatre agents le matin et l'après-midi – si possible avec trois infirmiers et un aide-soignant – et une personne en détachement de journée pour prendre en charge les activités. Le week-end, le service compte un infirmier en moins, matin et après-midi. La nuit, deux soignants sont présents dans l'unité.

Au moment du contrôle, le personnel du service de jour était majoritairement composé de femmes, le personnel masculin n'étant représenté que par trois personnes ; en revanche, l'équipe de nuit comptait trois infirmiers et une seule aide-soignante, cette forte proportion masculine étant fréquemment utilisée par les autres unités en quête de renfort. Quatre infirmières de l'unité étaient en congé de maternité.

Il a été indiqué que l'absentéisme du personnel était faible.

Les réunions organisées dans le service sont les suivantes :

- **la réunion clinique, dite « pluri-professionnelle »**, qui se tient le mardi avec un médecin, le psychologue et l'assistante sociale référents, des soignants de l'unité et du CMP, ainsi que la cadre de santé. La situation de la moitié des patients est évoquée à chaque réunion ;

- **le « flash »** d'information, qui se déroule tous les matins de la semaine à 9h, au niveau des services centraux du pôle, avec les médecins, les assistantes sociales, les psychologues, les cadres de santé des unités et le cadre supérieur de santé. Le point est fait sur les entrées et sorties et sur l'état clinique de certains patients hospitalisés ;
- il n'existe pas de **réunion « soignants-soignés »** dans l'unité. Il a été indiqué qu'une réunion mensuelle sera mise en place à compter d'octobre 2012, avec les patients volontaires, le psychologue référent, un infirmier et la cadre de santé. « La discussion se fera à partir des questions posées par les patients ».
- **la réunion institutionnelle**, qui se tient trois fois par an avec tous les personnels présents et ceux participant au fonctionnement de l'unité, y compris l'équipe de nuit. La dernière réunion s'est tenue en juin 2012 et a porté sur la mise en place de la réunion « soignants-soignés » ;
- **les transmissions** journalières, qui ont lieu à chaque relève du personnel, principalement entre 13h45 et 14h15 mais aussi à 6h30 et à 20h45.

A compter d'octobre 2012, une réunion périodique sera organisée pour donner aux patients volontaires pour y assister une information sur les médicaments. Cette initiative a été prise conjointement par les médecins et les infirmiers.

4.2.4.4.3 Les locaux

L'unité Mucchielli est située dans le même bâtiment que les unités Anne de Bretagne et Pierre Janet ; elle est disposée au milieu des deux. A ses extrémités, une porte de circulation permet de rejoindre chacune des deux autres unités, notamment en cas d'intervention urgente à la suite d'un incident.

Les locaux suivants sont répartis en deux niveaux et trois ailes, avec une communication libre entre les deux :

- **Les chambres**

Les chambres individuelles ont une superficie variant de 9,50 m² pour la plus petite à 16,86 m² pour la plus grande, la plupart ayant une surface d'environ 13,50 m².

Les trois chambres doubles, qui se trouvent toutes à l'étage, ont une superficie respective de 14,59 m², 14,93 m² et 16,86 m².

Les chambres du rez-de-chaussée sont équipées d'un lit médicalisé avec une commande électrique à la tête du lit ; certaines dotées de tables adaptables.

Les portes des chambres ont un oculus vitré (0,36 m sur 0,26 m) recouvert d'un film mais dont un angle est le plus souvent décollé, ce qui permet de voir dans la chambre depuis le couloir. Il n'y a pas de verrou intérieur. Les noms des personnes ne sont pas apposés sur les portes dans le couloir. Les chambres sont fermées à clef quand les patients sont en permission de sortie.

Les fenêtres sont équipées de deux ouvrants vitrés oscillo-battants. Les stores sont manœuvrables de la chambre.

Les murs sont tapissés de papiers peints sur un petit nombre de patients ont collé des photographies. Dans une chambre, une patiente a mis des fleurs du parc dans un vase.

Des traces d'humidité et des infiltrations sont visibles dans plusieurs chambres.

Les sols sont carrelés ou recouverts d'un linoléum.

Les chambres sont chauffées par des radiateurs. Des détecteurs de fumée sont fixés au plafond.

Dans certaines chambres, la table et la chaise, voire la table de chevet, ont été retirées « pour une personne démente » ou sont manquantes. Dans les chambres doubles, il n'y a toujours qu'un seul lavabo – avec miroir au-dessus mais sans paravent – et parfois qu'une seule armoire ou un seul placard, ce qui oblige les patients à partager la seule étagère et à tasser leurs vêtements de chaque côté de la penderie. Les armoires nouvellement installées sont munies de serrures mais la livraison ne comportait pas les clefs.

Une poubelle se trouve dans chaque chambre ; les ASH gèrent les sacs-poubelles.

Les boutons d'appel des chambres sont hors service.

- **La chambre d'isolement**

Faute d'autre structure de prise en charge, la chambre d'isolement est utilisée de manière chronique pour un jeune patient autiste, présent depuis quelques mois et qui retourne tous les week-ends chez ses parents.

Située au rez-de-chaussée de l'unité, la pièce, d'une superficie de 8,43 m², est une composante d'un espace aménagé spécialement, avec un sas de 4,75 m² donnant sur une salle d'eau de 4,26 m² (avec douche, lavabo et WC) et un dégagement de 20,37 m².

Ce dernier constitue le lieu de vie principal de l'espace qui, au total, couvre une superficie de 37,81 m² ; grâce à deux larges fenêtres, il est très clair et est meublé avec un matelas posé à même le sol, un fauteuil, une table d'hôpital, une chaise en plastique. Le patient dispose d'un poste de radio et d'un sac à dos en toile qui lui appartiennent. Des revues sont posées sur le rebord des fenêtres.

- **Les espaces communs**

Le premier niveau ouvre sur un hall où les patients peuvent s'asseoir dans des fauteuils et qui donne sur le bureau infirmier. De là, partent trois couloirs :

- celui situé à droite dessert :
 - d'abord une première salle, (17,73 m²), la bibliothèque – pauvrement dotée d'une dizaine de livres – meublée d'une table ronde et trois fauteuils et équipée d'un téléphone mural fonctionnant avec une carte ;
 - en face, une salle de jeux (16,79 m²), fermée le soir, permet de jouer à des jeux de société sur une table ronde ;

- en bout de couloir et à la perpendiculaire de ces deux pièces, se trouvent une salle de télévision (25,86 m²), meublée de dix fauteuils, de deux tables basses et d'un baby-foot ;
 - deux WC, réservés l'un pour les patients et l'autre pour le personnel, complètent le secteur.
- d'une largeur de 1,30 m, le couloir central dessert – outre cinq chambres et l'espace occupé par la personne autiste – la pièce de détente du personnel, une lingerie, deux bureaux médicaux, la pharmacie, deux WC, une salle de bains et une douche dont l'accès oblige à franchir une marche, ce qui s'avère particulièrement handicapant pour certains patients.
 - L'aile gauche comprend :
 - un local pour le linge sale ;
 - quatre WC (deux pour les patients, deux pour le personnel) équipés de verrous intérieurs
 - l'office de cuisine ;
 - une vaste salle à manger (79,57 m²), meublée de tables rondes, de chaises, d'une fontaine à eau et d'un casier mural de rangement de serviettes ; la pièce, décorée, donne sur le jardin de l'unité ;
 - dans le prolongement, en bout d'aile, se situe une salle d'activités avec un téléviseur, des fauteuils, des tables basses et une table de ping-pong

L'ascenseur entre les deux étages fonctionne.

L'étage présente la même disposition.

Le bureau de la cadre de santé est situé à proximité du hall d'entrée où quatre fauteuils bas permettent de recevoir de la visite.

L'aile droite, accessible par trois marches, comporte un local pour les ASH, deux WC avec verrou intérieur (patients/personnel), une douche – dont les murs sont très dégradés du fait d'importantes traces d'infiltration d'eau – et cinq chambres.

Repeint en rose, le couloir central dessert un bureau médical, un local pour le linge propre, des sanitaires (avec deux douches – avec marches –, une baignoire et un WC), deux WC (avec verrous à l'intérieur), sept chambres et, à l'extrémité, une bagagerie.

L'aile gauche comprend un local pour le linge sale, un local réservé aux ASH, deux vestiaires pour le personnel, des sanitaires (avec deux douches, une baignoire et deux lavabos), deux WC (avec verrous à l'intérieur) et six chambres. Le couloir a été repeint en orange.

- **Le jardin**

Le jardin, qui fait office de cour, entoure l'aile centrale de l'unité sur une superficie de 665 m². Le jardin est en herbe – avec des massifs de fleurs – et comprend plusieurs arbres anciens offrant d'importants ombrages, notamment à un terrain de pétanque.

Une grille d'accès est utilisée pour la livraison des repas, ainsi que lors du retour d'un patient détenu dans son établissement pénitentiaire d'origine escorté par des agents de l'administration pénitentiaire. Un escalier en colimaçon sert d'issue de secours pour l'étage.

Les patients peuvent se rendre dans le jardin depuis les ailes droite et gauche du rez-de-chaussée, la porte de cette dernière étant élargie et donnant sur un plan incliné qui permet aux personnes de s'y rendre sur un fauteuil roulant. Les portes sont ouvertes de 7h à 20h45.

Le jardin est ré ouvert à 22h pour les fumeurs, voire occasionnellement plus tard dans la nuit.

Il comporte des tables et des chaises en plastiques, ainsi que des cendriers.

4.2.4.4.4 Le fonctionnement de l'unité

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

L'unité Mucchielli est une unité **fermée**. La liberté d'entrer et de sortir de l'unité est « conditionnée par l'état clinique du patient, non par le statut de son hospitalisation ».

Les portes des chambres ne sont pas fermées à clef, sauf entre 11h et midi, période pendant laquelle les ASH en font le ménage.

- **Arrivée dans l'unité**

Le premier entretien a lieu en général avec l'interne. Le psychiatre voit l'arrivant au plus tard le lendemain. Dès le premier entretien, le statut d'hospitalisation sous contrainte est évoqué avec le patient.

Trois infirmiers sont mobilisés pour la procédure d'admission : le premier prend en charge l'organisation des soins somatiques et la mise en place du traitement ; le deuxième s'occupe des appels téléphoniques à passer et fait, le cas échéant, le lien avec l'extrahospitalier ; le troisième assure l'entretien d'accueil en binôme avec l'aide-soignant présent.

Le livret d'accueil est remis le jour même, ou le lendemain si l'état clinique ne le permet pas le premier jour.

Une attention particulière est portée à l'attribution des chambres du fait, d'une part, de l'existence de chambres doubles, d'autre part, de leur répartition sur deux niveaux et, en outre, de la nécessité de franchir des marches pour rejoindre les chambres situées dans l'aile droite. « En bas, nous plaçons les personnes ayant des difficultés pour se déplacer, les personnes âgées pour les soins de nursing, celles nécessitant une plus grande surveillance et, si la place le permet, les personnes très alcoolisées ».

- **Biens personnels**

Les cartes bancaires et l'argent liquide sont retirés pour être transmis au bureau du Trésor public ; si la personne n'est pas d'accord, elle peut décider de les conserver à condition de signer une décharge de responsabilité. Lorsqu'est relevée une tendance compulsive à consommer, le tuteur ou le curateur est saisi.

Les patients peuvent choisir de placer des effets personnels à la bagagerie, comme cela était le cas au moment du contrôle, du fait de l'absence de serrures posées sur les nouvelles armoires (cf. *supra*).

Un inventaire des objets retirés est établi de manière contradictoire.

- **Hygiène (corporelle, vestimentaire)**

L'accès aux douches s'effectue dans des créneaux horaires précis, le matin (entre 6h30 et 10h30) et en fin d'après-midi. La salle de bains et les douches de l'étage ne sont accessibles que le matin. Les douches sont toutes équipées d'un robinet mitigeur et d'un tuyau flexible.

Les contrôleurs ont constaté que tous les patients présents, hormis la personne occupant le secteur comprenant la chambre d'isolement, portaient leurs vêtements personnels. Il a été toutefois indiqué que les entrants étaient soumis au port du pyjama bleu de l'hôpital pendant une phase d'observation dont la durée diffère selon la pratique des médecins ; en outre, en cas de non-respect d'une autorisation de sortie ou de constatation d'un état d'ébriété, le patient est mis en pyjama.

- **Entretien des locaux**

Il est effectué du lundi au samedi par les ASH qui sont affectés à l'unité.

Les chambres sont nettoyées en fin de matinée.

- **Repas**

Les repas des patients sont pris en commun, sauf le premier jour pour un entrant ou si l'état clinique conduit le médecin à décider qu'il le soit en chambre. Au moment du contrôle, tous les patients prenaient leur repas dans la salle à manger en un service unique ; le patient autiste qui occupait la chambre d'isolement prenait ses repas seul à l'office.

Ils sont servis à 8h30, 12h et 19h. Un goûter a lieu à 16h et une tisane à 22h.

L'unité ne procède pas à des repas thérapeutiques.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)**

Les visites sont possibles tous les jours de 14h30 à 18h30 mais « on s'adapte si nécessaire ». Elles ont lieu, dans l'unité, dans les différents salons ou en chambre (si elle est individuelle) ou dans le parc. Les mineurs n'étant pas autorisés à entrer au sein de l'unité, les visites se déroulent dans ce cas, dans un salon situé à l'entrée au niveau de l'entresol.

Les patients conservent leurs téléphones portables personnels, sauf contre-indication médicale particulière. Ils peuvent appeler et être appelés du poste téléphonique à disposition dans la bibliothèque ; les cartes téléphoniques sont vendues à la cafétéria. Les

appels extérieurs passés par l'intermédiaire du bureau infirmier sont transmis aux patients sur un poste téléphonique installé dans le hall d'entrée. Plusieurs patients se sont plaints auprès des contrôleurs de l'absence d'intimité lors des communications téléphoniques.

La correspondance est totalement libre. En cas de courrier adressé à un employeur, la situation est portée à la connaissance du médecin du travail ou du médecin de prévention. Les patients postent eux-mêmes leur courrier ou le remettent au personnel qui le transmet au vaguemestre de l'hôpital. Le courrier adressé aux patients arrive le matin dans l'unité et leur est distribué individuellement par le personnel.

- **Informatique**

Un patient peut disposer de son ordinateur portable et est mis en garde contre le vol. Un seul patient présent dans l'unité en avait un au moment du contrôle.

Il n'est pas possible d'aller sur Internet, notamment pour consulter sa messagerie électronique, sauf à partir d'un poste de l'unité, ce qui est autorisé ponctuellement pour un objet précis (exemple : un e-mail adressé à un employeur). Selon les témoignages recueillis, il y aurait de plus en plus de réclamations de la part des patients sur ce point.

- **Télévision, radio et presse**

Deux salons sont équipés d'un téléviseur (cf. *supra*). Les postes sont éteints aux alentours de 22h30, au terme du programme diffusé en début de soirée.

Comme les contrôleurs l'ont noté lors de leur visite, les patients sont autorisés à avoir un poste de radio dans leur chambre, de même qu'un baladeur audio. Une attention particulière est portée sur le cordon d'alimentation qui peut être retiré pour certaines personnes.

L'unité est abonnée au quotidien *Ouest France* qui est reçu tous les jours, sauf le dimanche.

- **Tabac**

Les patients achètent eux-mêmes leur tabac, certains accompagnés par le personnel. Lorsqu'une personne n'est pas autorisée à quitter l'unité, le personnel peut procéder à l'achat.

L'unité a fait le choix de « refuser de gérer la consommation » de tabac des patients : « ce faisant, on ne donne pas prise et les choses se régulent. Cela reste néanmoins un sujet fréquent lors de nos transmissions ».

Certains patients confient cependant leur propre tabac au personnel, par crainte des vols qui resteraient rares, selon les témoignages recueillis, de même que les sollicitations insistantes des patients entre eux : « Ils s'arrangent plutôt bien entre eux ».

- **Activités et sorties**

En dehors de l'unité, les patients ont accès sur prescription médicale aux ateliers d'ergothérapie et peuvent se rendre au CSTC et au sport.

Ils peuvent aussi participer aux activités, thérapeutiques ou simplement occupationnelles, organisées au sein de l'unité ou en mutualisation au sein du pôle. Le choix

a été fait de ne pas faire appel à des intervenants extérieurs mais de solliciter les ressources existant au sein du personnel.

Au moment du contrôle, le programme hebdomadaire de ces dernières était le suivant :

- lundi, musicothérapie (deux patients) ;
 - mardi, atelier d'écriture (cinq patients) ;
 - jeudi, esthétique et relaxation (quatre patients) ;
 - vendredi, arts plastiques (trois patients).
- **Relations sexuelles**

« Les relations sexuelles entre patients de l'unité sont possibles dès lors qu'est vérifié le consentement des personnes. »

Selon le personnel rencontré par les contrôleurs, cela reste une situation marginale et chacune est soumise à discussion avec les personnes concernées et au sein de l'équipe soignante.

- **Isolement et contention**

La chambre d'isolement n'est plus utilisée à cette fin depuis 2011. En cas de besoin, celle de l'unité Anne de Bretagne est sollicitée en priorité avant celles d'autres pôles (cf. *supra* § 4.2.4.3). Il arrive cependant de fermer la chambre individuelle d'un patient nécessitant un temps d'« apaisement ».

Le recours à la contention est « ponctuel, pour apaiser une personne », notamment au moment de son endormissement. La contention ventrale peut aussi être utilisée pour maintenir une personne dans la bonne position lors du repas et d'éviter ainsi qu'elle fasse une « fausse route ».

- **Incidents**

Le personnel évoque l'introduction fréquente d'alcool par le jardin ou le parc, voire à l'occasion de retour de permission de sortie ; c'est alors un motif de suppression des sorties lorsqu'elle est avérée.

L'introduction de cannabis serait variable selon les périodes et la personnalité des patients présents.

4.2.4.5 L'unité Pierre Janet

4.2.4.5.1 Les patients

La capacité théorique de l'unité Pierre Janet est de **vingt lits** répartis en treize chambres individuelles et trois chambres doubles. Une vingtième chambre a été spécialement aménagée pour un patient autiste (cf. *infra*).

L'unité Pierre Janet est une unité **ouverte** pour patients de long séjour ; les personnes hospitalisées sous contrainte y bénéficient d'autorisation de sortir dans l'enceinte de l'hôpital.

Les sorties de l'unité sont rares, en raison des difficultés pour trouver des solutions alternatives d'accueil dans des structures médico-sociales. Une seule sortie a eu lieu en 2012, la précédente étant survenue en 2010 : le premier patient a été rapproché de sa famille et a été pris en charge en hôpital de jour ; le second a été admis dans une maison de retraite.

Au moment du contrôle, deux sorties étaient en cours de préparation : l'une en famille d'accueil, l'autre en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Au jour de la visite, l'unité comptait dix-neuf patients présents (treize hommes et six femmes) :

- treize personnes étaient en admis en soins libres ;
- deux étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- quatre étaient admis en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), dont une personne détenue.
- aucune personne n'était notée en soins ambulatoires sous contrainte.

Le patient le plus âgé avait 68 ans et le plus jeune, 22 ans.

La plus longue hospitalisation datait de 1993.

L'unité ne connaît ni « surpeuplement », ni sur-occupation.

L'unité ne dispose plus de chambre d'isolement, celle-ci ayant été réutilisée avec une autre chambre pour accueillir un patient autiste.

La vingtième chambre a été aménagée, à proximité de l'ancienne chambre d'isolement, pour servir de lieu de vie à un jeune patient (22 ans), présent depuis six ans dans l'unité. « Ce jeune homme est un autiste très déficitaire : il n'a pas d'accès au mot et à la parole ». Quand son état le permet, il est dans sa chambre le matin et passe l'après-midi dans la deuxième pièce mise à sa disposition et sort dans le jardin ; à l'inverse, il reste dans la chambre dite « d'apaisement ». Avec le temps, le personnel a décelé chez lui une appétence pour le jeu de ballon et une sensibilité à la musique – sa pièce de vie a été aménagée avec des enceintes insérées dans le plafond qui diffusent de la musique. Sa chambre est revêtue d'un enduit spécialement prévu pour faciliter le nettoyage, du fait de sa propension en début de séjour à répandre ses excréments sur les murs. Il est noté une amélioration de son état : « depuis deux années, il n'y a plus d'accident de travail pour le personnel ; auparavant, il y en avait trois par mois. Le personnel a appris à le prendre en charge en lien avec le pédopsychiatre qui le suit et n'utilise plus que rarement la contention, alors qu'il était au départ sanglé 24 heures sur 24 ». Ce jeune homme est totalement isolé socialement et sa famille ne vient plus le voir. Il a été mentionné que la seule perspective était une admission en maison d'accueil spécialisée (MAS) pour des personnes autistes.

4.2.4.5.2 Le personnel

- *L'effectif du personnel paramédical de l'unité*

	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmier Jour</i>	9	8,5
<i>Aide-soignant Jour</i>	5	4,9
<i>ASH</i>	2	2
<i>Total</i>	17	16,4

- **L'organisation du service**

Un psychiatre (0,3 ETP) est en charge de l'unité : il est présent au moins deux demi-journées par semaine (lundi et jeudi).

Un médecin généraliste du pôle (0,2 ETP) et une assistante sociale (0,2 ETP) interviennent chacun deux demi-journées par semaine.

Deux psychologues viennent en consultation à l'unité et un troisième est le référent institutionnel pour le personnel (les trois représentent 0,4 ETP).

Le personnel soignant est présent dans chaque unité à raison de quatre agents le matin et l'après-midi (trois le week-end).

La présence d'un personnel masculin n'est pas systématique dans chaque service. La parité est parfaite au sein du personnel soignant de l'unité.

Les agents portent en général sur eux l'appareil d'alarme dit de protection du travailleur isolé (PTI).

Les réunions organisées dans le service sont les suivantes :

- la **réunion hebdomadaire**, où le point est fait « sur les patients qui posent problème » et sur les projets en cours, avec la présence d'un psychologue, de l'assistante sociale et des soignants de l'unité ;
- la **réunion de soutien clinique**, destinée « à donner des conseils au personnel soignant confronté à des prises en charge difficiles », qui a lieu une fois par mois. La réunion est animée par le psychologue référent institutionnel qui organise des retours d'expérience ;
- la **réunion institutionnelle**, qui se tient à deux ou trois reprises chaque année, en présence du médecin psychiatre de l'unité. La dernière réunion a porté sur l'aménagement de la chambre d'isolement ;
- la **réunion « soignants-soignés »**, qui est animée une fois par mois par le psychologue référent institutionnel, avec les patients volontaires, en présence

des soignants et du cadre de l'unité. Une affiche est apposée quelques jours avant la réunion : « en moyenne, sept à huit patients participent ».

- les **transmissions** journalières, qui ont lieu à chaque relève du personnel : entre 6h30 et 6h45, entre 13h45 et 14h15 et entre 21h15 et 21h30.

Le cadre de santé de l'unité organise des points périodiques avec les soignants.

4.2.4.5.3 Les locaux

Les locaux de l'unité Pierre Janet sont accolés et communiquent avec ceux de l'unité Anne de Bretagne ; ils forment avec eux un U dont le centre est occupé par les deux jardins séparés par une haute haie. Ils sont sur deux niveaux également et offrent les mêmes caractéristiques.

L'ensemble est très propre.

Un ascenseur placé dans la cage de l'escalier dessert l'étage.

- **Les chambres**

Au rez-de-chaussée, se trouve une seule chambre - exception faite de l'ancienne chambre d'isolement qui lui est attenante. D'une surface de 10,25 m², elle dispose d'un lit, d'un lavabo et l'ameublement est constitué d'une table de chevet, d'une armoire, d'une table et d'une chaise.

Sont disposés dans le couloir une salle de bains et une salle de douche à l'italienne récemment rénovée, ainsi que des WC.

A l'étage, la petite aile est dédiée aux femmes et comporte six chambres à un lit et une à deux lits. Aucune de ces chambres n'a la même surface qui s'échelonne de 10 m² pour la plus petite à 15,60 m² pour la plus grande.

Une salle de bains (5,34 m²) dispose d'une baignoire et une salle d'eau (6,35 m²) comporte deux bacs à douche séparés. Deux WC complètent les sanitaires.

Séparé du secteur des femmes par le bureau du cadre administratif et le local à linge, l'autre secteur réservé aux hommes offre six chambres à un lit et deux à deux lits. Les surfaces des chambres individuelles varient de 8,88 m² à 9 m², l'une ayant une surface de 14,98 m² ; les chambres doubles ont une surface de 14,39 m².

Toutes sont aménagées de la même manière, avec deux placards dans les doubles.

Une salle de douche (10,44 m²) comporte trois douches séparées ; il n'y a pas de salle de bains.

Deux WC sont situés au milieu et à l'extrémité de l'aile.

- **L'ancienne chambre d'isolement**

Elle donne directement dans le couloir du rez-de-chaussée par une porte munie d'un œillette obstrué par un volet métallique fermant à clé.

La chambre mesure 3,50 m sur 2,41 m, soit une surface de 8,43 m². Elle comporte uniquement un lit fixé au centre de la pièce. Le sol est en carrelage et le chauffage se fait par le plafond.

Deux portes ouvrent d'une part sur des WC suspendus, en métal, et de l'autre sur un lavabo séparé d'une douche par un muret.

Dans le couloir, en face de la chambre d'isolement se trouve une chambre d'apaisement, sans porte, nue, avec un matelas à terre recouvert d'une housse plastifiée. C'est un lieu qui est occupé en journée par le patient qui est placé en chambre d'isolement.

Les murs de ces deux chambres sont revêtus d'une matière plastique permettant un nettoyage facile. (Voir encadré supra § 4.2.4.5.1).

- **Les espaces communs**

Un petit hall de 15 m² comprenant six fauteuils est situé à l'extrémité de l'aile des hommes au premier étage.

La salle qui communique avec l'unité Anne de Bretagne a une surface de 43,93 m² et comporte une table de ping-pong, un téléviseur et onze fauteuils. Sous un panneau d'affichage est fixée une boîte à idées.

La salle à manger, d'une surface de 64,17 m², est située à côté ; elle comporte six tables et vingt-deux chaises. Un office vient d'être refait à neuf avec du mobilier en métal. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'a pas été réinstallé de plaques chauffantes, ce qui pose des problèmes pour chauffer de l'eau.

Une salle de télévision, d'une surface de 9 m², dispose de huit fauteuils.

De l'autre côté du couloir, se trouve une pièce dédiée à l'accueil des familles avec quelques fauteuils ; ce local sert également de salle de repassage et d'activités avec, notamment, un ordinateur.

- **Les bureaux des soignants**

Le bureau des infirmiers (19,88 m²) est situé dans l'angle extérieur du bâtiment, à côté d'un local de détente équipé d'une cuisinette.

A l'autre extrémité, se situent les vestiaires des femmes et des hommes disposant de WC et d'une douche. Les agents regrettent que ces vestiaires ne soient pas séparés.

Un local de préparation des soins et de pharmacie est situé en face du bureau médical.

- **Le jardin**

Le jardin d'environ 500 m² est de même nature que celui de l'unité Anne de Bretagne dont il est mitoyen. Un espace a été réservé pour un potager et un espace pour des fleurs, actuellement non cultivés, faute d'un soignant pour s'en occuper.

Une porte ouvrant sur la rue, reste ouverte de 8h30 à 19h30.

C'est le seul endroit où les patients sont autorisés à fumer. Un auvent d'environ 2 m de large abrite une partie de l'angle intérieur des bâtiments.

4.2.4.5.4 Le fonctionnement de l'unité

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

L'unité est ouverte en permanence : « cette organisation est adaptée au long séjour des patients ».

Les chambres ne sont fermées et inaccessibles qu'entre 11h et 13h pendant la durée du ménage.

- **Biens personnels**

Une proposition est faite aux patients de laisser au coffre les bijoux, l'argent et leurs cartes bancaires (rares, chez les patients hospitalisés dans l'unité).

Tous les patients disposent individuellement d'une armoire ou d'un placard fermant à clef.

Il a été indiqué qu'il ne régnait aucune tension au sein de l'unité liée qui résulterait de vols de biens personnels.

- **Hygiène**

Les douches sont à l'étage. Elles sont ouvertes en début de matinée (de 7h30 à 9h30) et en fin d'après-midi (à partir de 17h jusqu'à l'heure du diner).

Le linge personnel est principalement envoyé à la buanderie de l'hôpital avec le linge sale de l'unité, pour y être nettoyé ; toutefois, au moment du contrôle, huit patients se rendaient par eux-mêmes au *Lavomatic*.

- **Entretien des locaux**

Les deux ASH en poste à l'unité en assurent l'entretien. Le ménage des chambres est réalisé entre 11h et 13h.

- **Repas**

Sauf pour le patient autiste dont la situation personnelle a été évoquée plus haut, les repas sont pris en commun dans la salle à manger, en un seul service. Les repas sont servis à 8h15, 12h et 19h. Un goûter a lieu à 16h et une tisane à 22h.

Deux repas thérapeutiques par an sont institués, « pour marquer les saisons », en juin et décembre.

Deux fois par semaine, un atelier de culinothérapie est organisé par les soignants : les patients les accompagnent pour faire les courses et participent à la confection des repas. Des invitations sont lancées aux professionnels de l'hôpital et à toutes personnes qui participent à la vie du service ; il a été précisé qu'une trentaine de personnes pouvaient être ainsi réunies.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, informatique)**

Les visites sont possibles entre 14h30 et 18h30 et se déroulent dans la chambre, le salon d'accueil du rez-de-chaussée ou le jardin. En réalité, très peu de patients reçoivent des visites.

Les patients conservent leurs téléphones portables ; au moment du contrôle, deux seulement en possédaient un. Il est possible d'appeler depuis le salon d'accueil des familles. Les appels extérieurs sont transférés sur un poste téléphonique situé au milieu du couloir du rez-de-chaussée, fixé à même le mur et sans aucune protection (cabine ou coque), au mépris donc de toute intimité. Il a été indiqué que ce problème de confidentialité avait été pris en compte et qu'il était prévu de déplacer ce poste dans le salon d'accueil.

Au moment du contrôle, aucun patient de l'unité ne possédait un ordinateur portable. Selon les informations recueillies, cela a déjà été autorisé dans le passé sur décision médicale.

L'unité a par ailleurs installé un ancien appareil du service dans une salle d'activités, afin de le mettre à disposition des patients pour des travaux de traitement de texte ou le visionnage de DVD.

- **Télévision, radio et presse**

La télévision est regardée dans les deux salons prévus à cet effet. Deux lecteurs de DVD sont installés auprès des téléviseurs ; les patients peuvent disposer dans leur chambre de leur lecteur de DVD personnel.

Les postes de radio sont autorisés en chambre. L'unité dispose d'un poste qu'elle met à disposition.

L'unité est abonnée au quotidien *Ouest France* qui est reçu tous les jours, sauf le dimanche.

- **Tabac**

Sauf à l'égard d'un patient qui aurait un problème de santé contre-indiquant la consommation de tabac, il n'est pas d'usage au sein de l'unité de se charger de la distribution des cigarettes. En règle générale, les patients se rendent eux-mêmes au bureau de tabac pour en acheter et certains ont l'habitude de remettre les cartouches au personnel : « la remise, paquet par paquet, les sécurise ». Selon les témoignages recueillis, le tabac est le point majeur de tensions entre les patients.

Il est possible de fumer dans le jardin de 7h30 à 22h, après la distribution de la tisane du soir.

- **Activités et sorties**

L'unité Pierre Janet est la seule unité du pôle où le personnel soignant doit se positionner comme référent d'une activité dans un domaine choisi.

Au moment du contrôle, les activités proposées aux patients étaient les suivantes : sauf pendant les vacances scolaires, la culinothérapie (deux fois par semaine), la balnéothérapie (le mercredi) et la musicothérapie en commun avec les unités Anne de Bretagne et Mucchielli.

« En fonction des disponibilités du service », deux infirmiers organisent, une fois par mois, des sorties, dans le cadre du projet « Curio-cité » : aller en ville, au cinéma, visiter un musée, naviguer sur la Vilaine... Plus ponctuellement, des sorties en campagne ou au bord de la mer ont lieu, la dernière ayant permis à des patients de visiter Saint-Malo en juin 2012.

Les patients ont également accès sur prescription médicale aux ateliers d'ergothérapie.

- **Relations sexuelles**

« Lorsque deux patients ont des relations sexuelles, on vérifie leur consentement, en discutant avec eux, individuellement. La discrétion doit être de mise ».

Il a été indiqué que, par le passé, une plainte avait été déposée à la suite de la dénonciation d'une patiente. Une enquête de police avait été diligentée, les personnes ayant été convoquées au commissariat de police. Les suites judiciaires données éventuellement ne sont pas connues. Un des deux patients a été changé d'unité.

- **Isolement et contention**

Faute de chambre d'isolement disponible pour cet usage, le patient dont l'état clinique justifie une telle mesure, est envoyé dans une autre unité.

Il a été indiqué que la contention était rarement utilisée, sauf ponctuellement à l'égard du patient autiste déjà évoqué et qu'elle ne constituait pas pour les autres patients une alternative à l'absence de chambre d'isolement dans l'unité.

- **Incidents**

Selon les informations recueillies, l'unité n'est pas confrontée à des introductions d'alcool et de produits stupéfiants.

En revanche, il arrive que des patients reviennent de sortie en état d'ébriété. Le patient est alors mis en pyjama pour une période de 48 heures et toute sortie de l'unité lui est interdite. En outre, il est procédé, sur prescription médicale, à un contrôle d'alcoolémie – et en cas de résultat positif, à une prise de sang – dont le résultat sert de fondement à l'entretien avec le patient qui est organisé par le médecin dans les jours suivants.

4.2.5 L'hospitalisation au secteur 35 G 07

4.2.5.1 Présentation du pôle

Le territoire du pôle se situe au Nord de Rennes. Il comprend neuf communes de la couronne rennaise Nord, la communauté de communes du pays aubinois, celle du Val d'Ille et le Sud de la communauté de communes de la Bretagne romantique ; l'ensemble de la population s'élève à 92 000 habitants ²⁴, en augmentation de 2 % par an.

Il s'agit d'un secteur périurbain et rural qui bénéficie d'une bonne desserte routière, par la « pénétrante » Rennes-Saint-Malo et par l'A84 qui en dessert le Nord-Est. Le point le plus éloigné est à 40 km du CHGR.

La population, d'origine rurale, montre un taux de recours aux soins psychiatriques inférieur à la population urbaine. 15 % des patients hospitalisés le sont sur demande d'un tiers et 5 % sur décision du représentant de l'État.

²⁴ Recensement de 2010.

Le pôle est divisé en quatre sous-secteurs, centrés sur Tinténiac au Nord-Ouest, Saint-Aubin d'Aubigné, au Nord-Est, Pacé au Sud-Ouest et Betton au Sud -Est.

Un médecin est référent pour chacun des sous-secteurs.

L'offre de soins du pôle est la suivante :

- trois unités d'hospitalisation à temps plein au CHGR :
 - l'unité Sainte-Elisabeth pour les sous-secteurs de Tintiniac et Pacé ;
 - l'unité John Cade pour les deux autres sous-secteurs ;
 - la troisième unité, Saint-Vincent, « intersectorielle », unité de soins au long cours accueillant essentiellement des patients atteints d'autisme, de psychose grave déficitaire, de troubles neurologiques et de suites d'alcoolisme grave ;
- un hôpital de jour ;
- deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- trois centres médico-psychologiques (CMP).

Les locaux de l'unité Saint-Vincent, qui ont fait l'objet d'un avis défavorable de la commission de sécurité, sont destinés à fermer.

Les données d'activité pour 2011 font apparaître :

- une file active globale de 1 880 patients, 777 en hospitalisation à temps complet, 218 en hospitalisation temps partiel et 1 388 en ambulatoire ;
- un nombre de 957 entrées pour les trois unités ;
- un nombre d'entrées en « surpeuplement » (patients non domiciliés dans le secteur) de 394, ce qui représente une proportion moyenne de 41 % des entrées et 64 patients accueillis dans d'autres unités.

La capacité du pôle est de soixante-huit lits d'hospitalisation à plein temps ; le nombre de lits pour 1 000 habitants est de 4,92 (cf. *supra* § 2.5). La durée moyenne de séjour a été de 15 jours à l'unité John Cade, 18 à l'unité Sainte-Elisabeth et de 300 jours à l'unité Saint-Vincent.

Le projet du pôle est axé sur le respect de la sectorisation, et même d'une sous-sectorisation, justifié par une politique de continuité des soins à proximité du domicile. Il s'affirme, corrélativement, contre le courant de la spécialisation psychiatrique par diagnostic.

Une association dénommée « Ensemble » est ouverte, aux soignants, aux soignés et à leur famille ; elle a pour vocation de contribuer au lien social par ses activités (Fête de la musique de l'hôpital, information en santé mentale). Elle a aussi pour but de favoriser les activités de médiation thérapeutique.

Les lits supplémentaires qui avaient dû être installés dans chacune des deux unités Sainte-Élisabeth et John Cade pour faire face à la sur-occupation depuis 2011 ont été démontés en août 2012. Aucune des deux unités n'a jamais eu de matelas au sol.

4.2.5.2 Le personnel commun à l'ensemble du pôle

4.2.5.2.1 L'effectif du personnel médical

	EPT
<i>Praticien hospitalier psychiatre</i>	4
<i>Praticien hospitalier généraliste</i>	1
<i>Interne</i>	1
<i>Total</i>	6

4.2.5.2.2 L'effectif du personnel sociaux éducatif et psychologue

	EPT
<i>Assistant socio-éducatif</i>	3
<i>Psychologue</i>	3
<i>Total</i>	6

4.2.5.2.3 L'effectif du personnel administratif et logistique

	EPT
<i>Assistant médico-administratif</i>	3
<i>Adjoint administratif hospitalier</i>	1
<i>Total</i>	4

4.2.5.2.4 L'effectif du personnel paramédical compétent pour toutes les unités d'hospitalisation

	EPT
<i>Cadre supérieur de santé</i>	1
<i>Infirmier de nuit</i>	10
<i>Aide-soignant de nuit</i>	5
<i>Total</i>	16

À l'exception de l'adjoint administratif hospitalier, de l'art-thérapeute, de l'ergothérapeute et du cadre supérieur de santé, tous les personnels sont répartis dans les sous-secteurs, au risque, mesuré, que cette répartition induise une incohérence de pratiques entre les sous-secteurs.

Les questions relatives au fonctionnement du pôle sont évoquées dans deux instances :

- le **bureau de pôle**, constitué des médecins et des cadres de santé, qui se réunit tous les deux mois ;
- le **conseil de pôle**, qui se tient trois à quatre fois par an et réunit les membres du bureau de pôle et les représentants des corps professionnels au sein du pôle ; en outre, depuis mai 2012, une représentante des usagers en est membre.

Le pôle a connu un important renouvellement de son personnel au cours des années 2006 et 2007 en raison de départs à la retraite. La situation s'est stabilisée et les mutations internes dans l'hôpital ne dépassent pas trois ou quatre par an, pour l'ensemble du personnel du pôle.

4.2.5.3 L'arrivée dans les unités d'hospitalisation

Les patients admis en soins libres arrivent sur indication médicale du CMP, dans leur majorité, ou, plus rarement, d'un psychiatre de ville, compte tenu du caractère rural d'une large partie du secteur. Une partie passe également par le SPAO.

Lors d'une arrivée, un soignant, le plus souvent un infirmier, accueille la personne, se présente et contrôle les documents d'entrée – ce qui a déjà été fait par le bureau des admissions.

Un inventaire contradictoire des effets est établi et les valeurs (espèces, cartes de crédit, chèques) sont conservés dans le bureau du cadre de santé dans l'attente d'être portées au bureau du Trésor public .

Si l'état de la personne ne permet pas de faire immédiatement l'inventaire contradictoire de ses effets, ils sont conservés dans une armoire fermant à clef.

Il a été indiqué que la mise en pyjama était peu fréquente, seulement pour prévenir les fugues ou « faire prendre conscience de l'hospitalisation ».

L'affectation dans une chambre du rez-de-chaussée est opérée en fonction des critères de séparation hommes/femmes, d'hébergement des mineurs et des patients détenus. Le placement en chambre individuelle tient compte du comportement de la personne et de sa pathologie. Il a été indiqué que le respect de l'ensemble des critères était parfois difficile et qu'il était arrivé que pour une entrée, on doive opérer quatre changements de chambres.

Le psychiatre informe les arrivants de leur mode d'admission, essentiellement les personnes hospitalisées sans leur consentement.

À chaque patient sont associés deux soignants référents ; l'un des deux, à défaut le cadre de santé, notifie aux patients en SDT ou SDRE les décisions d'hospitalisation et les

certificats médicaux. À cette occasion, il explicite de nouveau les droits et la procédure devant le JLD.

La notification revêtue de la signature du patient est retournée à la secrétaire du pôle qui l'envoie au bureau des entrées. En son absence, elle est envoyée par télécopie directement au bureau des entrées. Si le patient refuse de signer la notification, le refus est constaté par deux soignants qui signent le formulaire de notification.

La secrétaire du pôle gère également le calendrier des certificats. Il a été indiqué que l'établissement d'un seul des deux certificats de huitaine faisait suite à une consultation par un médecin, le praticien signataire du second avis se fondant le plus souvent sur les éléments du dossier médical.

4.2.5.4 Les activités

Cinquante-six activités de médiation thérapeutique sont organisées au sein du pôle : relaxation, balnéothérapie, équithérapie, randonnée, gym tonique, culinothérapie... ; certaines réunissent des patients des trois unités – atelier journal, détente musicale – d'autres ne sont conduites qu'au sein de chaque unité.

Les activités thérapeutiques sont prescrites quel que soit le statut juridique du patient. Elles font partie du projet de soins personnalisés. Pour les activités ayant lieu hors des locaux de l'unité, les patients admis en soins sous contrainte sont accompagnés.

Les médiations thérapeutiques, construites par un collectif soignant, sont une orientation fondamentale du soin à l'œuvre au secteur 35 G 07.

4.2.5.5 L'isolement et la contention

Chacune des unités est équipée d'une chambre d'isolement. L'utilisation de ces chambres dans le secteur 35 G 07 a fait l'objet d'une note en date du 20 octobre 2010 qui rappelle son cadre. Les conditions d'utilisation de ces chambres sont différentes selon les unités.

La chambre d'isolement de l'unité Saint-Vincent ne sert qu'aux patients de cette unité.

Celles des deux autres unités sont utilisées soit pour des patients déjà présents, soit pour des admissions. Le lit de la chambre d'isolement de l'unité John Cade est scellé au sol et permet la mise en place de contentions. La chambre de l'unité Sainte-Elisabeth ne dispose que d'un matelas au sol ce qui exclut toute possibilité de contention.

Il a été indiqué qu'à l'unité Sainte-Élisabeth, un patient s'était suicidé en se pendait avec un drap à un lit alors scellé.

La note rappelle que lorsque la contention n'est pas nécessaire, elle doit être évitée mais qu'il faut également parer au risque de suicide, nécessité à laquelle répond la chambre de l'unité Sainte-Élisabeth. Lorsqu'un risque de suicide est perçu et que la contention n'est pas nécessaire, c'est cette chambre qui est utilisée pour les placements en isolement et la personne ne dispose donc pas de lit.

Les patients placés dans les chambres d'isolement sont vus chaque jour par un psychiatre et par un généraliste. Le cadre supérieur de santé vérifie avec le logiciel CIMAISE la régularité de ces visites.

Dans aucune unité n'existe de registre d'utilisation des chambres d'isolement.

4.2.5.6 Les soins sous contrainte

Au cours de l'année 2011, 170 patients ont été hospitalisés à la demande d'un tiers et 46 sur décision du représentant de l'État (hospitalisation d'office avant le 1^{er} août 2011).

La secrétaire de chaque sous-secteur est en charge de gérer le calendrier de la procédure des soins sous contrainte ; chaque jour, un psychiatre est d'astreinte pour établir les certificats de 72 heures et de huitaine. Un deuxième médecin supplée, si nécessaire, le médecin du patient.

Les décisions d'hospitalisation sous contrainte (arrêté préfectoral ou décision du directeur de l'établissement) sont notifiées aux intéressés en principe par le cadre de santé de l'unité, à défaut par un infirmier.

L'avis du patient sur les programmes de soins n'est pas recueilli, contrairement à ce que prévoit l'article L.3211-2-1 du code de la santé publique.

4.2.5.7 Les événements indésirables

Une dizaine d'événements indésirables font chaque mois l'objet d'une déclaration. Pour prévenir les effets des actes de violence sur les soignants, le personnel masculin est réparti de façon équivalente dans toutes les unités mais il est difficile d'assurer cet équilibre le week-end.

Chaque unité est dotée de quatre PTI que tous les agents portent désormais en permanence ; il a été indiqué que cette discipline avait été difficile à imposer.

4.2.5.8 Le fonctionnement des unités

Les trois unités observent, à peu de chose près, les mêmes règles de fonctionnement :

- les **biens personnels** sont déposés dans le placard de la chambre dont le patient détient la clé. En cas d'abondance, le surplus est déposé en bagagerie ou dépôt de linge.
- les **valeurs** font l'objet au-delà de 20 euros, d'un dépôt au bureau du Trésor public du CHGR. Les objets précieux ainsi que ceux ayant une valeur fiduciaire peuvent aussi y être déposés ainsi que dans le coffre du bureau du cadre.
- les **téléphones mobiles** sont laissés à disposition et les appels sont libres sauf restriction médicale en cas d'abus ou de pression de la part d'autres patients. Les chargeurs sont déposés en casiers nominatifs au bureau des soignants pour des raisons de sécurité est-il précisé. Il a été indiqué par ailleurs que certains patients ne sont pas en état de s'en servir, notamment à l'unité Saint-Vincent.
- L'unité John Cade dispose d'une cabine à cartes, et l'unité Sainte-Élisabeth d'un *point phone* de réception mais il a été précisé aux contrôleurs que les appels sont en général reçus par les soignants sur leur portable de service qu'ils prêtent au destinataire. Cette pratique est systématique à l'unité Saint-Vincent.
- les patients sont tous habillés avec leurs **vêtements** personnels durant la journée ; selon leur degré d'autonomie, ceux qui le souhaitent peuvent laver

leur linge personnel au *Lavomatic*. Ceux qui ne peuvent sortir librement sont accompagnés. Pour les autres, le lavage peut être pris en charge par la buanderie centrale.

- **le tabac** est laissé à disposition sauf restriction ordonnée par le médecin. Pour les unités fermées, les sorties sont accompagnées et ont lieu toutes les heures sauf pendant les transmissions. Selon les informations recueillies, les personnes admises en SDRE et SDT sont accompagnées en cour sécurisée, les autres sont libres, avec toutefois un accompagnement à l'unité Sainte-Élisabeth. A l'unité Saint-Vincent, certains ne savent pas gérer leur consommation de tabac qui est donc contrôlée par les soignants ; ils leur distribuent entre une et vingt cigarettes par jour selon l'état du patient. Ceux qui sont autonomes et autorisés à sortir vont directement acheter dans le commerce. Pour les autres, c'est le cadre ou un soignant qui s'en charge. Les patients sont autorisés à sortir fumer de 7h jusqu'à 20h30, sauf à l'unité Saint-Vincent où ils ont librement accès à l'espace extérieur de 6h30 jusqu'à 23h.

Les contrôleurs ont cependant constaté que l'usage du tabac est largement répandu à l'intérieur des unités, ainsi d'ailleurs que celui d'autres substances.

- **la télévision** est installée dans tous les salons des unités et d'accès libre. Elle n'est pas prévue dans les chambres qui ne sont d'ailleurs pas équipées pour cela.
- lors de la visite, aucun patient ne possédait d'**ordinateur** dont l'usage n'est pas interdit ; le patient doit disposer d'une clé 3G pour accéder à Internet. Il est constaté que les ordinateurs servent, pour l'essentiel à regarder des films ou des clips vidéo. Certains qui participent à la confection du journal « JET SET », établi dans des ateliers thérapeutiques, sont amenés à pratiquer dans le cadre de l'atelier informatique. C'était le cas pour deux patients de l'unité Saint-Vincent.
- **la radio** est autorisée ainsi que le lecteur de DVD pour un usage compatible avec la tranquillité des patients.
- **les repas** sont servis à 8h30, 12h, 16h pour le goûter, 19h. Toutefois à l'unité Saint-Vincent, un premier service a lieu à 18h30 pour les patients sensibles. Les menus sont affichés la semaine précédente et il est pratiqué « l'aversion » qui consiste à changer un plat, que le patient n'aime pas, pour un autre.
- **les visites** sont autorisées les après-midis dans toutes les unités mais, selon les personnes rencontrées, le service offre une grande souplesse en s'adaptant aux jours et horaires de disponibilité des visiteurs.

4.2.5.8.1 L'unité Sainte-Élisabeth

4.2.5.8.2 Les patients

L'unité Sainte-Élisabeth est une unité **fermée** d'une capacité de **vingt-cinq lits** répartis dans dix-huit chambres, auxquelles s'ajoute une chambre sécurisée et d'isolement (CSI), située au rez-de-chaussée. Les chambres sont toujours ouvertes à l'exception de la CSI.

Deux chambres doubles peuvent recevoir un lit supplémentaire. Il a été indiqué que l'unité a pu utiliser jusqu'à vingt-huit lits, sans avoir recours à des matelas au sol. Le surpeuplement vient surtout des patients des sous-secteurs à dominante urbaine.

Lorsque les capacités d'accueil de l'unité sont saturées, les patients de deux sous-secteurs sont prioritairement orientés vers l'unité John Cade et, à défaut, vers d'autres secteurs, avec un objectif de retour dans les 72 heures. L'équipe tient à ce que les personnes des sous-secteurs de l'unité y finissent leur séjour d'hospitalisation afin de rencontrer les partenaires et d'initier un projet de soins.

Le jour de la visite, étaient présents vingt-quatre patients dont quatorze femmes ; trois patients, dont une femme, étaient en SDRE et trois hommes en SDT. Aucun patient n'occupait la chambre d'isolement.

Deux jours plus tard, vingt-six patients étaient accueillis dont une personne détenue sur le fondement de l'article D.398 du code de procédure pénale, laquelle était placée en chambre d'isolement sans que sa sortie ne puisse en être envisagée, faute de lit disponible.

Six patients n'avaient pas réellement de projet de soins ; ils étaient en attente de place dans un établissement de long séjour adapté.

4.2.5.8.3 Le personnel

a. L'effectif du personnel paramédical de l'unité

	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	0,8
<i>Infirmier Jour/nuit</i>	15	12,3
<i>Aide-soignant Jour/nuit</i>	6	6
<i>ASH</i>	2	2
<i>Total</i>	24	21,1

b. L'organisation du service

Deux psychiatres (0,8 ETP) interviennent à l'unité, chacun pour le sous-secteur dont il a la charge. De même, deux assistantes sociales (0,66 ETP) et deux psychologues (0,9 ETP) des sous-secteurs viennent en consultation au CHGR.

Un médecin généraliste du pôle (0,4 ETP) et deux psychiatres interviennent chacun deux demi-journées par semaine.

Le personnel soignant est présent dans chaque unité à raison de quatre agents le matin (trois infirmiers et un aide-soignant) et en principe quatre également l'après-midi. Dans les faits, l'équipe de l'après-midi est constituée de trois agents, un agent de l'équipe du matin exécutant son service de 9h à 17h45. Les prises de service le matin ont lieu à 6h30 (deux agents), 7h15 (un agent), 9h (un agent).

Le fonctionnement de l'unité se règle notamment dans les réunions suivantes :

- **une réunion de sous-secteur** par semaine pour chacun des deux sous-secteurs, réunissant les psychiatres, les psychologues, les assistantes sociale, le cadre de santé, un infirmier de l'extrahospitalier et un de l'unité ; y sont évoqués les cas de chaque patient hospitalisé avec son projet de soins personnalisé ;
- **un flash** d'information chaque matin avec les services centraux du pôle ;
- **une réunion soignants-soignés** toutes les deux semaines en présence des deux psychiatres ; en principe, les patients doivent y assister, dès lors qu'il s'agit d'un soin, mais il a été indiqué qu'ils ne viennent pas toujours ; y sont évoquées, sans ordre du jour préalable, les questions concernant la vie du service, le comportement des autres patients avec « reprise » en groupe ;
- **des réunions de transmission** d'une équipe à l'autre, chaque jour matin, midi et soir.
- **Une réunion sur l'addiction** le mercredi matin (commune avec l'unité John Cade) avec un psychiatre, un psychologue et un infirmier de chaque unité.

4.2.5.8.4 Les locaux

Ils sont répartis sur deux étages du même corps de bâtiment que les services centraux du pôle. L'entrée principale de l'unité se fait par le hall d'accueil, situé côté Sud, en saillie au milieu du bâtiment. On y arrive par une terrasse, desservie par un escalier et une rampe qui permettent de se rendre dans le parc de l'hôpital.

Ce hall comprend le bureau du cadre de santé, un bureau d'accueil des familles avec sa zone d'attente équipée de sièges, l'ascenseur et un escalier d'accès à l'étage ainsi que celui qui descend en sous-sol où se trouvent les vestiaires du personnel et les dépôts de matériel.

Un couloir perpendiculaire traverse le bâtiment dans sa longueur et longe les lieux de vie ainsi que les locaux de service réservés aux soignants.

L'ensemble de l'unité est ancien mais proprement entretenu ; les murs des locaux sont peints et en bon état et le mobilier est quasiment neuf.

- **Les locaux du personnel**

Situés au rez-de-chaussée, ils comprennent le bureau du cadre de santé, la salle de soins, la salle de préparation des soins où est installé un tableau d'appel des patients, le bureau des soignants (15 m²) deux bureaux médicaux, l'office (20 m²), un local de ménage (12 m²) ainsi qu'un local des poubelles (8 m²). L'office sert de salle de détente pour les soignants.

À l'étage, ils comprennent le bureau de la psychologue, un local à linge propre, un local à linge sale et un local de rangement du matériel d'entretien.

Les vestiaires du personnel et les locaux de réserve de matériel sont en sous-sol.

Les contrôleurs ont constaté que les locaux du personnel étaient exigus, notamment le bureau des soignants et les vestiaires en sous-sol, ces derniers étant mixtes, y compris les locaux sanitaires, et mal adaptés à cet usage.

- **Les locaux communs**

La salle polyvalente (40 m²) donne dans le hall ; elle est équipée d'une grande table de réunion de quinze fauteuils, d'une armoire dans laquelle sont placés un téléviseur et un meuble-bibliothèque contenant une centaine de livres. Cette pièce comporte une grande baie vitrée avec deux portes ouvrant sur l'extérieur. Une autre porte à deux ouvrants donne sur le couloir et le hall.

Le salon (55 m²) est éclairé par trois fenêtres donnant au Nord et une porte double ouvrant au Sud sur le parc. On y trouve un téléviseur, une bibliothèque, divers jeux de société, deux tables, dont une basse, huit fauteuils et dix chaises. La bibliothèque comprend une majorité de romans anciens dont il a été indiqué qu'ils sont rarement empruntés par les patients.

La salle à manger (65 m²) forme une arête sur la façade. Cette salle, très lumineuse, comporte cinq fenêtres à ouverture partielle ; elle est pourvue de sept tables et vingt-huit chaises. S'y trouvent aussi une fontaine à eau, une pendule murale et le second tableau des appels de patients.

La cour sécurisée, située au Nord, comprend un auvent abrité de 11 m² et une partie à ciel ouvert de 19 m². Le sol de l'abri est carrelé ; la partie extérieure est dallée et enclose par un grillage à mailles soudées de 2 m de haut. Cette cour est dotée d'un banc de 2 m et d'un cendrier. Le grillage est entouré sur le côté extérieur d'une haie d'arbustes formant écran. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette cour était très peu utilisée : « elle est à l'écart, à l'extrémité du couloir et sa surveillance est difficile pour les soignants. »

Trois **salles de bains** communes sont prévues, dont une au rez-de-chaussée. Celle-ci est équipée d'une douche à l'italienne avec mécanisme à jets, trois barres de maintien ainsi qu'un siège, une baignoire de 1,60 m sur 0,70 m, un lavabo avec tablette et miroir de 0,55 m sur 0,40 m, surmontés d'une applique électrique. S'y trouvent également un lave-bassin, un lève-malade électrique, une poubelle, un ensemble de trois patères ainsi que deux radiateurs de chauffage ; deux rampes au néon fixées au plafond assurent l'éclairage.

Les salles de bains de l'étage sont identiques, l'une étant, en outre, équipée d'un dispositif de nettoyage et désinfection sous pression d'eau et d'une fenêtre mais dépourvue d'éclairage au plafond.

Trois **cabinets d'aisance**, deux à l'étage, avec porte, sont réservés aux patients.

- **Les chambres**

Les dix-huit chambres de l'unité sont réparties sur les deux niveaux :

- au rez-de-chaussée, quatre chambres dont une à deux lits, soit cinq places ;
- à l'étage, quatorze chambres dont six à deux lits, soit vingt places.

Leurs surfaces varient de 12,5 m² à 14 m² pour les chambres individuelles et de 20 m² à 25 m² pour les doubles.

Elles sont toutes dotées d'un cabinet de toilette dont la surface varie de 2,5 m² à 7 m² pour le plus grand des chambres doubles. Tous comportent une porte séparative et sont accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR). Le cabinet de toilette des chambres

individuelles comprend un lavabo posé sur meuble ou tablette, avec miroir et applique lumineuse, et un WC suspendu avec barres d'appui. Celui des chambres doubles comporte en plus une douche à l'italienne avec siège. Outre l'applique, ils comprennent aussi un éclairage au plafond et la VMC. Certains bénéficient d'une fenêtre, mais le vitrage en est opacifié.

L'équipement de base comprend en plus du lit, une table de travail, une chaise, une table de chevet et un placard personnel fermant à clé. Ces éléments sont doublés dans les chambres à deux lits. Chaque chambre comporte, selon sa surface et son emplacement dans la structure, une ou deux fenêtres à panneaux coulissants à ouverture partielle de 0,11 m avec volet roulant extérieur commandé par manivelle ; une rampe lumineuse en tête de lit avec éclairage et prises électriques, une ou deux appliques au-dessus des tables, un radiateur de chauffage central et un détecteur de fumée complètent l'équipement. La porte comporte un oculus opacifié.

Les chambres du rez-de-chaussée sont équipées de lits médicalisés ; celles de l'étage sont pourvues de lits ordinaires.

Toutes les chambres sont dotées de boutons d'appel ; un voyant d'appel est installé au-dessus des portes à l'extérieur.

- **La chambre d'isolement**

Elle est située au rez-de-chaussée dans le couloir transversal à gauche de l'entrée. Elle comporte deux portes qui forment un sas, la deuxième étant munie d'un oculus. Une fenêtre fixe donne sur le parc, avec un volet roulant extérieur, manœuvré par le personnel qui détient la manivelle de commande. Au plafond sont disposés le radiateur de chauffage central, l'éclairage et un détecteur de fumée.

La pièce comprend aussi une deuxième porte communiquant avec la salle de soins qui lui est contigüe, elle aussi munie d'un oculus avec un rideau disposé du côté de la salle. Les murs sont de couleur jaune clair avec un soubassement de couleur ocre jaune.

Son mobilier se compose d'un lit en mousse gainée d'une bâche de protection, d'un matelas également protégé, d'un oreiller de même nature et d'un **seau hygiénique**. Un module électronique affichant la date, l'heure et la température est installé entre les deux portes. Il n'a pas été constaté la présence de dispositif de contention ni d'attaches sur le lit.

Au jour de la visite, une odeur fétide régnait dans la pièce.

La chambre d'isolement ne dispose pas en propre de salle d'eau. Pour sa toilette, le patient isolé est conduit dans la salle de bains commune, située à l'extrémité de la zone, en face du couloir.

4.2.5.8.5 Le fonctionnement de l'unité

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

L'unité est fermée.

Il a été indiqué que lorsqu'une personne détenue est hospitalisée sur le fondement de l'article D.398 du code de procédure pénale, elle est systématiquement placée dans la chambre d'isolement durant les premiers jours, ceci pour évaluer les risques de fugue. Elle

peut ensuite être hébergée dans une chambre du rez-de-chaussée, les médecins ne « validant » pas l'hébergement à l'étage pour ces patients, pas plus que pour les mineurs

- **Repas**

Ils sont pris collectivement dans la salle à manger.

- **Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, informatique)**

Deux téléphones muraux permettent aux patients de recevoir ou passer des appels par l'intermédiaire d'un agent qui fait appeler le numéro par le standard.

Sauf restriction médicale, les patients peuvent garder avec eux leur téléphone portable, les chargeurs étant, eux, conservés dans le bureau infirmier. Au jour du contrôle, une seule personne était privée de l'usage de son téléphone.

- **Accès à la cour et gestion du tabac**

Les patients fument dans la cour ou, pour ceux qui sont autorisés à sortir, dans le parc. Ceci exige, quel que soit le lieu, l'intervention d'un soignant, pour ouvrir la porte ou pour surveiller dans la cour les patients en soins sous contrainte lorsqu'ils ne sont pas autorisés à sortir, « ce qui prend du temps ». Par suite, des créneaux horaires ont été fixés pendant lesquels ces patients peuvent demander à aller fumer.

Au jour du contrôle, trois personnes ne pouvaient utiliser leur tabac à leur guise ; pour les autres, il était conservé par le personnel afin d'en limiter la consommation.

S'agissant de la consommation, fréquente par les patients, de la résine de cannabis, la politique suivie est la même que celle qui a cours à l'unité Morel du pôle 35 G 05 (cf. § 4.2.3.5) : il a été indiqué qu'un patient qui avait consommé de la résine de cannabis au sein de l'hôpital en avait été sorti par le médecin qui avait prescrit une suite de soins au CMP. En cas de doute, des tests urinaires sont pratiqués sur prescription médicale mais cette pratique est peu usitée par crainte de « se mettre en porte-à-faux avec les patients ».

- **Activités et sorties**

Au jour de la visite, dix personnes participaient à l'une des activités évoquées précédemment (cf. § 4 .2 .5 .4).

- *Relations sexuelles*

Les psychiatres interdisent toute relation sexuelle pour les patients hospitalisés : cette interdiction est un élément du projet de service. Les patients n'ont pas le droit d'entrer dans les chambres des autres patients.

Il est relevé que cette situation laisse toute possibilité à la pratique de relations entre occupants d'une même chambre mais qu'aucun incident en résultant n'a jamais été porté à la connaissance des soignants.

Le psychiatre et le médecin généraliste proposent clairement une contraception aux femmes, les instruisant de façon insistante de son éventuelle utilité.

- **Isolement et contention**

Le taux d'occupation de la chambre d'isolement n'est pas mesuré mais il est évalué par le personnel à 90 %. Cette occupation n'est pas que le fait des patients de l'unité compte tenu, notamment, de sa spécificité (impossibilité de contention) qui est connue des services centraux.

4.2.5.8.6 L'unité John Cade

Il s'agit d'une unité **fermée d'admission** en soins située au rez-de-chaussée haut du bâtiment Jacques Prévert ; le terrain sur lequel est bâtie cette structure étant en pente, le bâtiment comporte également un rez-de-chaussée bas.

On y entre par un sas qui ouvre sur un hall d'entrée, commun avec l'unité Sainte-Marie. Ce hall, auquel on peut accéder par les deux ascenseurs, distribue également le bureau des assistantes sociales, celui de la psychologue, chacun occupant 8,5 m², et la salle de visite des familles, commune aux deux unités. Celle-ci est équipée de deux banquettes à deux sièges, deux chaises et une table basse.

Un poste téléphonique avec son numéro affiché est installé, permettant aux patients de se faire appeler. Les deux ascenseurs conduisant aux étages arrivent également dans ce hall.

4.2.5.8.7 Les patients

La capacité théorique de l'unité est de **vingt lits** répartis dans douze chambres de la façon suivante :

- une chambre à trois lits ;
- six chambres à deux lits ;
- cinq chambres à un lit.

L'unité dispose, en outre d'**une chambre d'isolement**.

Le jour de la visite vingt-et-un patients y étaient hospitalisés, dont dix femmes :

- treize admis en soins libres, dont sept femmes ;
- deux admis en soins sur décision du représentant de l'État, dont une femme ;
- cinq en admission aux soins à la demande d'un tiers dont une femme ;
- une femme détenue, admise en application de l'article D.398 du code de procédure pénale, occupait la chambre d'isolement.

La personne hospitalisée depuis le plus longtemps était présente depuis quatorze ans, le patient le plus âgé avait 81 ans et le plus jeune, 19 ans.

Aucun lit supplémentaire n'est installé dans l'unité mais elle peut accueillir des patients en « surpeuplement ».

4.2.5.8.8 Le personnel

	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	0,8
<i>Infirmier Jour/nuit</i>	14	12,8
<i>Aide-soignant Jour/nuit</i>	6	6
<i>ASH</i>	2	2
<i>Total</i>	24	21,1

Chaque jour un des deux psychiatres des sous-secteurs est présent dans l'unité.

L'organisation des horaires du service est identique à celle de l'unité Sainte-Elisabeth.

L'unité dispose de trois PTI, utilisés par les agents qui se trouvent isolés.

La coordination s'effectue par les réunions suivantes :

- **réunion clinique**, chaque jeudi, après-midi avec les médecins, le cadre de santé, les infirmiers de l'unité, l'assistante sociale, la psychologue, les infirmiers des CMP de chaque sous-secteur ; y sont examinés les cas de tous les patients ;
- **réunion soignants-soignés**, chaque semaine, animée par la psychologue ; les patients sont fortement incités à y participer, en leur indiquant qu'elle fait partie du soin ; un compte rendu en est établi, et affiché en salle à manger ;
- **réunion d'organisation**, chaque trimestre, avec la cadre de santé et tout le personnel soignant ;
- **transmissions**, trois fois par jour, la cadre de santé y participant à midi et l'assistante sociale une fois par semaine.

4.2.5.8.9 Les locaux

Les locaux du personnel sont constitués d'une salle de 18 m², pour la préparation des soins, d'une salle de soins de 5,2 m², qui sert aussi de salle de soins esthétiques à raison de deux séances par mois, d'un bureau médical de 19 m², où se déroulent les entretiens et les réunions thérapeutiques, d'un office de 26 m², d'une bagagerie où sont déposés les effets personnels des patients, d'une salle d'entrepôt du matériel d'entretien.

Le vestiaire du personnel se trouve au sous-sol de l'unité, auquel l'on accède par l'escalier intérieur mais aussi directement depuis l'extérieur. C'est un vestiaire mixte installé dans un local exigü et mal adapté dont les équipements sanitaires sont mixtes eux aussi et peu commodes.

a. Les locaux communs

La **salle à manger** commune (60 m²) est divisée en partie par un muret surmonté d'une tablette pour constituer le salon de télévision avec sièges et fauteuils. La pièce comporte cinq tables et vingt-cinq chaises.

Un salon de détente et de visite des familles (17 m²) a été installé dans l'ancien fumoir. Il est meublé d'une banquette, quatre fauteuils, une table basse, deux chaises, un meuble servant de bibliothèque avec quelques livres, un téléviseur et un poste de radio avec enceintes détachées. Les contrôleurs ont constaté que cette pièce servait toujours de fumoir à en juger par la présence d'un cendrier et l'odeur de tabac qui y régnait.

La **cour** sécurisée de 25 m² est enclose par un grillage à mailles soudées de 2 m de hauteur. Elle est équipée d'un banc de 2 m de long mais ne comporte pas d'auvent. Il est précisé que cet emplacement étant le seul de plain-pied avec l'unité, la cour ne pouvait être aménagée ailleurs. Dans le cadre des activités médiatisées, il est prévu de l'entourer d'une haie d'arbustes et de plantes grimpantes.

Au rez-de-chaussée sont installées deux salles d'activité de 20 m² et 28 m² de surface, l'une servant à la pratique des arts plastiques.

L'unité dispose enfin d'une cabine ouverte avec un poste téléphonique pour réceptionner les appels dont il a été précisé qu'il était hors service.

b. Les chambres

L'unité comprend deux zones d'hébergement ; la principale est située à droite de l'entrée et de la salle à manger et comprend dix chambres, l'autre, dans le coin gauche, limitée par le salon de détente et l'office, comprend trois chambres dont la chambre d'isolement.

L'équipement mobilier de chacune est complet avec lit, table de chevet, table de travail, chaise et placard fermant à clé pour chaque patient. Une rampe équipe les têtes de lits et une applique est disposée au-dessus des tables et des lavabos, ainsi que des points lumineux ; un détecteur de fumée est fixé au plafond des chambres.

Les chambres comportent, selon leur capacité, une à trois fenêtres dont les ouvertures par panneaux coulissants sont limitées à 0,11 m avec un volet roulant extérieur commandé par une manivelle détenue par le personnel. Toutes sont accessibles aux personnes à mobilité réduite mais ne comportent pas de bouton d'appel ; les portes sont munies d'un oculus opacifié. **L'équipement sanitaire commun**

Les chambres à un lit ne comportent qu'un lavabo disposé sur une tablette, surmonté d'un miroir et d'une applique lumineuse.

Les chambres à deux lits sont dotées d'un cabinet de toilette séparé de 4,2 m², avec lavabo, douche à l'italienne et WC suspendus avec des barres d'appui. Un point lumineux est en place ainsi qu'une bouche de ventilation au plafond. Toutefois, la chambre n°03 ne comporte qu'un lavabo.

La chambre à trois lits ne comprend qu'un lavabo dans un cabinet de 2,5 m² fermé par un rideau coulissant.

Les locaux sanitaires communs sont constitués de deux salles - dont une accessible aux personnes à mobilité réduite - équipées d'une douche, d'une salle de bains dotée d'une baignoire, d'un local comprenant un WC fermé, de trois WC avec chacun un lavabo surmonté d'un miroir.

d. La chambre d'isolement

Elle occupe une surface de 11,5 m² et comporte un sas d'accès. La porte intérieure est munie d'un oculus ainsi que la cloison intérieure du sas. Le lit se compose d'un châssis métallique à quatre pieds sur lequel est fixé un plateau en contreplaqué, comportant des ouvertures pratiquées pour permettre le passage de sangles de contention.

Ce plateau supporte un matelas sécurisé. Les pieds de ce lit sont fixés au sol. La fenêtre peut être ouverte sur 0,11 m ; un radiateur est fixé au plafond ainsi que le point d'éclairage et le détecteur de fumée. Un **seau** en plastique est posé sur le sol ; un calendrier électronique avec affichage des jours, de la température et de l'heure est placé derrière l'oculus de la cloison du sas.

Le local sanitaire séparé fait face à la chambre. D'une surface de 6,5 m², il comprend un lavabo, une douche, un WC, tous séparés, et un placard à linge de couchage.

Il a été indiqué aux contrôleurs que ce local était également utilisé par les occupants des deux chambres du secteur qui ne disposent pas de toutes ces commodités.

4.2.5.8.10 Le fonctionnement de l'unité

Il est, pour l'essentiel, identique à l'unité Sainte-Élisabeth aux exceptions suivantes près.

Les activités de jardinage et d'art floral lui sont propres. Le jour de la visite, de nombreux bouquets de fleurs ornaient et agrémentaient différents locaux communs, notamment la salle à manger, le hall d'accueil, les salles de rencontre.... Il a été précisé que ces bouquets avaient été réalisés dans le cadre de l'activité de thérapie horticole qui a lieu le mardi après-midi.

La sortie des patients fait l'objet de consignes médicales, y compris pour les patients admis en soins libres de sorte que lorsque l'un demande à sortir, il faut vérifier les consignes le concernant sur le logiciel CIMAISE.

Aucun interdit exprès ne pèse sur les relations sexuelles des patients dès lors que les deux personnes sont consentantes, ce que vérifient les psychiatres.

Les problèmes de consommation de résine de cannabis et marijuana ont été soulignés : « on trouve de l'alcool et du shit dans les faux plafonds ». Il a été indiqué qu'un éthylomètre est parfois utilisé pour éviter de pratiquer des prises de sang. Des tests urinaires de consommation de cannabis sont effectués pour « signifier au patient que l'on sait ». Ayant constaté que des patients ajoutaient de l'eau au prélèvement pour fausser le résultat du test urinaire, celui-ci est effectué près d'un infirmier.

Selon les informations recueillies, l'unité compte presque constamment un patient nécessitant de tels tests. Cependant, dans la file active, le nombre de consommateurs d'alcool est supérieur à celui des consommateurs de cannabis.

4.2.5.8.11 L'unité Saint-Vincent

Il s'agit de l'unité de **soins au long cours** du pôle 35 G 07. Elle reçoit des patients souffrant d'autisme, de troubles du comportement ou psychotiques. Elle est installée dans des locaux sur deux niveaux, le rez-de-chaussée et un étage. Le rez-de-chaussée accueille les patients qui demandent une surveillance accrue.

Les bâtiments enserrant une cour intérieure d'environ 400 m² dont le côté ouvert est limité par un mur.

Cette unité devait déménager au début de l'année 2013 vers une structure en cours d'aménagement.

Le rez-de-chaussée comporte onze chambres dont une à deux lits, soit douze places, et une chambre dite d'apaisement.

L'étage comprend sept chambres dont quatre à deux lits, soit onze places.

Elle dispose au total de **vingt-trois lits et d'une chambre d'apaisement**.

Le jour de la visite, vingt-deux patients étaient présents dont deux femmes ; une personne était en SDRE et une en SDT.

Aucun patient n'occupait la chambre d'apaisement.

Une admission était en préparation en provenance d'une autre unité.

4.2.5.8.12 Les locaux

a. Les locaux du personnel

Ils comportent constitués le bureau du cadre de santé, le bureau des infirmiers (18 m²), une salle de soins (28 m²) avec son annexe de préparation, un office (18 m²), une pièce de réserve du matériel de ménage, un local de linge propre et un dépôt de linge sale, un vestiaire, un cabinet de toilette réservé au personnel.

b. Les locaux collectifs

- deux **salles à manger** : la première (60 m²) comprend une fontaine à eau, sept tables rondes, vingt-huit chaises, un meuble bas, une table de desserte. La pièce comporte une fenêtre ainsi qu'une porte ouvrant sur l'extérieur. L'autre est de même surface dont une partie, environ le tiers, sert aussi de salon avec téléviseur et lecteur de disques ;
- un **salon de détente et d'activité** de 22 m² et une **salle de séjour** de 25 m², avec un téléviseur, cinq fauteuils et une table ;
- un **salon d'accueil des familles** équipé d'une table basse et de fauteuils ;
- une **salle d'activité de culinothérapie** (15 m²) équipée d'un réfrigérateur, d'un four, d'un four à micro-ondes, d'un évier à deux bacs, d'une table de 0,80 m sur 1,40 m et d'un ensemble de placards hauts et bas ;

- **deux salles dédiées aux activités de musicothérapie et de gymnastique** situées à l'étage ; les contrôleurs n'ont pu les visiter, la personne détenant la clé de la porte étant absente au moment de la visite ;
- **une cour** d'accès libre de 200 m², close par un grillage à mailles carrées de 2 m de haut, agrémenté d'arbres et d'arbustes et comportant un abri couvert ; elle est meublée de bancs, chaises et tables de jardin.
- **deux WC.**

c. Les chambres et sanitaires

Trois chambres au rez-de-chaussée dont l'une a une surface de 13 m² et les deux autres 10 m² comportent pour seul mobilier un lit, à l'exclusion du matériel sanitaire. Chacune comporte une fenêtre à panneaux fixes surmontée d'une imposte ouvrante par câble souple, un point lumineux en tête de lit, un autre au plafond ainsi que le détecteur de fumée. Les portes permettent l'accès aux personnes à mobilité réduite (PMR) et sont munies d'un oculus.

La chambre n°01 est nue, mesure 9 m² et dispose seulement d'un lit dont les coins sont protégés par des bourrelets de mousse. La fenêtre est fixe et bloquée avec une imposte à ouverture partielle. Elle était occupée par un patient autiste souffrant d'accès de violence.

La chambre n°02 est à deux places et a une surface de 15,5 m². Elle est équipée normalement pour deux patients avec un lit médicalisé mais ne comprend pas d'élément sanitaire. Elle est éclairée par deux fenêtres.

La chambre n°043 mesure 12 m², ne comporte qu'un matelas de 1,40 m au sol sur lequel était couché un patient autiste le jour de la visite. Une housse pour ce matelas est commandée auprès de la lingerie centrale.

La chambre n°03 comporte un lit avec table de chevet, table chaise et armoire à deux portes fermant à clé, un lavabo avec au-dessus un miroir et un bloc lumineux, un éclairage au plafond ainsi que le détecteur de fumée. La fenêtre, verrouillée est surmontée d'une imposte à ouverture partielle commandée par câble sous gaine. La porte est munie d'un oculus opacifié.

La chambre n°04 contient un lit avec un matelas protégé muni d'un équipement de contention et d'une couverture. La fenêtre est opaque et bloquée, seule l'imposte s'ouvre partiellement. La pièce est nue hormis la présence d'un lavabo et du bloc lumineux. L'armoire a été déposée dans le couloir. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette pièce est affectée à un patient autiste violent qui passe ses journées dans une famille d'accueil et ses nuits, attaché en contention, ainsi d'ailleurs que tous ses moments de présence dans l'unité.

Il est aussi précisé que l'état de ces patients autistes exige la présence de personnel masculin de manière quasi constante, comme ont pu l'observer les contrôleurs.

La chambre n°05 ne comporte pas de lavabo.

La chambre n°06 est complète.

La chambre n°07 comporte un lit médicalisé et un lavabo mais aucun mobilier.

Les locaux sanitaires du rez-de-chaussée sont composés de :

- deux blocs sanitaires avec lavabos, l'un avec deux WC, l'autre avec trois WC, réservés aux patients ;
- deux locaux sanitaires comprenant une douche, un lave-bassin et un lavabo ainsi que des WC séparés ;
- une salle d'eau avec douche à l'italienne, barres de maintien et une chaise ;
- une salle de bains avec une baignoire.

L'étage comprend trois chambres individuelles, de 15 m² chacune, et quatre chambres doubles.

Les deux premières comportent un lit avec chevet, placard et fauteuil mais pas de table. Un lavabo est présent mais l'eau est coupée. Les fenêtres ouvrent partiellement à la française et les points lumineux sont en place en tête de lit et au plafond.

Un **poste sanitaire** avec lavabo complet et WC séparés est aménagé dans le dégagement qui sépare ces chambres de la n°103.

La troisième chambre est équipée d'un lit médicalisé électrique et du mobilier complet ainsi que des équipements électriques.

Face à cette chambre, un bloc sanitaire comprend une douche avec siège et patère, un lavabo complet avec glace et applique lumineuse, ainsi que des WC séparés. Un point lumineux est fixé au plafond ainsi que la VMC.

Les chambres à deux lits sont toutes équipées du mobilier pour deux personnes à l'exception d'une qui ne comprend ni chaise ni table. Toutes comportent deux fenêtres à claustra dont deux éléments de 30 cm sont ouvrants par pivotement vertical. Elles sont équipées de deux lavabos avec un miroir, une tablette et une applique électrique.

Un **bloc sanitaire** de 11 m² se trouve à mi-couloir avec une douche à l'italienne, un lavabo complet et un cabinet de WC séparé. Cette pièce est restaurée depuis peu et entièrement carrelée.

La chambre n°106 comprend en son milieu un muret séparatif de 3 m de long et 1,20 m de haut coiffé d'une tablette.

Le vestiaire occupe une surface de 18 m² et comprend un cabinet d'aisance séparé avec un lave-mains, un lavabo avec miroir et une douche avec déshabilleur. Ces équipements sont mixtes, peu spacieux, encombrés et mal adaptés à cet usage.

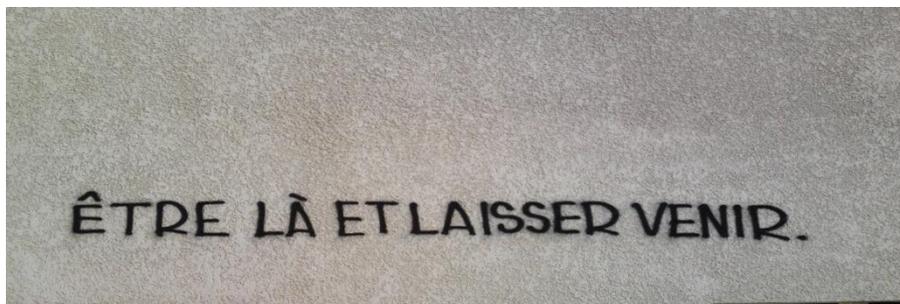
Les locaux de cette unité sont vieillots et peu pratiques compte tenu de la population des patients accueillis. Les peintures sont fatiguées ainsi que certains équipements, et le prochain déménagement est attendu avec impatience, mais aussi curiosité.

d. La chambre dite d'apaisement

Elle est située au fond du couloir, derrière un sas qui permet d'y accéder ainsi qu'à la salle d'eau attenante. Cette chambre de 9,5 m² est nue et ne dispose que d'un matelas au sol avec housse renforcée et couverture. Le sol est carrelé, la fenêtre est bloquée avec une imposte à ouverture partielle. Un point lumineux est fixé au plafond. Il a été indiqué que le chauffage est dispensé par le sol avec un thermostat de commande dans le sas.

La salle d'eau attenante comprend une douche à l'italienne avec une patère, une barre d'appui et un siège, un lavabo surmonté d'un miroir et un point lumineux. S'y trouve en outre un dispositif de désinfection et de nettoyage à pression d'eau.

4.2.6 L'hospitalisation au secteur 35 G 08



Le pôle-secteur 35 G 08 dispose d'une capacité de soixante lits d'hospitalisation complète pour une population sectorisée ²⁵ de 108 536 habitants, soit un ratio de lits par 10 000 habitants de 5,53 (la moyenne pour l'ensemble des pôles est de 6,08).

Sur le site central du CHGR, le pôle dispose de trois unités d'hospitalisation à temps plein, chacune de vingt lits plus une chambre de soins intensifs, soit deux unités d'admission Jean Wier et Racamier et une unité de réinsertion Henri-Laborit.

Les effectifs non médicaux de l'ensemble du pôle sont les suivants :

<i>Secteur 35 G 08</i>	N	ETP
<i>Cadre supérieur de santé</i>	1	1
<i>Cadre de santé</i>	4	3.8
<i>Cadre socio-éducatif</i>	0	0
<i>IDE J/N</i>	57.8	56.94
<i>Aide-soignant</i>	18.2	19.00
<i>ASH</i>	8	8
TOTAL	89	88.74

4.2.6.1 L'unité de soins Jean Wier

L'unité Jean Wier recevait au jour du contrôle trois personnes admises sans leur consentement : deux en SDT d'urgence et une en programme de soins SDRE. Elle comporte **vingt lits, une chambre d'isolement** et, depuis 2010, **deux lits supplémentaires**.

²⁵ Selon le recensement général de la population de 2009.

4.2.6.1.1 Les locaux

Il s'agit d'un bâtiment de construction récente, ouvert en 1998, accessible par deux niveaux : l'un donnant sur l'une des voiries circulaires du CHGR, à proximité de l'accès des pompiers, l'autre, depuis l'allée centrale, l'avenue Alfred Jarry, depuis laquelle il est signalé.

Il comprend un grand hall au rez-de-chaussée, où sont installés, de part et d'autre, les bureaux dédiés au secrétariat du secteur, derrière des cloisons vitrées et dans un couloir, les bureaux des médecins, des psychologues, assistantes sociales, le bureau du cadre supérieur de santé et des services centraux (coordination du pôle).

A l'étage, qui est accessible soit par un escalier, soit par un ascenseur, un hall fait le pendant de celui existant au niveau inférieur. Deux bureaux donnent sur cet espace, l'un dédié à l'accueil des familles, comportant des fauteuils et une table, l'autre réservé à un psychologue.

A droite du hall, un couloir distribue les accès à quelques salles d'activité et une salle de restauration où des repas thérapeutiques peuvent être pris en commun entre patients et soignants.

A gauche, une porte pleine, équipée sur le côté d'une sonnette, donne accès à l'unité d'hospitalisation à temps plein. Une fois entré dans l'unité, un vaste couloir parcourt le service. Il comporte trois ailes, avec des chambres, et sur sa partie droite, à l'angle de chaque aile, des salles communes destinées au repos des patients ou à des activités. L'une d'elles, la première après la porte d'accès à l'unité, est reliée à un jardin extérieur qui sert de fumeur. Lors du passage des contrôleurs, la porte donnant sur ce jardin était fermée.

Sur le côté gauche, des chambres sont installées ainsi qu'un bureau infirmier, derrière une cloison de verre l'isolant du couloir et créant un second passage pour y accéder. A gauche de ce second corridor est installée, derrière une porte ouverte lors du contrôle, la chambre d'isolement de l'unité.

Les patients peuvent se signaler au bureau infirmier en tapotant sur les vitres.

A droite, on peut accéder au bureau infirmier de l'unité. Masqués du couloir par des cloisons pleines, un bureau de soins et un bureau médical permettent au médecin généraliste de consulter et aux infirmiers de procéder à des soins.

Chaque aile comprend une salle de bains médicalisée. L'une d'elle a cependant été désaffectée et sert de salle de repos ponctuel pour des patients ayant besoin d'être séparés des autres.

Depuis 2010, l'unité comporte deux lits médicalisés et dispose d'une procédure expérimentale de gestion des lits.

Le jardin est séparé de la voirie du site du CHGR par une grille d'environ 2 m de hauteur, interdisant aux patients qui ont accès à cet espace, de pouvoir en sortir et aller circuler dans l'ensemble du domaine. Cette installation suscite des réactions assez vives des soignants qui invoquent l'aspect « carcéral » de cet aménagement. Il est indiqué qu'une haie vive devait être implantée pour limiter les circulations à l'extérieur du jardin de l'unité, mais que le choix aurait été fait, « à la demande de la préfecture », d'implanter ce grillage aux fins de prévention des fugues.

A l'étage, au bout du couloir à l'opposé de l'unité d'hospitalisation, trois salles sont réservées à des activités thérapeutiques pour des patients du secteur 35 G 08, qu'ils soient en hospitalisation à temps plein ou non :

- un atelier esthétique ;
- un atelier informatique comportant des séances d'initiation et permettant aux patients de communiquer, d'accéder à leur boîte mail ;
- un atelier de cuisine qui est prêté régulièrement au pôle « addiction et précarité » ;
- un atelier « arts floraux » ;
- un atelier de relaxation ;
- un atelier de créativité.

Un travail a été entrepris en partenariat avec la ville de Rennes pour associer les patients à des actions de développement culturel pilotées par la collectivité.

L'unité a été conçue à une époque où, selon des propos rapportés aux contrôleurs, « personne n'imaginait que les portes puissent être un jour fermées ».

Au cours de la première moitié des années 2000, soit deux ans après l'ouverture, des études de faisabilité, et des expériences ont été menées, afin de fermer une unité pour laisser les trois autres ouvertes. Cette situation a créé un certain « flottement » chez les équipes soignantes. Actuellement, la situation consiste à avoir des portes partout fermées, mais « ouvrables » à certaines périodes de la journée, selon la situation de l'unité – existence ou non de patients agités, susceptibles de fuguer.

4.2.6.1.2 Les effectifs

4.2.6.1.3 Personnel paramédical :

<i>Secteur 35 G 08</i>	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>IDE J/N</i>	8,9 /3,8	7,0/3,8
<i>Aide-soignant J/N</i>	3,8/2	3.80/2
<i>ASH</i>	3	3

L'effectif infirmier est de 8,9 agents, mais deux sont détachés à l'hôpital de jour. Parmi les personnels infirmiers de jour, effectivement affectés à l'intra hospitalier, trois sont des hommes et quatre sont des femmes.

L'équipe de nuit, 3,8 ETP, ne comprend qu'un homme.

4.2.6.1.4 Personnel médical :

Le personnel médical du secteur 35 G08 se répartit ainsi :

	Budgété	ETP
<i>Praticien hospitalier psychiatre</i>	4	3,9
<i>Assistant</i>	1	1
<i>Interne</i>	1	0
<i>Praticien attaché</i>	0	1

4.2.6.1.5 L'admission

La durée moyenne de séjour dans l'unité est de dix jours.

Il est fait état d'une habitude « sociologique » d'hospitaliser les personnes « ayant des comportements qui gênent ».

Cependant, il est relevé que l'existence d'un réseau dense de structures extra hospitalières est de nature à éviter les hospitalisations inadéquates, peu nombreuses dans l'unité Jean Wier, à la différence de l'unité Henri Laborit, du fait de listes d'attente importantes afin d'admettre des patients vers des institutions tels que les EHPAD.

4.2.6.1.6 Le projet thérapeutique

L'unité d'hospitalisation du secteur 35 G 08 présente les caractéristiques suivantes :

	Secteur 35 G 08
<i>Nombre de lits</i>	20
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	1
<i>Chambre sécurisée</i>	0

Pendant la visite des contrôleurs les modalités d'hospitalisation des patients présents étaient les suivantes :

<i>Unité Jean Wier</i>	Secteur 35 G 08
<i>Soins libres</i>	17
<i>Soins psychiatriques à la demande d'un tiers²</i>	5
<i>Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat²</i>	1

L'unité est, selon un soignant, « ouverte mais fermée » : un cahier de consultation disponible au bureau infirmier mentionne, pour chaque patient, les autorisations à sortir ou pas. Celles-ci sont indépendantes du statut d'admission des patients, est-il précisé. Un médecin reformule ce projet ainsi : « les portes sont ouvrables ».

4.2.6.1.7 La chambre d'isolement de l'unité Jean Wier

La chambre d'isolement est installée à la gauche du bureau infirmier à l'extrémité d'un couloir. Elle est séparée de celui-ci par une porte, susceptible de se fermer mais ouverte lors de la visite, délimitant un sas.

L'équipe soignante a établi une traçabilité de l'occupation de la chambre d'isolement depuis le début de l'année 2011, dont elle a donné communication sous forme anonymisée aux contrôleurs. Il en ressort que, du 1^{er} janvier 2012 au 17 septembre 2012, la chambre d'isolement a été utilisée à cinquante reprises, dont dix-sept fois pour des patients relevant du secteur 35 G 08.

La durée moyenne d'utilisation a été de 4,18 jours, avec une durée maximale d'occupation de vingt-cinq jours ; le taux d'occupation en a été de 87,7 % (88,18 % pour l'ensemble du CHGR). A quatorze reprises, les patients placés à l'isolement étaient admis en soins libres ; vingt-quatre étaient en SDT, neuf en SDRE et sept en SDRE au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Lorsque la chambre est vacante, elle est alors « prêtée » aux autres unités des différents pôles.

4.2.6.2 L'unité de soins Racamier

L'unité Racamier accueille des patients en hospitalisation à plein temps du secteur 35 G 08, regroupant Rennes métropole Ouest et le Pays de Brocéliande. Elle est composée de **vingt chambres individuelles et d'une chambre d'isolement**.

4.2.6.2.1 Les locaux

L'unité Racamier occupe des locaux neufs qui ont ouvert en 1998. Ils sont voisins de l'unité Jean Wier (cf. § 4.2.6.1). Situés au deuxième étage du bâtiment, on y accède, par des ascenseurs ou des escaliers donnant sur un vaste hall de plus de 80 m² de surface, qui dessert à droite les locaux du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) Armen et à gauche l'unité proprement dite.

Depuis ce hall, s'ouvrent une salle d'accueil des familles, de 19 m² de surface, et un bureau médical, de 20 m². Une porte en bois ferme l'accès à l'unité. Elle était **fermée** à clé lors de la visite des contrôleurs.

Au-delà de cette porte, un couloir, de 60 m de long, orienté Est-Ouest, dessert à **gauche côté Nord** successivement :

- le bureau du cadre de santé (24 m²) ;

- un bureau d'entretien (12 m²) ;
- un premier petit hall qui dessert :
 - une chambre d'isolement de 19 m² de surface donnant sur un local sanitaire comportant un WC, un lavabo, une douche à l'italienne. Elle est séparée du hall par un sas ;
 - une salle de soins (14 m²), une salle de préparation (14 m²) une salle de réunion (29 m²). Ces trois salles communiquent entre elles et avec le hall. Elles sont largement éclairées par des fenêtres qui occupent la totalité du mur au Nord. La salle de préparation des médicaments présente une baie vitrée au Sud qui donne sur le couloir et permet de surveiller les va-et-vient des patients depuis le poste de travail. Les salles de soins et de préparation sont équipées de placards muraux, de paillasse humides, de postes informatiques. La salle de réunion, également équipée d'un poste informatique, est meublée d'une grande table, de chaises (en nombre suffisant pour accueillir les équipes de matin et d'après-midi lors de la relève) et d'étagères.
- un deuxième petit hall qui dessert :
 - deux chambres médicalisées (20 m²) ;
 - un bureau d'entretien (12 m²).
- un troisième petit hall qui dessert :
 - le local de détente du personnel (26 m²) ;
 - un escalier de secours ;
 - les sanitaires du personnel où sont séparés les hommes et les femmes.
- un quatrième petit hall qui dessert les locaux pour les poubelles et le linge sale de 10 m² de surface chacun ;
- un cinquième petit hall qui dessert les vestiaires hommes et femmes du personnel, tous deux équipés d'une douche et d'un lavabo, et une deuxième cage d'escalier avec un ascenseur dont l'accès est fermé à clé ;
- en bout de couloir se trouve l'office, de 28 m², communiquant avec la salle à manger de 40 m² qui donne au Sud.

Afin de casser la perspective de ce long couloir, l'architecte a donné une certaine ondulation au mur délimitant les pièces exposées au Nord, les petits halls s'ouvrant alternativement dans la partie concave ou convexe de cette vague. L'aspect esthétique semble avoir prévalu sur les considérations sécuritaires qui peuvent être compromises par les nombreux recoins dans les petits halls.

A droite, le couloir donne accès alternativement à trois unités d'hébergement et à deux lieux de vies.

Les unités d'hébergement sont identiques. Un couloir orienté Nord-Sud d'une longueur de 20 m dessert :

- à gauche, un local pour le matériel de ménage, trois chambres à un lit de 15 m² chacune ;
- en bout de couloir, une chambre de 17 m² ; il a été précisé aux contrôleurs que dans ces chambres, plus grandes car destinées à accueillir des personnes en fauteuil roulant, un lit avait été ajouté jusqu'à l'ouverture de l'unité Sainte-Marie, en 2013 ;
- à droite, une salle de bains commune de 24 m², deux chambres à un lit, de 15 m² chacune, un salon de 17 m² ; l'unité du milieu du couloir ne comporte pas de salle de bains ;
- en bout de couloir, un escalier de secours extérieur donne sur un jardin clos. Les patients n'y ont cependant pas accès pour des motifs de sécurité et de risques de fugues. Les soignants regrettent cette interdiction, obligeant ainsi à autoriser les patients à fumer dans l'unité.

Toutes les chambres comportent un local sanitaire avec une douche à l'italienne, un WC et un lavabo. Elles sont équipées d'un lit, d'une table de nuit, d'une chaise et d'une table.

Le premier lieu de vie, de 40 m², est une pièce ronde, éclairée par quatre fenêtres, meublée de bibliothèques murales – dont les rayons sont entièrement vides –, de fauteuils, de deux tables rondes et équipée d'un poste de télévision.

Le deuxième lieu de vie est constitué de deux pièces communicantes, de 24 m² chacune. L'une d'entre elles sert de **fumoir**.

Il se dégage de cette unité une impression de luxe et de vide. Les patients sont dispersés dans les différents lieux de vie.

« Le lieu n'a pas de passé, pas d'âme. »

4.2.6.2.2 Les effectifs

a. Personnel paramédical

Il n'a pas été fait état de difficulté particulière pour recruter des agents. Les équipes de nuit sont rattachées au pôle. Elles ne sont pas spécifiquement affectées à une unité du pôle.

<i>Unité Racamier</i>	N	ETP
Cadre de santé	1	1
IDE de jour	9	8,6
Aide-soignant de jour	4	3,9
ASH	2	2

Une infirmière a une activité transversale autour de la culture, de l'informatique et des voyages. Elle accueille dans son activité, des patients hospitalisés à l'unité Racamier ou en hôpital de jour.

b. Personnel médical

Les praticiens séniors rencontrent leurs patients au moins une fois par semaine. L'interne du service les accueille lors de leur arrivée et les rencontre autant que de besoin.

<i>Unité Racamier</i>	N	EPT
<i>Praticien hospitalier psychiatre</i>	5	1,9
<i>Praticien hospitalier généraliste secteur 35 G 08</i>	1	0,8
<i>Faisant fonction d'interne</i>	1	1

4.2.6.2.3 L'admission

Lors de l'arrivée d'un nouveau patient, l'accueil est effectué par une infirmière qui lui présente sa chambre et l'unité d'hospitalisation.

Un livret d'accueil spécifique à l'unité, établi en mai 2012, lui sera alors remis. Il précise les règles de vie et les modalités de soins au sein de l'unité.

L'inventaire des effets personnels est effectué comme dans les autres unités de l'hôpital.

Dans un deuxième temps, l'interne du service effectuera un premier entretien d'évaluation. Le patient sera ensuite reçu en consultation par le psychiatre du service, ou, en son absence, par le psychiatre de garde. Le médecin généraliste effectuera un examen somatique en dernier lieu.

Tous ces examens se déroulent lors de la journée d'entrée.

Le patient est informé de la possibilité de recherche inopinée des tetra-hydrocannabinol (THC) dans les urines. Lorsque le prélèvement revient positif au THC, le patient n'est plus autorisé à sortir dans le parc. La durée de cette interdiction n'a pas pu être précisée.

4.2.6.2.4 Le projet thérapeutique

L'unité Racamier est une unité qui a vocation à être ouverte. Il a été cependant précisé aux contrôleurs que : « depuis deux ans, **elle n'a été ouverte [que] deux jours** ».

Lors de la visite des contrôleurs, dix-sept patients étaient admis en soins libres, quatre en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, dont un selon une procédure d'urgence et un selon une procédure de péril imminent, un était en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État, quatre étaient en programmes de soins.

Sur les vingt patients de l'unité, six étaient en hospitalisation au long cours et « pourraient bénéficier d'une hospitalisation dans une autre structure » a-t-il été précisé. Parmi les patients admis en soins libres, six avaient une interdiction totale de sortir de l'unité en raison de leur état de santé.

L'unité d'hospitalisation du secteur 35 G 08 présente les caractéristiques suivantes :

<i>Unité Racamier</i>	Secteur 35G08
<i>Nombre de lits</i>	20
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	1
<i>Chambre sécurisée</i>	0
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	20
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	0
<i>Nombre de douches</i>	21
<i>Nombre de WC</i>	21
<i>Salle de bains</i>	2

Les **activités** thérapeutiques proposées sont peu nombreuses, elles se situent à l'extérieur de l'unité. En effet l'objectif de cette unité n'est pas d'accueillir les patients au long cours.

Les patients chroniques effectuent une sortie thérapeutique dans la ville de Rennes mensuellement. Les autres activités proposées sont les suivantes :

- un atelier d'art floral accueille dix patients une fois par semaine ;
- deux patients sont accueillis dans l'unité, à midi, en hôpital de jour ;
- un atelier cognitif permet de faire travailler la mémoire et de rédiger un journal ;
- une activité d'esthétique, animée par une infirmière, se déroule tout au long d'une journée ;
- une activité de balnéothérapie est suivie par douze patients de l'unité. Elle est animée par deux infirmiers du service.

Les équipes communiquent entre elles et entre les différentes unités du secteur régulièrement.

Cinq réunions de synthèse se tiennent par semaine, à laquelle s'ajoute une réunion avec l'équipe soignante de Jean Wier.

4.2.6.3 L'unité Henri Laborit

L'unité Henri Laborit est située au 1^{er} étage, dans le pavillon Jacques Prévert, qui est une unité de soins normalisés (USN100), construite dans les années 1970.

Malgré un entretien régulier, ce bâtiment est vétuste : il y fait « chaud l'été et froid l'hiver ». C'est une unité qui accueille des patients en **long séjour** ; elle est **fermée**. Elle comporte **vingt lits et une chambre d'isolement**.

4.2.6.3.1 Les locaux

On accède à l'étage par un escalier et deux ascenseurs qui débouchent sur un palier où donnent deux pièces :

- un local d'accueil des familles (11 m²) ;
- une salle d'accueil (15 m²).

L'accès à l'unité s'effectue par une double porte, vitrée dans sa partie supérieure, et fermée. Il est possible de signaler sa présence par un bouton d'appel situé à droite de la porte d'entrée, à 1,20 m du sol.

Dans le hall de l'unité, d'une surface de 50 m², s'ouvrent :

- le vestiaire du personnel, comportant une douche, un WC, un lavabo ;
- un séjour-salle à manger (60 m²) auquel on accède par une double porte ;
- dans laquelle donne l'office (27 m²).

A droite, un couloir en forme de U dessert successivement :

- à l'Ouest :
 - un bureau infirmier de 23 m², équipé d'une table ronde, deux bureaux, deux postes informatiques, un tableau de planification murale, un meuble de rangement ;
 - trois chambres à deux lits, d'une surface de 18 m² ; deux d'entre elles sont équipées de deux placards et d'un cabinet de toilette avec une douche, un WC et un lavabo ; la troisième n'est équipée que d'un lavabo et ne dispose que d'un seul placard ; à l'emplacement de son cabinet de toilette est aménagé le local à linge propre ;
- au Sud : quatre chambres à un lit de 11 m², équipées d'un placard et d'un lavabo ;
- à l'Est :
 - trois chambres à deux lits de 17 m² chacune. Toutes les trois sont équipées d'un cabinet de toilette avec un lavabo, une douche, un WC et deux placards ;

- une salle de soins infirmiers (18 m²) équipée d'une armoire à pharmacie, d'un chariot, d'une paillasse humide, d'un bureau avec un poste informatique.

Ce couloir délimite une zone centrale aveugle qui comporte différents locaux techniques, un escalier de secours, la bagagerie, le local de linge sale, deux salles de soins de 8 m² chacune, dont une est aménagée plus spécifiquement pour la relaxation, deux locaux sanitaires, l'un avec deux WC et un lavabo, l'autre avec un WC et un lavabo.

Depuis Le hall d'entrée de l'unité, un couloir à gauche également en U dessert :

- le bureau du cadre infirmier de 20 m² ;
- une deuxième pièce de séjour de 24 m² ;
- au Nord :
 - une chambre d'isolement précédée d'un sas, mais ne disposant pas de sanitaire ;
 - une chambre à un lit de 11 m² et une chambre à trois lits.

Ces trois chambres délimitent un petit hall sur lequel s'ouvrent un sanitaire avec un WC, un lavabo et une douche.

4.2.6.3.2 Les effectifs

a. *Personnel paramédical*

<i>Unité Henri-Laborit</i>	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>IDE de jour</i>	10	9,6
<i>Aide-soignant de jour</i>	4	3,8
<i>ASH</i>	1	1

b. *Personnel médical*

Les médecins du secteur suivent chacun leur patient lorsqu'ils sont hospitalisés.

Lors de la visite des contrôleurs, aucun interne n'était affecté dans le service.

4.2.6.3.3 L'admission

Cette unité accueille des patients au long cours. Lors de la visite des contrôleurs, six patients, présents dans l'unité depuis de nombreuses années, n'avaient aucun projet de sortie pour les années à venir.

Les placements dans la chambre d'isolement ne sont jamais réalisés pour des patients du secteur 35 G 08. Lors de la visite des contrôleurs, un patient du secteur 35 G 05 s'y trouvait. L'équipe soignante ressentait un désintérêt de l'équipe du 35 G 05 pour cette patiente et pensait qu'elle tardait « volontairement à la reprendre dans leur service ».

4.2.6.3.4 Le projet thérapeutique

L'unité Henri-Laborit est une unité de **réhabilitation psychosociale**. Elle accueille des patients en hospitalisation complète et en hôpital de jour.

Les infirmiers, en horaires de journée, gèrent également un appartement thérapeutique « **les mimosas** » où ils passent matin et soir. Le mardi, un infirmier fait les courses alimentaires de la semaine avec les patients des « mimosas » ; l'agent de service hospitalier va faire le ménage une fois par semaine et s'occupe du linge plat. Les patients de l'appartement thérapeutique effectuent l'entretien ménager courant.

L'unité d'hospitalisation présente les caractéristiques suivantes :

<i>Unité Henri-Laborit</i>	Secteur 35G 08
<i>Nombre de lits</i>	20
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	1
<i>Chambre sécurisée</i>	0
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	5
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	6
<i>Nombre de chambres à trois lits</i>	1
<i>Nombre de douches</i>	8
<i>Nombre de WC</i>	4
<i>Salle de bains</i>	2

Pendant la visite des contrôleurs, les modalités d'hospitalisation des patients présents étaient les suivantes :

<i>Unité Henri-Laborit</i>	Secteur 35 G 08
<i>Soins libres</i>	19
<i>Soins psychiatrique à la demande d'un tiers</i>	1
<i>Soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat</i>	0
<i>Programme de soins</i>	2

Quelques activités thérapeutiques sont organisées par les infirmières et aides-soignants du service :

- l'activité « Picasso » en accès libre accueille les patients souhaitant peindre ;
- l'activité « bouge ton corps » ;
- l'activité « danse du monde » est en suspens en raison d'un congé maternité ;
- l'activité balnéothérapie a lieu une fois par semaine ;
- une séance de lecture collective est organisée le week-end.

4.2.6.3.5 L'activité du service d'hospitalisation

Les données de l'activité de l'unité Henri-Laborit ne sont pas spécifiquement identifiées (cf. § 4.2.6.1).

4.2.7 L'hospitalisation au secteur 35 G10

Le secteur 35 G 10 de psychiatrie adulte couvre les besoins en santé mentale du Sud-Est de l'agglomération Rennaise. Il représente 33 % de ce territoire et constitue un bassin de 72 000 habitants, soit 34,25 % de la population rennaise (210 200 habitants)²⁶.

Il englobe essentiellement quatre quartiers de Rennes.

Selon les éléments statistiques fournis par le pôle, le taux de recours aux soins psychiatriques a subi une forte augmentation consécutive au redécoupage effectué en 2008 : alors qu'il était de 17 pour 1 000 habitants en 2008, il a évolué à 26,8 en 2009, 24,3 en 2010 et 23,12 en 2011.

La file active du pôle, après un pic en 2009, connaît une inversion de tendance depuis 2010.

	2008	2009	2010	2011
File active	1 675	1 992	1 751	1 655

Le pôle 35 G 10 était composé au jour de la visite de :

- trois unités d'hospitalisation à temps plein au CHGR :
 - l'unité d'admission ouverte Paumelle ;
 - l'unité d'admission fermée Jean Delay ;

²⁶ Selon le recensement INSEE 2009.

- l'unité d'hospitalisation fermée au long cours Laennec.
- trois hôpitaux de jour, dont l'un est mutualisé avec le pôle 35 G 05 et ouvert sept jours par semaine, il accueille des patients pour des courtes durées.
- un CMP et un CATTp à Rennes, ainsi qu'un centre de jour.

En septembre 2012, il était en projet de créer un CMP et un CATTp au Sud-Est du secteur ; le financement n'en était pas acquis.

Depuis 2009 le pôle est surpeuplé et doit parfois « exporter » des patients vers les autres secteurs. Deux lits supplémentaires sont installés dans les unités et deux autres dits « provisoires » sont disponibles en secours.

<i>Taux d'occupation des lits</i>	2008	2009	2010
<i>Paumelle</i>	101,04 %	97,44 %	100,96 %
<i>Jean Delay</i>	99,37 %	100,15 %	102,67 %
<i>Laennec</i>	102,78 %	105,65 %	108,26 %

La durée moyenne de séjour a été de 38,47 jours en 2008, de 25,61 jours en 2009 et 31,07 jours en 2010.

L'accueil des SDT s'établit en 2011 à 22,48 % du total des admissions et celui des SDRE à 6 %, alors qu'il s'établissait respectivement à 19,7 % et 7,36 % en 2010.

4.2.7.1 Les effectifs du pôle

Le personnel médical comprend cinq psychiatres (4,5 ETP) – dont 0,5 ETP est mutualisé avec l'UMA (pôle 35 G 05) – et deux médecins généralistes (0,6 ETP).

Le personnel paramédical est ainsi constitué :

	N	ETP
<i>Cadre supérieur de santé</i>	1	1
<i>Cadre de santé</i>	4	3,8
<i>Infirmier</i>	68	63,6
<i>Aide-soignant</i>	23	21,6
<i>ASH</i>	7	6,6
<i>total</i>	103	96,6

a. L'effectif du personnel sociaux éducatif et psychologue

	N	EPT
<i>Assistant social</i>	3	2,8
<i>Psychologue</i>	3	2,8
<i>ergothérapeute</i>	2	1,8
Total	8	7,4

b. L'effectif du personnel administratif et logistique

	N	EPT
<i>Secrétaire médical</i>	3	3
<i>Adjoint administratif hospitalier</i>	1	1
Total	4	4

En outre, un infirmier était en congé de longue durée.

Parmi ces 116 personnes, 32 étaient à temps partiel et une, en congé de longue durée ; 26 étaient des hommes.

Les interlocuteurs rencontrés ont relevé que la dotation en médecins et psychologues était insuffisante eu égard au nombre de patients et aux pathologies traitées.

Un groupe de réflexion, conduit par un psychologue, sur la prise en charge des patients migrants a été mis en place. À cet égard, il a été précisé que des interprètes étaient souvent requis lors des entretiens, avec le souci de faire toujours intervenir le même interprète pour un même patient.

Le projet médical est en cours d'élaboration. Aucune sous-sectorisation n'est pratiquée ; le choix a été fait par le pôle de maintenir une unité ouverte – l'unité Paumelle –, les deux autres unités étant fermées. Toutefois, l'unité Paumelle peut être temporairement fermée dans certaines circonstances de risque pour un patient. Cette séparation conduit à n'admettre dans la première que les patients consentants aux soins. Cette situation donne également un objectif aux patients affectés dans les autres unités qui ont la perspective d'être transférés dans l'unité Paumelle quand leur état le permettra.

Les équipes soignantes et paramédicales sont dédiées au CMP ou à l'hôpital de jour ou aux unités d'hospitalisation à plein temps. Toutefois, un suivi de l'équipe de l'unité Paumelle vers les patients des appartements thérapeutiques se met en place. Selon les informations recueillies, les équipes médicales sont très cohésives, les médecins se transmettant les prises en charge de leurs propres patients. Les demandes de changement de médecin émanant des patients ne posent aucun problème.

Le lundi matin, une demi-heure est consacrée au « flash » qui réunit les médecins, les cadres, les psychologues des trois unités ainsi que les assistants socioéducatifs travaillant en intra hospitalier.

Le vendredi, une réunion se tient également avec les mêmes participants auxquels se joignent les soignants de l'extérieur : CATTP, CMP, hôpital de jour.

Il a été fait état de la charge de travail induite par la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 qui pèse sur les secrétariats médicaux – ceux-ci assurent le suivi des procédures – et sur les cadres de santé des unités.

En outre, de nombreux transports avec accompagnants, jusqu'à six par mois, doivent être organisés pour conduire les patients au tribunal.

4.2.7.2 Le fonctionnement des unités

Dans ce pôle, les unités appliquent entre eux à peu de chose près les mêmes règles de fonctionnement.

Le patient arrivant est accueilli par le cadre de santé, à défaut un infirmier, qui établit un inventaire contradictoire des effets, fait visiter les locaux, remet le livret d'accueil, explique le fonctionnement de l'unité et présente la chambre. Il peut voir un psychiatre dans la journée, même si ce n'est pas son médecin référent, dès lors qu'il y a toujours un PH d'astreinte au pôle qui peut être contacté.

Le patient peut conserver ses effets personnels avec lui et remettre au service ceux dont il ne se sert pas.

Les valeurs font l'objet, au-delà de vingt euros, d'un dépôt au bureau du Trésor public du CHGR ; les objets précieux ainsi que ceux ayant une valeur fiduciaire peuvent être déposés à la trésorerie ou dans un coffre, placé au bureau du cadre ou au bureau des soignants, comme à Laennec.

Les téléphones mobiles sont laissés à disposition et les appels sont libres sauf si le médecin en restreint l'usage en cas d'abus ou de pression de la part d'autres patients. Pour des motifs de sécurité, les chargeurs sont déposés en casiers nominatifs au bureau des soignants. Cependant, dans l'unité de long séjour, les téléphones ne sont pas autorisés compte tenu de l'état des patients ; au demeurant, il a été indiqué qu'ils ne demandent pas à utiliser un téléphone portable.

Les unités ne disposent pas de poste téléphonique destiné aux patients pour passer des appels mais ceux-ci peuvent en recevoir sur un poste interne par l'intermédiaire du standard. Toutefois, certains ne sont plus en état de fonctionner, comme c'est le cas à l'unité Laennec. Dans ce cas, les appels sont reçus par les soignants sur leur portable de service qu'ils prêtent au destinataire.

Les patients sont tous habillés avec leurs effets personnels durant la journée et selon leur degré d'autonomie. Ceux qui le souhaitent peuvent laver leur linge au *Lavomatic* de l'hôpital. Ceux qui ne peuvent sortir librement sont accompagnés. Pour les autres, le lavage peut être pris en charge par le service.

Le **tabac** est laissé à disposition sauf restriction ordonnée par le médecin. Pour les unités fermées, les sorties ont lieu dans la cour sécurisée. Il a été indiqué que les personnes admises en SDRE et SDT y sont accompagnées.

A l'unité Laennec, les soignants contrôlent la consommation de certains patients en leur distribuant entre une et trois cigarettes à raison de sept prises par jour selon l'état de la personne. Les patients autonomes et autorisés à sortir achètent eux-mêmes leur tabac à l'extérieur de l'hôpital. Pour les autres, c'est le cadre ou un soignant qui s'en charge.

Les patients sont autorisés à sortir fumer de 7h jusqu'à 20h30, sauf à l'unité Jean Delay où ils ont librement accès à l'espace extérieur de 7h jusqu'à 23 h.

Un **téléviseur** est installé dans tous les salons des unités. Aucune chambre n'en est équipée mais, à l'unité Paumelle, des prises d'antennes sont installées.

Aucun **ordinateur** n'est mis à librement à disposition. Les patients peuvent utiliser leur ordinateur personnel et accéder à internet s'ils possèdent d'une clé 3G. Ceux qui n'en possèdent pas peuvent être ponctuellement accompagnés « pour utiliser l'ordinateur installé à cet effet dans une salle d'activités mais la consultation se limite alors au visionnage de film ou de clips vidéo. Certains patients participent à un atelier informatique existant sur le site.

La radio est autorisée ainsi que les lecteurs de DVD et les jeux électroniques dès lors que leur usage est compatible avec la tranquillité des patients.

Les **repas** sont servis à 8h30 pour le petit déjeuner, 12h pour le repas de midi, 16h pour le goûter, 19h pour le dîner. Les menus sont affichés la semaine précédente et chaque personne peut signaler les plats pour lesquels elle a une « aversion » et en recevoir un autre. Les unités ne pratiquent pas de repas thérapeutiques réunissant soignants et soignés.

Les **visites** sont autorisées dans toutes les unités à compter de 14h30 ; ces horaires sont imposés avec une grande souplesse en s'adaptant aux disponibilités des visiteurs.

Les **personnes détenues** hospitalisées en application de l'article D.398 du code de procédure pénale sont toujours placés dans une chambre d'isolement à leur arrivée. Les interlocuteurs des contrôleurs ont indiqué leur difficulté à respecter les règles pénitentiaires lorsque la personne n'avait plus de raison de séjourner dans la chambre d'isolement.

4.2.7.3 L'unité ouverte de soins Paumelle :

L'unité Paumelle, unité ouverte, ne prend en charge que des patients admis en soins libres, parfois des personnes en SDT de l'unité Jean Delay en fin de séjour afin de les évaluer dans un contexte différent. Il arrive également que, faute de place dans les autres unités, elle reçoive des patients admis en SDT, exceptionnellement des patients en SDRE, ce qui arrive un à deux jours chaque mois. L'unité est alors fermée, situation qui perturbe les patients et le personnel soignant qui doit gérer les ouvertures de porte. Tel était le cas le lundi 17 septembre 2012 où l'unité avait dû accueillir en surpeuplement un patient admis en SDT.

Il a été indiqué que la chambre d'isolement est continuellement occupée par des patients en désencombrement.

Le jour de la visite, vingt-sept patients étaient présents dont douze femmes. Parmi eux, vingt étaient admis en soins libres, six en SDT et un en SDRE dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale, lequel était placé dans la CSI.

L'unité dispose de cinq PTI qui sont utilisés : il a été indiqué qu'en raison de l'ouverture de l'unité, l'équipe subissait « des intrusions agressives ».

Le tabac et les téléphones sont laissés en libre usage, sauf éventuellement pour les personnes en SDT.

En l'absence de consignes particulières, pour les patients que le personnel ne connaît pas, le placement en pyjama est proposé, notamment lorsqu'il y a un risque de fugue « dans un contexte d'alcoolisation » mais il n'est pas imposé. Lorsque le patient est connu, l'équipe se plie à l'usage.

Lorsqu'un patient est en SDT, sa situation lui est précisée, le médecin reprenant ensuite les explications nécessaires. La notification de la décision et des certificats médicaux est ultérieurement effectuée par le cadre de santé.

L'accès à la chambre des patients, pour les visiteurs, est interdit en raison des risques de trafics.

L'unité se répartit sur deux niveaux : rez-de-chaussée et étage.

Elle comprend quatre chambres individuelles au rez-de-chaussée et seize à l'étage, dont cinq doubles, soit une capacité de **vingt-cinq places** à quoi il faut ajouter **une chambre d'isolement et un lit supplémentaire**. Elles ont une surface comprise entre 14 et 16 m² pour les individuelles, et 21 à 25 m² pour les doubles

L'ensemble est neuf.

La chambre de sécurité et d'isolement, n°01, est adjacente à la n°02. Elle est accessible par un sas qui ouvre aussi sur le cabinet de toilette indépendant. Cette pièce a une surface de 12 m² et comprend un lit à quatre pieds en métal scellés sur lequel est fixé un plateau en contreplaqué où des lumières²⁷ sont percées pour installer les dispositifs de contention.

Un matelas enveloppé dans une bâche en plastique est posé dessus. La fenêtre mesure 0,90 m sur 1,40 m de haut et comporte deux coulissants à ouverture limitée. La pièce est chauffée par le sol ; un point lumineux est fixé au plafond ainsi que le détecteur de fumée. La porte intérieure comporte un oculus de 0,30 m sur 0,40 m ; une horloge numérique est en place dans le sas.

Le cabinet de toilette comprend un lavabo sur tablette avec miroir et applique lumineuse ainsi que des WC suspendus. Il n'y a pas de douche.

4.2.7.4 L'unité Jean Delay

Cette unité, fermée, est en forme de L. Elle est située à l'étage d'un bâtiment. Un ascenseur et un escalier, qui en entoure la gaine, permettent de s'y rendre. La partie

²⁷ Les lumières sont des ouvertures qui traversent de part en part une pièce de bois.

centrale est occupée par les parties communes et de service, les hébergements sont situés vers les extrémités des ailes.

L'unité comprend, en théorie, **vingt-cinq lits**.

4.2.7.4.1 Le fonctionnement de l'unité

Le personnel paramédical est composé de :

	N
<i>Cadre de santé</i>	1
<i>Infirmier Jour</i>	11
<i>Infirmier nuit</i>	3
<i>Aide-soignant jour</i>	4
<i>Aide-soignant nuit</i>	2
<i>ASH</i>	2
<i>Total</i>	

Le jour de la visite, vingt-six patients étaient hospitalisés dont huit femmes.

Parmi ces patients, huit étaient en SDRE, quatorze en SDT et quatre en soins libres. Le plus ancien était présent depuis quatre ans. Le patient le plus âgé avait 72 ans et le plus jeune, 23 ans.

Les consignes des personnes admises en SDRE permettaient à trois d'entre elles des sorties hors du parc et à deux d'entre elles des sorties dans le parc.

Parmi les personnes admises en SDT, six pouvaient sortir dans le parc et deux hors du parc.

4.2.7.4.2 L'arrivée du patient

Lors de son arrivée, le patient est accueilli par un infirmier ou le cadre de santé qui lui présente l'unité, lui explique son fonctionnement et lui remet le livret d'accueil. Les informations sur son mode de placement sont données par le médecin, reprises ensuite par le personnel soignant. Elles sont de nouveau explicitées par le cadre de santé lors de la notification de la décision de placement.

Il a été indiqué que les arrivants étaient systématiquement mis en **pyjama** pour les premiers jours de leur hospitalisation et que cette consigne était rarement levée avant deux ou trois jours, sans difficulté d'acceptation.

Les restrictions sur l'usage du téléphone portable dépendent du patient et du médecin mais, en toute hypothèse, il est difficile de gérer les consignes de restrictions lorsque dans une même chambre, leur téléphone est laissé à certains patients et pas aux autres.

Des alcootests sont pratiqués dans l'unité ainsi que nombreux tests urinaires pour détecter l'usage de stupéfiants : « On ne demande pas aux patients de vider leurs poches, mais les patients qu'on connaît bien vident d'eux-mêmes leurs sacs ».

4.2.7.4.3 Les locaux

L'unité comprend treize chambres, dont six à un lit, trois à deux lits, quatre à trois lits ; parmi ces dernières, une chambre comprend aussi un **lit supplémentaire** et une autre un **lit provisoire**. L'unité comporte donc un total de vingt-six lits auxquels s'ajoute **la chambre d'isolement**, inoccupée au jour du contrôle. .

En face du hall d'entrée, le bureau des infirmiers (15 m²) se trouve à l'entrée de l'aile, desservi par un court couloir. Il est pourvu des éléments mobiliers habituels : une armoire à dossiers médicaux, des tableaux d'affichage aux murs, le bac à dossiers des patients, un poste de travail, une table et des chaises. Une fenêtre de 1,25 m de large et 1,20 m de haut à trois panneaux éclaire la pièce. Elle ouvre à la française mais la crémone est verrouillée. Un châssis pivotant vertical, au milieu de 0,30 m de large, assure la ventilation. Au mur, sont présents le tableau des alarmes, le râtelier des alarmes portatives, le dispositif de contrôle de l'oxygène et du vide.

Le bureau des infirmiers est suivi par l'office qui occupe 18 m², équipé d'un four, d'un lave-vaisselle, de placards et de deux bacs à plonge de grande profondeur ainsi que d'une plaque électrique et d'un four à micro-ondes. Une fenêtre, identique à celle du bureau, éclaire cette pièce qui jouxte la salle à manger et communique par une porte.

Le couloir débouche dans la salle à manger ouverte qu'il faut traverser pour se rendre vers l'hébergement. Cette pièce, d'une surface de 83 m², est équipée de sept tables et vingt-huit chaises ainsi que de fauteuils et de chauffeuses du côté du salon qui comporte un téléviseur, un baby-foot et des livres en petit nombre.

L'ensemble est éclairé des deux côtés du bâtiment par trois fenêtres à droite et deux à gauche, identiques aux autres. Une porte double donne accès à une terrasse extérieure à gauche de 60 m² environ, laquelle est entourée d'un grillage à mailles soudées de 2 m de hauteur, avec un bas-volet sur le pourtour. Il s'agit de **l'espace fumeur**, équipé d'un auvent et d'un store banne qui protège les fenêtres du bureau et de l'office. Trois bancs constituent le mobilier de cette cour, en accès libre de 7h à 23 h.

Une porte, ménagée sur le côté droit de cet espace, permet de se rendre sur une autre terrasse ouverte en ciment de 80 m² environ.

Au bout de la salle à manger, le couloir central dessert, à gauche, le vestiaire des patients (4 m²), équipé de rayonnages, où chacun peut demander à déposer les effets qu'il ne souhaite pas conserver par devers lui, suivi par un cabinet de toilette comprenant deux WC fermés dont un accessible aux PMR et un lave-mains.

En face de ce cabinet, une salle d'eau est aménagée dans un local de 12,5 m². Elle comprend deux douches à l'italienne sans flexible – pour des raisons de sécurité a-t-il été

indiqué – , avec cloison de séparation et rideau mais sans patère, et deux lavabos avec miroir et applique électrique. Ce local sanitaire est ouvert de 8h30 à 10h30 et de 16h30 à 18h30. Les flexibles des douches sont remis par les soignants ou utilisés directement par eux en fonction de l'autonomie du patient.

Sur ce même côté, viennent ensuite le bureau du cadre de santé et le local contenant le linge propre.

En face du bureau, se situent trois chambres individuelles : la chambre n°101, la n°102 et n°103. Elles comportent une fenêtre identique aux autres avec volet roulant extérieur commandé par manivelle.

Le mobilier se compose d'une table de chevet, d'une table et d'une chaise avec une armoire fermant à clé et une poubelle. Au mur est fixé un lavabo surmonté d'un miroir et d'une applique électrique. Sur la tête de lit, se trouvent une rampe lumineuse et, au plafond, un point lumineux ainsi qu'un détecteur d'incendie. Le sol est carrelé et les murs sont propres sans être neufs, de couleur jaune clair.

Après ces pièces se trouvent de part et d'autre du couloir les chambres n°104 et n°105, toutes deux de 26,5 m² prévues pour trois lits mais en comprenant quatre le jour de la visite, soit un lit supplémentaire et un lit provisoire.

Le mobilier est complet, sauf dans la n°105, qui ne comporte qu'une table, avec deux points lumineux au plafond. Un seul lavabo est présent dans chacune avec miroir et applique lumineuse. Aucun porte-serviettes n'est installé.

Les chambres n°106 et 107 sont des chambres à deux lits. Chacune comporte une fenêtre et le mobilier est complet avec le lavabo, hormis la chambre n°106 qui ne comprend qu'une table de 0,60 m sur 0,80 m.

Cette zone comporte un cabinet d'aisance contigu à la chambre n°106.

Le côté gauche du hall d'entrée comporte le bureau médical et de consultation. D'une surface de 8,8 m², il est suivi de la salle de préparation des soins, de 6,5 m², avec l'armoire à médicaments comportant un tiroir sécurisé, un réfrigérateur, le chariot de distribution journalière, le chariot d'urgence, un plan de travail au-dessus d'un meuble à tiroirs, et un évier.

Ces pièces sont éclairées chacune par une fenêtre identique aux autres.

De l'autre côté du couloir, se trouvent successivement en face de ces locaux, le dépôt de linge sale, un cabinet de toilette avec WC et lavabo puis la salle de soins (7,5 m²), avec meubles à consommables et petits matériels, évier et table de consultation.

Sur le même côté, viennent ensuite les chambres n°112, 111 et 113, toutes à un lit et de même surface (10,5 m²). Elles comportent le mobilier accompagnant le lit et un lavabo sur tablette avec miroir applique lumineuse. La tête de lit est surmontée d'une rampe où sont incluses les prises à oxygène et à vide. Ces chambres sont rénovées et en très bon état. Elles sont éclairées par une fenêtre et un point lumineux au plafond ; un détecteur d'incendie est également fixé au plafond.

En face de la chambre n°112 est placée **la chambre d'isolement**, accessible par le sas qui la sépare de son cabinet de toilette. Cette chambre comporte un lit métallique dont les

pieds sont scellés, sur lequel est fixé un plateau en contreplaqué. Dans ce plateau sont pratiquées des ouvertures de type lumières permettant le passage de sangles de contention. Dessus, est posé un matelas en mousse protégé par une bâche en plastique renforcé avec un oreiller composé des mêmes matériaux. Un **seau hygiénique** en plastique avec couvercle est placé sur le sol. La fenêtre est fixe avec un vasistas actionnable par le personnel ; un volet roulant électrique, commandé depuis le sas, en assure l'occultation. La pièce est blanche et au plafond sont fixés le point lumineux, le détecteur d'incendie, la grille de ventilation ainsi que le radiateur de chauffage. Le sol est revêtu de PVC. Les commandes d'éclairage se trouvent dans le sas.

Deux portes donnent accès, l'une depuis le sas avec un oculus, l'autre, pleine, directement depuis le couloir. Le sas comprend un placard où sont entreposés les matériels de contention. Une autre porte, dotée d'un oculus avec volet extérieur, ouvre dans le cabinet de toilette en vis-à-vis de la chambre. Il s'agit d'une pièce rénovée, entièrement carrelée du sol jusqu'au plafond, où se trouvent le point lumineux ainsi qu'un radiateur. Un lavabo avec miroir en inox, surmonté d'une applique, est fixé au mur ; un WC ainsi qu'une douche à l'italienne, avec le matériel encastré, sont aussi aménagés.

Sur le mur du sas opposé au lit, une console électronique donnant la date, le jour et l'heure, est fixée, dont il est dit qu'elle est visible depuis le lit à travers l'oculus. Les contrôleurs n'en ont pas la certitude. La porte du sas ouvrant sur le couloir ne comporte pas d'oculus.

A hauteur de la chambre n°113, le bout du couloir forme une baïonnette vers la gauche qui renvoie la circulation contre la façade extérieure.

Dans cet angle sont disposés : une douche neuve entièrement carrelée avec matériel encastré, patères, barres d'appui et fauteuil en plastique, ainsi qu'un local technique séparé. Des placards contenant le linge propre sont aussi disposés dans ce couloir contre la cloison de la salle d'eau de la chambre d'isolement.

Ensuite, viennent les chambres n°114 et 115 de 20 m² chacune. Elles sont toutes deux éclairées par une fenêtre et occupées par trois lits. Le mobilier accompagnant les lits est complet sauf dans la n°115 où il n'y a qu'une table. Chacune ne comporte qu'un lavabo fixé au mur avec sa glace et son applique électrique. Les lits comportent une rampe lumineuse et deux néons sont fixés au plafond.

La chambre n°116 comporte deux lits, une fenêtre, un lavabo avec son équipement et une seule table.

Le couloir débouche dans un hall de 17 m² dans lequel se trouvent les portes donnant accès à l'escalier de secours, au local réservé au ménage, au vestiaire du personnel. Ce dernier est mixte et les lieux sanitaires communs : un WC avec lave-mains, un lavabo avec miroir et une douche. Le sol est revêtu de PVC.

Les autres sols sont carrelés à l'exception des bureaux, salles de soins, vestiaire et CSI qui sont revêtus de PVC. Les couloirs sont munis de faux plafond et de pavés lumineux encastrés ; les avertisseurs lumineux d'incendie sont disposés dans les couloirs au-dessus des locaux.

L'ensemble est vieillot, les peintures quelque peu fatiguées, mais paraît correctement entretenu.

4.2.7.5 L'unité fermée de soins au long cours Laennec

Cette unité de **vingt-cinq lits**, auxquels s'ajoutent **un lit supplémentaire** et, en tant que de besoin, **un lit provisoire**, accueille des patients « **au long cours** » du pôle et aucun patient d'autres secteurs à l'exception de ceux d'une unité qui accueillait des déficients profonds et qui, après fermeture de cette dernière, ont été répartis dans toutes les unités du CHGR.

4.2.7.5.1 L'organisation de l'unité

Le personnel paramédical est composé de :

	N	ETP
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmier Jour</i>	10	9,4
<i>Infirmier nuit</i>	3	3
<i>Aide-soignant jour</i>	7	6,5
<i>Aide-soignant nuit</i>	1	1
<i>ASH</i>	2	1,8
<i>Total</i>	24	22,7

Le jour de la visite, vingt patients étaient hospitalisés dont cinq femmes. Deux personnes étaient admis SDRE, une en SDT et dix-sept en soins libres. La plus longue hospitalisation était d'une durée supérieure à trente années. Le patient le plus âgé avait 74 ans, le plus jeune, 26 ans. Il a été indiqué que le nombre des hommes était toujours supérieur à celui des femmes.

Un des patients occupait constamment la chambre d'isolement dont il sortait dans la journée lorsqu'il y avait un homme parmi les soignants lesquels devaient, en outre, exercer sur lui une surveillance visuelle constante ; lorsque l'équipe était entièrement féminine, le patient était maintenu sous contention sur son lit. Le coucher du soir, avec la mise sous contention, exigeait, chaque jour, l'intervention de l'équipe d'urgence, soit cinq à huit personnes, selon son état de tension, devant être mobilisées pour la pose des sangles de contention.

Les **réunions** organisées dans l'unité sont les suivantes :

- les transmissions aux changements d'équipe ;
- la réunion de synthèse chaque quinzaine avec psychiatre, cadre de santé, infirmier présent, psychologue, ergothérapeute, assistante sociale ;

- la réunion soignants-soignés tous les six mois.

L'équipe du matin comporte deux infirmiers et deux aides-soignants, celle de l'après-midi deux infirmiers et un seul aide-soignant. L'équipe de nuit est composée d'un infirmier et d'un aide-soignant.

4.2.7.5.2 Le fonctionnement de l'unité

Le fonctionnement de l'unité Laennec traduit les spécificités des patients accueillis.

Lors du contrôle, tous les patients admis en soins libres pouvaient **sortir** dans le parc, un des deux patients admis en SDRE pouvait sortir dans le parc accompagné, l'autre pouvait sortir dans le parc à condition d'être accompagné par un homme et pouvait sortir à l'extérieur, pour des permissions de moins de douze heures, à condition d'être accompagné par deux personnes dont un homme. Un patient admis en SDT pouvait sortir dans le parc accompagné, et aller hors de l'hôpital accompagné par un personnel soignant de sexe masculin.

Aucun des fumeurs ne dispose librement de son **tabac**, sauf exception où il peut être donné pour la journée. Ils peuvent fumer dans une cour dont l'accès est libre toute la journée, sauf lorsqu'un patient en SDRE « à tendance fugueuse » est accueilli. Ainsi, lors du passage des contrôleurs, un des patients en SDRE ne cherchait jamais à fuguer mais l'autre cherchait à sortir non par les portes restées ouvertes mais « en forçant les portes ». Pour acheter leur tabac, les patients sont conduits à la Trésorerie qui leur délivre un « bon de tabac » en contrepartie duquel le buraliste fournit les cigarettes.

Il a été indiqué que l'on pouvait laisser fumer dans la chambre d'isolement les personnes en SDRE lorsqu'elles y étaient placées.

Tous les patients font l'objet de restrictions en matière de **visite et de téléphone**. Une seule personne détenait un téléphone portable conservé au coffre de l'unité. Les patients reçoivent les appels téléphoniques sur les postes sans fil de l'unité. Selon les soignants rencontrés, peu de patients demandent à passer un appel.

Aucun patient ne possédait d'**ordinateur**. Un poste informatique était mis à disposition de l'un d'entre eux, le seul capable de l'utiliser de façon, au demeurant, restreinte.

La procédure d'accueil dans l'unité est identique à celle de l'unité Jean Delay. Le psychiatre ou l'interne explique au malade son mode d'admission. Les notifications sont opérées par le cadre de santé.

4.2.7.5.3 Les locaux

Cette unité se situe dans le même bâtiment que l'unité Jean Delay et, se trouvant au rez-de-chaussée, elle en épouse la même configuration, mais l'aile qui fait face à l'entrée est élargie de l'étendue des terrasses supérieures, dévolues à l'unité Jean Delay.

Cette structure comprend douze chambres dont cinq à un lit et sept à deux lits, soit une capacité de **dix-neuf lits** auxquels s'ajoutent **un lit supplémentaire et une chambre de sécurité et d'isolement (CSI)**.

Le hall d'entrée (15 m²), meublé de huit chauffeuses et aux murs ornés de gravures, donne accès à l'escalier et à l'ascenseur ; il ouvre par une porte à oculus sur le hall d'accueil de l'unité (53 m²) qui dessert les couloirs des deux ailes. Face à l'entrée une porte ouvre dans le salon d'accueil des familles, (13 m²), meublé de sept fauteuils et d'une table basse. Ce salon comporte une porte ouvrant vers l'extérieur et un cabinet d'aisance.

Après ce salon, se trouvent un dépôt de linge sale suivi d'un salon de détente et d'un séjour (35 m²), dans lequel sont installés une téléviseur avec lecteur de DVD, une armoire contenant des livres et divers jeux de société, un baby-foot, une fontaine à eau, trois tables avec chaises et fauteuils. Ce salon sert aussi parfois d'accueil et de salle de restauration pour deux ou trois patients en hospitalisation de jour. Les murs sont décorés d'une fresque réalisée par un patient.

L'utilisation d'ordinateurs lorsque c'est possible et avec assistance, se limite à écouter de la musique ou voir des films enregistrés.

Face à ce salon de l'autre côté du couloir se situent l'office, de 15 m², et la salle de détente du personnel (10 m²). L'office comprend notamment deux bacs à plonge de grande profondeur, lave-vaisselle, four, plaque à quatre feux, réfrigérateur et plan de travail sur meuble. La salle de détente du personnel, contigüe à l'office et communiquant avec celui-ci par une porte, comporte aussi un réfrigérateur, un four à micro-ondes, une cafetière, une théière ainsi qu'une table avec chaises. Ces deux pièces sont éclairées chacune par une large fenêtre à ouverture limitée.

La salle à manger, contigüe, vient en suivant. D'une surface de 36 m², elle est accessible par une porte double à chaque extrémité. On y trouve cinq tables et vingt chaises, un bahut bas, un casier à serviettes. Aux murs sont accrochés des tableaux d'information sur les menus, les anniversaires à fêter, les calendriers et des émissions de télévision. Le côté extérieur comporte deux baies vitrées de 2 m de largeur sur 1,60 m de haut et une porte ouvrant sur un jardinet de 100 m² environ entouré par un grillage de 1,50 m de hauteur. Ce jardin comprend une partie herbagée avec massifs d'arbustes et dans l'autre partie, des tables, chaises et bancs de jardin ainsi qu'un abri de 6 m². Cet espace sert de fumoir, il est librement accessible.

Le bureau des soignants (28,5 m²) fait face à la salle à manger. Il est séparé en deux parties par une murette de 1,40 m de haut avec passage. La partie arrière près de la fenêtre est aménagée en lieu de réunion et d'entretien avec dix chaises et une table basse, la partie avant en poste de travail avec le bureau, l'armoire à dossiers des patients, le planning des chambres et des activités, le tableau de service des personnels ainsi que le tableau des alarmes incendie et le contrôle du circuit d'oxygène et à vide. S'y trouvent également le râtelier des PTI et le coffre des valeurs déposées. La fenêtre, qui mesure 1,80 m de large sur 1,60 m de haut, comporte deux châssis pivotants de 0,30 m de largeur.

Après ce local, une salle d'eau (16 m²) comprend sur la partie avant, borgne mais éclairée par des points lumineux au plafond, une rangée de trois lavabos fixés sur une cloison avec chacun un miroir et une applique électrique. De l'autre côté sont installées deux cabines de douche, comportant un rideau et des patères, ainsi qu'un pèse-personne. La partie arrière séparée par une cloison et éclairée par la fenêtre et comprend une baignoire dans un espace de 7 m². Les flexibles de douche sont retirés et remis sous contrôle au patient qui souhaite se doucher.

La **zone hébergement** qui suit ces locaux est réservée aux hommes et comprend les chambres n°01 à 08 disposées de part et d'autre du couloir. Les chambres n°01, 02, 03, 05, 06 comportent deux lits, les chambres n°04, 07 et 08 sont individuelles.

La chambre n°01 occupe 21 m² et comprend deux lits avec trois appliques de tête, deux chevets, tables et chaises, un placard et une armoire. Une fenêtre éclaire la pièce ; elle est constituée de deux ouvrants à pivot surmontés d'une imposte de 0,40 m de haut manœuvrée par câble. Elle ne comporte pas d'élément sanitaire. Elle est séparée du couloir par un sas où sont disposés un placard à linge d'un côté et un cabinet de toilette de l'autre avec WC et lave-mains séparés.

La chambre n°02, en vis-à-vis, comporte deux lits avec leur mobilier complet. La fenêtre de 2 m sur 1 m de hauteur ouvre à la française mais la crémone est verrouillée. Elle est équipée d'un lavabo avec un miroir de 0,75 m sur 0,55 m et une applique électrique.

La chambre n°03, (21 m²), comprend les deux lits d'origine auxquels est ajouté le lit supplémentaire. Son mobilier n'est prévu que pour deux personnes. Elle n'a pas d'équipement sanitaire.

Les chambres n°05 et n° 06 comportent deux lits chacune avec le mobilier complet et trois appliques de tête au mur. La chambre n°05 est sans équipement sanitaire, alors que la chambre n°06 comporte un lavabo complet. Les fenêtres sont à châssis pivotants.

Les chambres individuelles occupent chacune une surface de 12 m² et sont dotées d'un lavabo et d'un cabinet d'aisance. La crémone des fenêtres à la française est bloquée, le volet roulant est manœuvré avec une manivelle en possession des personnels.

Toutefois les équipements de la chambre n°07 étaient neutralisés et rendus inutilisables à cause de l'occupant dont il a été indiqué dit qu'il les cassait, s'enfermant dans la pièce et se montrant violent ; aussi la poignée de porte était-elle démontée pour éviter qu'elle ne soit bloquée. Cette chambre ne comporte pas non plus d'armoire.

Sur l'autre aile, le hall se prolonge par le couloir qui dessert, en entrant à gauche, la salle de soins accolée à celle de la préparation, toutes deux de 10,5 m² communicantes par une porte dans la cloison. Chacune contient les éléments nécessaires à son objet avec les chariots, l'armoire à médicaments avec son tiroir sécurisé, un réfrigérateur, le poste de travail, une armoire à petit matériel, une table de consultation, un fauteuil de pesage ainsi qu'un évier. La salle de soins est borgne, celle de préparation est pourvue d'une fenêtre à deux châssis pivotants.

En face de la salle de soins, une salle d'eau accolée à un WC séparé comprend une étagère à linge, deux lavabos sur tablette avec un grand miroir et deux appliques, une douche à l'italienne avec patère.

Contre cette salle d'eau se trouve la chambre de sécurité et d'isolement (CSI) séparée de sa salle d'eau par un sas qui ouvre sur les deux. Cette chambre, d'une surface de 10 m², comporte un lit en métal dont les pieds sont scellés au sol. Sur ce lit est fixé un panneau en contreplaqué dans lequel des ouvertures ont été pratiquées pour le passage des sangles de contention qui sont d'ailleurs en place. Un matelas sécurisé ainsi que l'oreiller en triangle lui aussi sécurisé sont posés dessus. Un **seau hygiénique** en plastique avec couvercle est posé au sol. La fenêtre est fixe avec un côté coulissant à ouverture limitée commandée par le

personnel ; au plafond sont fixés un radiateur à eau, le point lumineux, la bouche de ventilation, le détecteur de fumée. Cette pièce comporte aussi une porte d'accès direct sur le couloir.

Au fond du sas, un placard contient le matériel de contention et un dispositif amovible permettant au patient de se tenir assis sur le lit. La salle d'eau comporte un lavabo avec tablette et miroir en inox, une douche dont le matériel est encastré et un WC.

Les commandes des équipements électriques sont placées dans le sas, ainsi qu'une horloge numérique visible depuis la CSI. Les trois portes du sas comportent un oculus.

Ces pièces ont fait l'objet d'une rénovation et sont en bon état général. La salle d'eau est entièrement carrelée du sol au plafond.

En face de cet ensemble se trouvent les chambres n°011 et 012 toutes deux individuelles. Elles sont équipées d'un lit avec rampe lumineuse et prise d'oxygène et de vide, du mobilier attaché et d'un lavabo complet. Un point lumineux est fixé au plafond avec la détection incendie ; une fenêtre à châssis pivotants éclaire la pièce.

Contre la chambre n°012, un cabinet de toilette avec lavabo et WC est aménagé. Cette pièce, qui permet de recevoir une personne à mobilité réduite, a été rénovée depuis peu et entièrement carrelée.

Contre ce cabinet un local technique fait face à deux placards de stockage de linge disposés contre la salle d'eau de la CSI, le couloir faisant une baïonnette à cet endroit pour se poursuivre le long de la façade.

Viennent ensuite les chambres n°013 et 014, toutes deux à deux lits avec chevet et tables complets, quatre chaises deux fauteuils, deux armoires fermant à clé. Un lavabo dans chacune avec un miroir de 0,75 m sur 0,55 m, un porte-serviettes et une applique. Un éclairage au néon est fixé au plafond ainsi qu'un détecteur de fumée ; chaque lit comporte au-dessus de la tête une applique électrique. Une fenêtre avec des ouvrants à pivots complète l'équipement. Les chambres de cette zone sont réservées aux femmes.

Les portes de toutes les chambres sont percées d'un oculus non opacifié.

Une salle d'activités suit ces chambres. Elle occupe une surface de 19 m² et comporte une table pour les activités de soins esthétiques, une autre table sur laquelle est posé un poste de radio. Un pare-vue cache un lavabo complet. Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté l'utilisation par un patient, d'un ordinateur prêté par le service. Il était occupé à visionner un film sur DVD.

Le couloir se termine par un espace ouvrant vers l'escalier de secours descendant au sous-sol, d'un côté, et les vestiaires du personnel de l'autre, dans un local qui comprend celui réservé au ménage, lequel occupe 4 m². Ce vestiaire est mixte et comporte deux WC séparés avec lave-mains et une douche.

Les contrôleurs ont constaté aussi dans cette unité l'existence d'un poste téléphonique destiné à la réception des appels mais il était hors d'usage.

Même si cette unité comporte des parties rénovées, il est constaté que l'ensemble est vieillot avec des équipements disparates, des peintures fatiguées et des locaux pas toujours adaptés à l'usage si l'on en juge par le nombre de chambres rapporté au nombre de patients.

4.2.7.6 Observations communes aux pôles 35 G 07 et 35 G 10 :

Hormis l'unité Paumelle et l'unité John Cade qui sont de facture récente, les structures immobilières visitées représentent bien leur âge malgré une maintenance, *a priori*, correcte. Il a été observé que les éléments qui les composent ont été modifiés ou aménagés au fil des ans pour suivre les évolutions, ce dont témoignent des locaux certes convenablement entretenus mais équipés de façon disparate, notamment dans le domaine sanitaire pour les unités Saint-Vincent, Jean Delay et Laennec. Il en est de même pour les mobiliers, parfois incomplets.

Les conditions faites aux personnels soignants ne sont pas satisfaisantes en termes d'équipements communs, en particulier les vestiaires qui ne répondent pas aux prescriptions réglementaires.

La présence de patients autistes dans les unités de long séjour, qui nécessitent une prise en charge spécifique, est relevée par les équipes comme une difficulté importante dans la prise en charge, faute, notamment, de structures adaptées en nombre suffisant.

Selon les professionnels, il est constaté une augmentation de la violence de la part des patients, ce qui se traduit par une sollicitation plus forte des éléments masculins. Ceux-ci perçoivent ces situations comme une surcharge de travail à affronter et se posent des questions sur leur rôle dans les équipes.

4.2.8 L'hospitalisation en pédopsychiatrie

Le dernier jour de la visite, les contrôleurs se sont rendus dans le service de pédopsychiatrie, installé dans les locaux du site de Bois Perrin. Accueillis par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, ils ont effectué une visite des lieux et se sont entretenus avec des personnels et des enfants.

Il convient cependant de préciser que la durée très brève de cette partie du contrôle, si elle a permis de recueillir quelques informations d'ordre général relatives au fonctionnement de cet intersecteur, ne peut être considérée comme un examen des conditions de respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté au sens de la loi du 30 octobre 2007.

Le site de Bois Perrin est situé hors de l'emprise du CHGR, à quelques centaines de mètres. Il dispose de deux bâtiments construits dans les années 30 et d'un pavillon où sont installés les secrétariats médicaux, l'accueil des familles et des bureaux de médecins. Un centre scolaire, dépendant directement de l'inspection académique est implanté sur le site et permet la mise en place d'une scolarisation adaptée pour certains des enfants hospitalisés. Un dispositif « soins-études » est en place.

Les contrôleurs ont visité l'unité Antarès qui dispose de **douze lits** d'hospitalisation complète et recevait, lors du contrôle, cinq enfants de dix à quatorze ans pour des durées variant de trois semaines à plusieurs mois.

L'équipe médicale comprend 1,5 ETP de pédopsychiatre, un ETP d'interne, 0,5 ETP inscrit au budget de l'établissement n'étant pas pourvu.

L'équipe soignante se compose d'un cadre de santé (0,6 ETP pour l'unité Antarès), 14 ETP d'infirmiers, un ASH et aucun aide-soignant. Il n'y a pas d'éducateur mais, selon les

informations fournies aux contrôleurs, « des liens très structurés ont été mis en place avec les centres de l'enfance du département d'Ille-et-Vilaine ». Selon les déclarations faites aux contrôleurs, il est arrivé, sous l'empire de la loi de 1990, que des enfants soient placés dans le cadre d'une hospitalisation d'office, mais aucun soin psychiatrique sur décision du représentant de l'État n'a été ordonné depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011.

Le processus d'admission comporte une phase préalable de pré admission avec les représentants de l'autorité parentale.

Les placements dans les unités d'adultes sont « très rares » : ils font l'objet d'un protocole particulier lié à la prise en charge de l'enfant. Depuis novembre 2011, une psychiatrie de liaison a été instituée avec le pôle hospitalier « mère-enfant », qui dispose d'un service d'urgences pédiatriques.

L'isolement est exceptionnel. Lors de la visite, une enfant de 14 ans, ayant suscité un grand nombre d'événements indésirables disposait d'une pièce aménagée avec un matelas au sol où elle pouvait être placée à certains moments de la journée. Lorsqu'un isolement doit être mis en place pour un motif thérapeutique, les titulaires de l'autorité parentale sont informés et rencontrés.

Le recours à la contention demeure très rare, de l'ordre de quatre à cinq fois par an, selon les informations recueillies.

4.2.9 Le recours à l'isolement et à la contention

Trente unités d'hébergement de nuit sont présentes sur le site du CHGR, dont deux unités sont en travaux. Toutes ne sont pas équipées de chambres d'isolement.

Il existe vingt-sept chambres d'isolement, dont deux étaient en travaux et une positionnée dans les locaux du « plan blanc » qui étaient, lors de la visite des contrôleurs, occupés, à la suite d'un incendie.

Pôle	Unités	Taux d'occupation %	
		AOÛT 2012	3 DERNIERS MOIS
CHGR TOTAL		88.06 %	86.81 %
G03/G12	De Clérambault	87,03	77,66
	Pierre Deniker	97,49	91,73
	Pinel	93,67	85,38
G04	Regain	100	94,37
	Brocéliande	92,55	93,85
G05	Magnan		
	Morel		
	Falret	100	94,57
G06	Anne de Bretagne	97,54	96,98
	Mucchielli	93,7	97,42
	Pierre Janet		
G07	Sainte-Elisabeth	67,8	68,25
	John Cade	88,42	71,68
	Saint-Vincent	89,5	73,17

G08	Jean Wier	85,77	91,17
	Racamier	98,76	87,2
	Henri Laborit	51,79	62,33
G09	Canguilhem	100	100
	Gladys Swain	90,11	96,16
	Botrel	ND ²⁸	ND ²⁴
	Pussin	ND ²⁴	ND ²⁴
G10	Paumelle	85,78	76,62
	Jean Delay	92,56	92
	Laënnec	98,12	99,37
Intersecteur			
<i>G03 G05 G10</i>	Sainte-Marie	60,44	71,68
<i>G05 G08 G10</i>	Paul Bernard (UMA)	88,31	82,49

Taux **d'occupation des chambres d'isolement**

Source : *direction de l'information médicale (DIM) CHGR*

Un programme de travaux de mise en conformité de douze chambres d'isolement a débuté en 2010 ; en 2012 cinq chambres restent encore à rénover. Vingt-cinq chambres d'isolement étaient opérationnelles pendant la visite des contrôleurs.

Certaines unités d'hospitalisation à temps plein comportent deux chambres d'isolement (Deniker secteur 35 G G G G 03/G 12 et Pierre Janet secteur 35 G 06), d'autres n'en ont aucune.

Le taux d'occupation en 2011 de l'ensemble de chambres d'isolement est de 80,51 % pour vingt-trois lits ou 88,18 % sur vingt et un lits²⁹.

Pour les trois mois de juin à août 2012, il était de 86,81 % et, pour le mois d'août 2012, de 88,06 %.

Il apparaît à l'analyse de ce tableau et de ces chiffres qu'il est fréquemment fait recours à l'isolement au CHGR. Les contrôleurs ont pu observer au cours de leur visite que certaines unités hébergeaient des patients dont l'état de santé nécessitait un placement en chambre d'isolement pendant plusieurs mois, certains provenant d'unités pour malades difficiles (UMD) et d'autres étant des autistes vieillissants.

Une procédure de « mise en chambre d'isolement » est consultable sur le site intranet du CHGR. Il s'agit de la version 2 de cette procédure qui a été validée en septembre 2009. Elle comporte les fiches suivantes :

- fiche 1 : décision de mise en chambre d'isolement (MCI) ;
- fiche 2 : indications et contre-indications à la MCI ;
- fiche 3 : prescription médicale ;
- fiche 4 : déroulement de la MCI ;
- fiche 5 : vérification sécurité et hygiène. ;
- fiche 6 : surveillance et pris en charge ;

²⁸ Non disponible, en raison de l'absence de chambre d'isolement dans cette unité.

²⁹ Au cours de l'année 2011 des chambres ont été fermées en raison du plan de rénovation de celles-ci.

Y sont adjointes trois annexes :

- annexe I : Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé « l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie », ANAES juin 2008 ;
- annexe II : Attitude du personnel lors d'une situation d'urgence ;
- annexe III : Aménagement standard d'une chambre d'isolement.

Les contrôleurs ont visité les deux chambres d'isolement qui se trouvent dans le bâtiment Jacques Prévert qui héberge les unités de soins, Sainte-Marie (au rez-de-chaussée) et Paul Bernard (étage). Les deux chambres présentent une configuration quasi-identique.

Disposées à l'écart de la zone d'hébergement principal de chaque unité, la chambre de Sainte-Marie a une superficie de 11,34 m² et celle de Paul Bernard de 12,53 m². Elles s'ouvrent sur un sas dans lequel une lucarne, sur le côté, permet de voir la tête du lit. L'horloge fixée au mur dans le sas est également visible depuis la chambre grâce à cette lucarne. La seconde porte est aussi munie d'un oculus vitré. Les chambres sont récentes, propres et claires grâce à la présence d'une large baie vitrée : celle de Sainte-Marie, qui donne sur l'entrée de l'unité, est recouverte, sur sa partie inférieure, d'un film afin de la protéger du regard des passants et des patients de l'unité qui y viennent fumer ; celle de Paul Bernard donne sur le chantier de la future UHSA et donnera plus tard sur le mur d'enceinte. Les lits – une planche en bois – sont placés au centre de la pièce avec des sangles de contention déjà installées.

De l'autre côté du couloir, une partie sanitaire comprend un lavabo, une douche, un WC (les deux fermant de l'intérieur) et un placard individuel.

La surveillance est horaire, le personnel consignait son passage dans le logiciel CIMAISE ; il a été indiqué que le psychiatre et l'interne passaient tous les jours.

Le patient à l'isolement n'a pas la possibilité de fumer à Sainte-Marie où on lui propose des substituts nicotiques ; à Paul Bernard, il peut fumer à la fenêtre entrebâillée de quelques centimètres.



4.3 L'hospitalisation des personnes dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale

Le CHGR accueille les personnes détenues dans les deux établissements pénitentiaires rennais : le centre pénitentiaire pour femmes (CPF) et celui pour les hommes de Rennes-

Vezein. Rattaché au pôle de médecine pénitentiaire, le service médico-psychologique régional est implanté au CP de Rennes-Vezin.

Les patients détenus sont répartis dans les unités, comme d'autres patients hors secteur, en fonction du mois et du jour de leur naissance (à titre d'exemple : du 1^{er} janvier au 17 février : 35 G 03). Le patient hors secteur mais déjà connu est orienté vers le service dans lequel il a été pris en charge auparavant. Lorsqu'une personne détenue présente un intérêt médiatique, il arrive qu'elle soit enregistrée par l'hôpital sous un autre nom.

Une difficulté avec la préfecture pour obtenir rapidement un arrêté d'hospitalisation après le certificat médical initial a été signalée. « Dernièrement, un certificat a été établi à 14h mais le départ n'a eu lieu qu'à 23h ». Il en serait de même pour les retours en établissement pénitentiaire, « ce qui a des conséquences sur la prise en charge lorsqu'ils s'effectuent en service de nuit ».

Depuis 2005, un protocole décrit les modalités de prise en charge des patients détenus hospitalisés en SDRE au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale. La version révisée date de novembre 2009 et vise la loi du 27 juin 1990. Il n'a pas été révisé depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.

Le protocole décrit les six « actions à réaliser » suivantes :

- **Accompagnement**

Le transport de l'établissement pénitentiaire vers l'hôpital est assuré par le CHGR. Les conditions d'accompagnement sont les mêmes que pour les autres SDRE : deux agents sont présents, dont au moins un homme et un personnel infirmier. Ces derniers doivent emporter le matériel de contention et un téléphone portable.

- **Accueil dans l'unité de soins**

Le protocole prévoit que le patient détenu est systématiquement placé en chambre d'isolement « et y est maintenu, avec ou sans contention, selon l'évaluation clinique initiale du médecin senior ou de l'interne de garde ».

- **Dans les 24 heures**

Une évaluation clinique est réalisée par un psychiatre senior qui confirme ou infirme l'hospitalisation sous contrainte et le placement en chambre d'isolement.

- **Prise en charge**

« La prise en charge en chambre d'isolement se fait conformément à la procédure prévue pour tous les patients ». L'évaluation clinique est quotidienne.

Le protocole indique que lorsqu'un patient détenu est sorti de la chambre d'isolement sur prescription médicale, il est hospitalisé dans une unité fermée et le personnel doit s'assurer « au moins toutes les heures » de sa présence. Lorsque les soins ne peuvent pas être réalisés dans une unité fermée, le patient détenu est maintenu en chambre d'isolement « en vue de prévenir les fugues, les risques de suicide, les troubles du comportement... et de garantir la sécurité des patients et des soignants. Cette conduite à tenir doit être justifiée par écrit dans le dossier ».

« Toute disparition doit être immédiatement signalée au cadre de santé du service ou de garde, à l'accueil/bureau des entrées et à la direction ».

Les modalités relatives au téléphone, aux visites, au courrier sont renvoyées à des instructions données par l'établissement pénitentiaire en fonction du statut pénal du patient détenu. Une fiche de liaison doit être transmise à cet effet ; à défaut, le directeur de garde du CHGR prend l'attache du chef d'établissement pénitentiaire.

- **Fin de prise en charge**

Le retour en établissement pénitentiaire est assuré par le personnel de cette administration. La récupération se fait au niveau de l'entrée à l'hôpital ou, sur autorisation du directeur du CHGR, à l'entrée de l'unité de soins.

« Les informations médicales utiles à la prise en charge sont remises en mains propres à un médecin par un infirmier ou transmises sous pli fermé confidentiel portant la mention "secret médical à n'ouvrir que par un médecin" ».

- **Transfert pour une consultation ou une hospitalisation sur un autre site**

L'établissement pénitentiaire doit être préalablement informé, « afin d'organiser les mesures de surveillance nécessaires en lien avec le statut pénal ».

Selon les multiples témoignages recueillis sur ce point, les patients détenus arrivent allongés et contentionnés sur un brancard. Le transport n'est jamais assuré par une société d'ambulance mais par les moyens propres de l'hôpital. Les patients rejoignent une chambre d'isolement ; pour ce faire, du fait de la sur-occupation de l'hôpital, cela peut donner lieu à la sortie anticipée d'un patient placé en chambre d'isolement afin d'y admettre le patient détenu.

Malgré les dispositions du protocole, la plupart des patients détenus sont en réalité maintenus en chambre d'isolement. Les contrôleurs ont pu noter lors de leurs entretiens avec les soignants que ces derniers ignoraient bien souvent qu'un patient détenu pût être pris en charge ailleurs que dans cette chambre. Les constatations faites par les contrôleurs sont variables selon les unités : dans certaines, ils ont observé que des patients détenus restaient toujours en chambre d'isolement, dans d'autres, qu'ils étaient en chambre comme les autres patients. Il a été rapporté que les pôles G 03, G 07 et G 09 sortaient les patients détenus des chambres d'isolement, mais, en l'absence de patient détenu hospitalisé lors du contrôle dans ces unités, cette assertion n'a pu être vérifiée.

Bien que le patient soit le plus souvent admis en chambre d'isolement, il n'est plus systématiquement contenu comme cela pouvait être le cas auparavant a-t-il été précisé aux contrôleurs.

Dans les unités, l'organisation de communications téléphoniques ou de visites n'est pas envisagée pour les patients détenus de court séjour.

Au premier jour du contrôle, le 10 septembre 2012, quatre personnes détenues étaient hospitalisées en SDRE :

- trois hommes aux unités Pierre Deniker (G 03), Regain (G 04) et Sainte-Marie (intersecteur) ;

- une femme à l'unité Pierre Janet (G 06).

Sauf cette dernière hospitalisée dans une unité ouverte, les patients détenus étaient tous placés en chambre d'isolement.

Les séjours des patients détenus sont en général brefs : « c'est la contrepartie du placement systématique en chambre d'isolement : les conditions de vie très difficiles auxquelles sont soumises les personnes détenues conduisent les médecins à les faire sortir avant que leur état soit stabilisé ».

En général, le SMPR est informé par l'unité du retour d'un patient détenu en établissement pénitentiaire.

Il a été indiqué que les fugues de patients détenus étaient rares et inexistantes, s'agissant des femmes.

Selon les chiffres transmis par l'hôpital, trente-neuf patients détenus ont été admis, pour soixante-sept entrées au total, entre le 29 mars et le 8 décembre 2010. Les chiffres ultérieurs n'ont pu être communiqués.

La consultation des **registres de la loi** renseigne sur l'importante proportion de patients détenus par rapports à l'ensemble des admissions en SDRE :

- pour les hommes, sur les 100 pages relevant l'ensemble des admissions pour la période du 27 décembre 2011 au 12 août 2012 (n°4 001 à 4 100), il est noté 37 patients détenus, tous en provenance du CP de Rennes-Vezin, dont la longueur du séjour est la suivante³⁰ :
 - moins de quatre jours : 17, soit près de la moitié ;
 - de quatre à neuf jours : 13, soit un peu plus d'un tiers ;
 - de dix à vingt jours : 5 ;
 - vingt-cinq jours : 1.

La durée moyenne de séjour des hommes est de 6,2 jours ;

- pour les femmes, sur les 100 pages relevant l'ensemble des admissions pour la période du 27 janvier 2011 au 12 janvier 2012 (n°1 447 à 1 546), il est noté 73 patientes détenues, toutes en provenance du CPF de Rennes :
 - moins de quatre jours : 29 (40 %)
 - de quatre à neuf jours : 22 (30 %)
 - de dix à vingt jours : 12 (16 %)
 - de vingt et un à trente jours : 10 (14 %).

La durée moyenne de séjour des femmes est de 8,5 jours.

Ces hospitalisations concernent souvent – surtout chez les femmes détenues – les mêmes personnes.

³⁰ La dernière personne était toujours hospitalisée, après avoir été admise le 23 juillet 2012.

Les contrôleurs ont rencontré les personnels qui effectuent la prise en charge des personnes détenues devant être admise au CHGR : un aide-soignant de l'équipe de prévention et d'intervention (EPI) et un soignant de l'unité d'hospitalisation temps plein d'admission du patient composent l'équipe qui va chercher le patient détenu à la maison d'arrêt ou au centre de détention. La personne détenue est en attente d'hospitalisation au titre de l'article D.398 du CPP soit dans une petite cellule à proximité de la porte d'entrée en détention, soit en cellule de prévention d'urgence (CPRoU). Une équipe de surveillants pénitentiaires, s'étant équipée des tenues d'intervention, accompagne le patient jusqu'aux soignants. Le patient est toujours revêtu d'un pyjama anti-suicide.

Il est indiqué que l'arrivée en provenance du service médico-psychiatrique régional (SMPR) du centre pénitentiaire de Rennes-Vezin justifiait à lui seul de « faire attention ». Lors du contrôle un patient était hospitalisé sous ce régime et se trouvait depuis huit jours en chambre d'isolement. Il a indiqué être arrivé en ambulance attaché sur un brancard. Il a vu un médecin dès son arrivée. Pour satisfaire ses besoins naturels, il disposait d'un urinoir portable. Il ne savait pas si sa famille et son avocat avaient été avisés de son hospitalisation. Il considère que les entretiens avec les médecins, comme ils sont retranscrits en direct par celui-ci sur un logiciel de traitement de texte ne permettent pas un véritable dialogue. Il estime que la nourriture de l'hôpital est meilleure que celle de la prison ; il n'a pas été informé de la durée de son hospitalisation.

5 LES SOINS SOMATIQUES

5.1 La médecine générale

Le CHGR n'a pas mis en place de service centralisé de médecine générale. Un médecin généraliste, à temps plein ou à temps partiel, est affecté à chaque secteur d'hospitalisation à temps plein.

Certain secteurs ont également recruté sur ces postes des médecins gériatres. D'autres secteurs ne souhaitent pas recruter de médecins généralistes estimant que : « les psychiatres sont également et avant tout des médecins » ; en pratique les contrôleurs ont pu observer que ce sont les internes de spécialité en psychiatrie qui assurent la prise en charge de soins courants. Les dispositions de l'article 51 de la loi HPST relatives aux protocoles de collaboration entre professionnels de santé ne sont pas appliquées. La Haute autorité de santé (HAS) dans son rapport de certification avec mesure de suivi de juin 2011 mentionnait que l'établissement était invité à s'améliorer sur le critère de la continuité et de l'organisation de soins.



5.1.1 Le bâtiment médico-technique

Le bâtiment médico-technique est situé à proximité du restaurant du personnel. Immeuble de trois niveaux de construction récente, il est d'une superficie totale de 4 000 m².

Il abrite :

- au niveau 2 :
 - le laboratoire d'analyse médicale d'une surface de 480 m² ;
 - 390 m² de surface sont occupés par des locaux syndicaux ;
- au niveau 1 :
 - la médecine du travail de 174 m² ;
 - les locaux de consultations de spécialités de 1290 m² ;
- au niveau 0 : la pharmacie à usage intérieur de 1860 m².

Les consultations, au niveau 1, sont accessibles par un parking et une desserte permettant de déposer les patients depuis un véhicule sanitaire léger. Elles s'ouvrent par un hall de 8,5 m² qui dessert :

- à gauche, une salle d'attente ouverte, une salle d'attente protégée d'une surface totale de 79 m² ainsi que des sanitaires pouvant accueillir une personne en fauteuil roulant ;
- à droite des vestiaires pour les hommes et les femmes, (17 m² chacun), ainsi que des sanitaire (10 m²) pour ceux accessibles au public. Ils peuvent accueillir une personne en fauteuil roulant ;

Un couloir distribue successivement :

- un espace de recherche composé de quatre bureaux (15 m² chacun), dont deux sont séparés par une salle « vidéo » de 3 m² pouvant accueillir des patients, un secrétariat-salle d'attente (13 m²), des toilettes pour enfants et adultes ;
- une salle de réunion (19 m²) ;
- une salle de dilatation des pupilles (8 m²) ;
- un bureau commun de consultation d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie (25 m²),
- une salle de consultation commune pour la dermatologie et la pneumologie (23 m²) ;

- un espace de consultation en cardiologie comprenant : une salle de consultation (27 m²), un bureau infirmier (10 m²), une salle d'examen (15 m²), une salle d'urgence (12 m²), des sanitaires (7 m²) ;
- une salle de radiographie de (26 m²), sur laquelle donnent trois déshabilleurs de (2,3 m²) ;
- une salle d'interprétation des clichés (23,5 m²) ;
- un espace d'odontologie-stomatologie de 60 m², comprenant trois cabinets dentaires (8 m² chacun), un bureau pour les praticiens (13,5 m²), un bureau infirmier (14,7 m²), une salle de stockage du matériel stérile (7 m²), une salle de désinfection (5,6 m²), une salle de conditionnement du matériel (16,7 m²) ;
- un espace d'anesthésiologie autour d'un espace de dégagement de 12,7 m², comprenant une salle de consultation (14 m²), une salle de prémédication (20 m²), une salle d'intervention (25,8 m²), une salle de surveillance post-intervention (29 m²). Cet espace est réservé à l'électro-convulsivothérapie-thérapie (ECT).

Ce couloir délimite le périmètre d'un espace central qui comporte :

- deux patios de 25 m² chacun ;
- un secrétariat (30 m²) ;
- une salle d'électro-encéphalographie(EEG) de 23 m² ;
- une salle d'archive (17 m²) ;
- un bureau infirmier (10 m²) ;
- une salle d'attente pour la radiographie (10 m²).

Tous ces espaces sont largement éclairés par des fenêtres et des puits de lumière. L'ameublement est récent et n'a souffert d'aucune dégradation. Les locaux sont parfaitement propres.

Il règne dans ce secteur de consultation une ambiance calme et apaisante.

5.1.2 Les personnels

L'équipe de soignants du bâtiment-médico-technique (BMT) comporte :

- une équipe d'accompagnants, composée de 3,8 ETP d'aides-soignants ou d'infirmiers, travaillant du lundi au vendredi de 8h50 à 17h. Ce sont des postes dits « réservés ». Ils accompagnent les patients à pied au sein de l'hôpital ou en véhicule en dehors du site avec le service des transports. Cette équipe permet de ne pas démunir les équipes des unités d'hospitalisation à temps plein pour l'accompagnement d'un patient vers une consultation somatique par exemple ;
- un service de « coursiers », constitué de 3,80 ETP d'aides-soignants ou d'ASH travaillant du lundi au vendredi de 7h50 à 16h. Ce sont des postes dits « réservés ». Ce service dispose de trois véhicules et assure les courses du laboratoire (prélèvements biologiques par exemple) et de la pharmacie ;

- quatre ETP d’infirmières ;
- un ETP de secrétaire médicale ;
- un ETP d’agent administratif ;
- un ETP de cadre de santé.

5.1.3 Les consultations de spécialités et les examens para cliniques

Les activités de ce service, dit service médico-technique (SMT), sont coordonnées par un médecin, en arrêt de travail lors de la visite des contrôleurs. Le cadre de santé prend en charge l’organisation des soins paramédicaux.

Les différentes activités du service sont décrites ci-après.

5.1.3.1 L’unité d’électro convulsivothérapie (ECT)

L’électro convulsivothérapie (ECT), anciennement sismothérapie ou électrochocs, est une méthode de traitement par l’électricité utilisée en psychiatrie, sous anesthésie générale. Ce traitement est souvent utilisé en complément des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.

Cette activité se déroule trois fois par semaine, de 8h à 11h. Les anesthésistes viennent du service d’accueil des urgences du centre hospitalo-universitaire de Rennes. Une convention a été établie à cette fin entre le centre hospitalier Guillaume Régnier et le centre hospitalo-universitaire. Chaque psychiatre ayant posé l’indication de l’ECT vient la pratiquer. Huit à neuf ECT ont lieu par demi-journée.

En 2011, 725 ECT ont été réalisées, chaque patient ayant été traité à six ou huit reprises. Les patients sont accompagnés par un soignant de l’unité où il est hospitalisé et qui reste présent pendant la totalité du traitement. Le patient peut retourner dans son service après être resté une heure en salle de réveil.

5.1.3.2 Les explorations fonctionnelles

Le secteur des explorations fonctionnelles du service médicotechnique (SMT) est particulièrement développé, essentiellement autour de l’exploration des troubles du sommeil.

Jusqu’en juillet 2012, se pratiquait au SMT une activité de recherche autour de la stimulation magnétique trans-crânienne répétitive (rTMS) pour les personnes souffrant de mélancolie et de troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Cette activité, au regret de l’équipe, a été transférée dans un service du pôle universitaire.

5.1.3.2.1 Electrocardiogramme (ECG)

Le service dispose de deux appareils à ECG dont un portable. Il existe également deux appareils portables à l’accueil. Ces quatre appareils sont les seuls officiellement présents au CHGR. Certains services se sont équipés de leur propre appareil grâce à des dons.

Depuis la dernière accréditation, un contrôle électrocardiographique systématique en chambre d’isolement a été instauré. Les infirmières du SMT peuvent être amenées à se

déplacer dans les différentes chambres d'isolement à quatre ou cinq reprises par jour pour pratiquer un ECG

Au cours de l'année 2011, 2 582 électrocardiogrammes ont été effectués.

5.1.3.2.2 Electroencéphalogramme (EEG)

Les EEG sont pratiqués par des infirmiers qui ont suivi une formation spécifique. Ils sont interprétés deux fois par semaine par un neurologue qui effectue également des consultations de troubles du sommeil.

350 électroencéphalogrammes ont été pratiqués en 2011.

5.1.3.2.3 L'enregistrement polysomnographique (EPSN)

La polysomnographie consiste à enregistrer différentes variables physiologiques au cours du sommeil. Les enregistrements de nuit ne sont pas pratiqués au CHGR, les patients équipés d'enregistreurs partent à leur domicile.

Ces examens peuvent être pratiqués les lundi après-midi et les jeudis dans la journée. Le lendemain, ils peuvent être amenés à pratiquer un test itératif de latence d'endormissement (« TILE »), qui se fera les mardis matins.

5.1.3.2.4 L'actimétrie

L'actimétrie consiste à enregistrer les mouvements au moyen d'un petit enregistreur, de la taille d'une montre, qui stocke en mémoire les mouvements. Ainsi peut-être objectivement évaluée l'agitation d'un patient.

Ces explorations sont prescrites par un psychiatre qui viendra les interpréter une fois par semaine.

5.1.3.3 L'odontologie

L'unité d'odontologie est équipée de trois fauteuils dentaires. Le service est rattaché au centre de soins dentaire du CHU, trois étudiants en soins dentaires en 6ème année encadrés par un enseignant assurent quatre demi-journées de soins ; un poste de praticien à temps plein en odontologie est vacant.

Un praticien a mis en place depuis de nombreuses années la pratique des soins dentaires sous mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA). Cette technique permet les soins des personnes les plus malades sans entrainer de douleur et donc d'angoisse et d'agitation.

L'assistance dentaire au fauteuil ainsi que la pré-décontamination, le lavage en machine des instruments et l'ensachage sont assurées par :

- 1,5 ETP d'infirmiers ;
- 1 ETP d'aide-soignante.

La stérilisation est assurée deux fois par semaine par la clinique mutualiste de la sagesse à Rennes qui possède, avec le CHU, l'agrément pour effectuer ces opérations. Le transport est assuré par le CHGR et le contrôle des sachets stérilisés par la pharmacie.

Il est possible de mettre en place des prothèses dentaires, à la charge financière du CHGR, pour les patients hospitalisés depuis plus de dix-huit mois.

5.1.3.3.1 La radiologie

Les actes de radiologie sont assurés par des manipulateurs en électroradiologie (1,2 ETP), présents de 9h à 17h. Les radiographies se font sur rendez-vous.

Deux radiologues à 0,2ETP assurent les interprétations des clichés osseux, un pneumologue (0,2 ETP) interprète les radiographies du thorax et assure des consultations.

En 2011, 3 104 actes de radiographies ont été pratiqués.

5.1.4 Les consultations de spécialités

Différentes consultations de spécialités sont organisées.

5.1.4.1.1 Cardiologie

Les traitements psychotropes entraînent des effets cardiologiques de la plus grande gravité. Les recommandations nationales de la haute autorité de santé (HAS) exigent des contrôles électrocardiographiques réguliers. Deux cardiologues assurent 0,6 ETP au total ; ils rencontrent en consultation la totalité des patients qui vont être traités par ECT et font des interprétations écrites des électrocardiogrammes effectués au SMT par des infirmières formées.

En 2011, 2 582 électrocardiogrammes, dix-neuf poses de Holter (enregistrement du rythme cardiaque pendant 24 h), trente-sept monitorings ambulatoires de la pression artérielle (MAPA : enregistrement de la tension artérielle pendant 24 h) ont été effectués.

5.1.4.1.2 Dermatologie

En 2011, vingt-cinq consultations de dermatologie ont été assurées par un dermatologue qui intervient à hauteur de 0,1 ETP, ce qui correspond en moyenne à une consultation toutes les deux semaines).

5.1.4.1.3 Ophtalmologie

Un ophtalmologiste intervient à raison de 0,1 ETP. Les lunettes peuvent être prises en charge financièrement par l'hôpital dès lors que le patient y est hospitalisé depuis plus de trois mois.

5.1.4.1.4 Pédicurie

Un pédicure travaille à 0,8 ETP à l'établissement. Il intervient une à deux fois par mois, en fonction des besoins, dans les unités de géronto-psychiatrie, à la maison d'accueil spécialisée et pour les patients non valides.

Au SMT, il encadre sept étudiants en pédicurie le lundi matin. Le matériel est stérilisé selon les mêmes modalités que le matériel dentaire (cf. § 4.3.1.3.3).

5.1.5 La kinésithérapie

5.1.5.1 Les locaux

Les locaux de kinésithérapie sont situés au rez-de-chaussée du pavillon André Breton.

On entre dans une salle d'attente (8 m²), en libre accès, équipée de chaises. Dans cette salle, se trouvent deux portes fermées à clé. La première, sur la gauche de la porte d'entrée, donne sur un bureau (18 m²) utilisé pour des soins individuels ; la deuxième, également fermée à clé, est équipée d'une sonnette. Elle ouvre sur un couloir de 18 m de longueur qui dessert :

- à droite : quatre bureaux de soins individuels de 23 m² chacun. Ils sont équipés d'un bureau, de chaises, d'une table de massage et d'un appareil d'électro stimulation. Ces bureaux sont largement éclairés par de grandes fenêtres.
- à gauche :
 - une réserve de 36 m² où sont entreposés : des fauteuils roulants manuels et électriques, des cannes anglaises, des ballons, des morceaux de mousse de tailles variées, des orthèses ;
 - une salle de kinésithérapie (60 m²), équipée d'une cage de travail, d'un escalier de rééducation, d'une cage de rocher avec pouliothérapie, un espalier suédois et de divers autres matériels de rééducation.

Ces pièces sont obscures et de nombreuses gaines de chauffages passent au plafond. Il a été précisé aux contrôleurs que lorsque le chauffage fonctionne, la température de ces pièces est très élevée.

- au fond du couloir une grande salle d'activité collective de 170 m². Elle est peu éclairée par des vasistas. Le sol est en partie recouvert de tapis de sol. A côté de cette salle une salle de détente de 6 m².

5.1.5.2 L'activité

Cette équipe de kinésithérapie est la seule existante dans un hôpital psychiatrique, selon les informations fournies aux contrôleurs. Cette volonté de créer une activité à part entière de kinésithérapie avait été initiée et soutenue par la précédente équipe de direction.

L'équipe est constituée d'un cadre de santé à 0,5 ETP, et de 6,1 ETP de kinésithérapie (une personne est en longue maladie). Un aide-kinésithérapeute est présent sur le site de la MAS du « Placis vert ».

Les horaires des personnels sont de 8h à 17h. Les kinésithérapeutes ne sont pas spécifiquement attachés à un secteur et travaillent de préférence dans les unités. Mais ils reçoivent également des patients sur rendez-vous sur place.

En 2011, 13 222 actes de kinésithérapie ont été effectués. Les kinésithérapeutes peuvent être amenés à prendre en charge des patients en chambre d'isolement.

Certains patients admis en SDT viennent jusqu'au service de kinésithérapie pour des activités de groupe :

- l'éveil corporel : deux séances d'une heure par semaine, réservées aux adolescents et aux personnes hospitalisées dans l'unité de prise en charge des addictions ;
- la gymnastique douce, une fois par semaine, de stimulation motrice ;
- la balnéothérapie. Le bassin de balnéothérapie est situé dans un autre bâtiment. Ce sont les kinésithérapeutes qui assurent la surveillance bactériologique et biologique du bassin. De construction récente, ce bassin est équipé de vestiaires séparés pour les hommes et les femmes avec douches et toilettes. Ceux-ci débouchent dans la salle proprement dite, vitrée, qui comprend un grand bassin pouvant être recouvert d'une bâche en matière plastique, un lève-malades permettant la mise à l'eau des personnes à mobilité réduite, un plan incliné et un escalier d'accès à l'eau ainsi que divers aménagements pouvant permettre des mouvements et des jeux d'eau. De nombreux matériels de travail en mousse flottante sont rangés sur les bords du bassin.

L'activité de balnéothérapie n'est actuellement plus assurée par le service qui a connu ces derniers mois un grave déficit de personnels. Le renouvellement de l'équipe qui s'est également rajeunie, devrait permettre de mettre en place des séances de balnéothérapie pour les patients souffrant de lombalgies, selon les éléments rapportés aux contrôleurs.

Le bassin de balnéothérapie est occupé par les équipes des secteurs selon un planning d'accès mis en place au 1er septembre 2012. Le bassin est accessible de 9h à 19h en semaine. Les contrôleurs ont rencontré deux patients et deux soignants lors de leur visite des lieux.

5.1.6 La pharmacie

5.1.6.1 Les locaux

Les locaux de la pharmacie, qui occupent le niveau 0 du bâtiment médicotechnique (BMT) se composent de trois surfaces :

- l'une réservée aux médicaments de 700 m² dont 410 m² de stockage ;
- une deuxième (34 m²), pour les gaz médicaux ;
- une dernière (33 m²), pour les dispositifs médicaux re-stérilisables.

5.1.6.2 Les personnels

Les effectifs de la pharmacie sont les suivants :

- un ETP de praticien universitaire-praticien hospitalier (PU-PH) ;
- un ETP de PH ;
- deux internes en pharmacie ;
- un ETP de cadre de santé ;

- huit ETP de préparateurs en pharmacie (sept postes théoriques) ;
- un ETP de cadre médicotechnique ;
- un ETP de secrétaire.

5.1.6.2.1 L'activité

Le pharmacien chef de service est universitaire ; il consacre cependant plus de la moitié de son temps à la direction de la pharmacie du CHGR.

Le projet de service, polyvalent, a pour objectif une robotisation des armoires à pharmacie avec une gestion des stocks grâce au logiciel « Génois[®] ». Ainsi une préparation nominative pourra être faite.

En septembre 2012, 20 % des prescriptions étaient validées en temps réel. La pharmacie n'effectue pas de préparation magistrale. Lors de la visite des contrôleurs, un patient avait un produit en autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Un produit est en rétrocession³¹.

Le service des transports du CHGR assure la livraison de la dotation des services une fois par semaine. Quotidiennement le coursier effectue une tournée de livraison « urgentes » qui concerne surtout les traitements somatiques.

La pharmacie gère également les traitements de substitution aux opiacés : Méthadone[®], buprénorphine haut dosage, et Suboxone[®].

Lors du contrôle, un état des lieux des différentes actions d'éducation thérapeutique était en cours de réalisation afin de mettre en place un « groupe d'éducation thérapeutique » piloté par les pharmaciens.

La pharmacie contrôle également les lots de matériels de dentisterie et de pédicurie stérilisés à la clinique mutualiste de la Sagesse.

Le directeur de l'établissement dans son courrier du 6 mai 2013 a transmis les précisions du chef de service de la pharmacie qui "assure :

- l'approvisionnement et la gestion des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L.4211-1 ainsi que les dispositifs médicaux stériles et la dispensation des médicaments, gaz médicaux et dispositifs médicaux stériles avec une délivrance globalisées (DDG) et à la délivrance nominative pour les médicaments stupéfiants, ATU (autorisation temporaire d'utilisation) en essais cliniques, les produits sanguins stables, les médicaments à marge thérapeutique étroite ;
- l'aide à la thérapeutique avec une analyse et une validation des prescriptions en les confrontant aux référentiels du bon usage du médicament ;

³¹ Revente par la pharmacie hospitalière à des patients en soins ambulatoires de produits réservés aux collectivités, afin de poursuivre un traitement débuté au cours d'une hospitalisation.

- la réalisation de préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques et la division de produits officinaux ;
- la rétrocession ou vente de médicaments, essentiellement psychotropes au public ;
- la gestion du circuit de stérilisation des DMR (dispositif médical réutilisable) en lien avec le service médicotechnique et le sous-traitant.

La prise en charge médicamenteuse du patient au sein de l'établissement est informatisée de la prescription à l'administration à l'aide du logiciel Génois®. Une permanence pharmaceutique est organisée pour fournir ces prestations 24h/24. Le projet de service prévoit outre l'augmentation de l'analyse et validation des prescriptions en temps réel, la sécurisation des doses à administrer à l'aide d'un automate de préparation des doses nominatives installée à la pharmacie. Une première étape prévoit le reconditionnement en nominatif des médicaments fournis en conditionnement on unitaire par l'industrie pharmaceutique".

5.1.7 Le laboratoire

5.1.7.1 Les locaux

Les locaux du laboratoire d'analyses médicales sont situés au niveau 2 du BMT, accessible depuis l'avenue Alfred Jarry, la voie de circulation interne au CHGR qui passe devant le restaurant du personnel.

On pénètre dans un hall de 15 m², qui communique, au travers d'une banque d'accueil, avec un secrétariat de 25 m². Un couloir de 17 m² dessert les bureaux du chef de service (17 m²) et de son assistant (11 m²).

A droite un couloir de circulation dessert les locaux techniques :

- à droite :
 - la salle de tri des échantillons (15 m²) ;
 - le laboratoire de biochimie (30 m²) ;
 - le laboratoire de bactériologie de (16 m²).

Lors de la visite des contrôleurs, des travaux étaient en cours afin que ces deux locaux soient parfaitement séparés ce qui n'était pas le cas antérieurement.

- à gauche :
 - une salle de détente (16 m²) ;
 - le laboratoire d'hématologie (28 m²) ;
 - le laboratoire de sérologie (20 m²) : c'est dans cet espace que seront faits les dosages sanguins médicamenteux réclamés par le corps médical. Il faudra auparavant doter le laboratoire d'un équipement spécifique.
 - un couloir perpendiculaire au précédent de 20 m² dessert :

- le local d'entrepôt des solvants (9 m²) ;
- le local de stockage des consommables (21) m² ;
- le local de décontamination et de lavage (11 m²) ;
- le local pour les poubelles (9 m²).

5.1.7.2 Les personnels

Le personnel du laboratoire comprend :

- un praticien hospitalier à temps plein, chef de service ;
- un praticien hospitalier à temps partiel à 0,6 ETP
- un interne ;
- un ETP de secrétaire ;
- 3,7 ETP de laborantines.

5.1.7.3 L'activité

La prescription des examens biologiques se fait directement par voie électronique sur le logiciel « CIMAISE ».

Un travail d'information a permis d'obtenir un taux de remplissage à 100 % des renseignements cliniques, ce qui permet aux biologistes de rendre des résultats commentés en fonction de la clinique.

L'activité du laboratoire est la suivante :

<i>Activité Laboratoire</i>	2009	2010	2011
<i>Nbre d'analyses réalisées</i>	150 944	165 238	229 968
<i>Nbre de B³²</i>	4 469 714	4 387 251	4 304 279
<i>dont B réalisés pour l'extérieur</i>	12 433	20 149	14 391
<i>Coût du B *</i>	0.159	0.166	0.167

³² B : lettre clé de tarification des examens biologiques

5.2 La continuité des soins

5.2.1 Le cadre de santé de nuit

Trois cadres de santé assurent à tour de rôle une présence de 18h30 à 6h, 365 jours par an. Ils ont à leur disposition un véhicule de service.

Leur bureau est à proximité de celui de l'agent d'accueil ; ils encadrent une équipe d'infirmiers de nuit qu'ils répartiront dans les différents secteurs en fonction des besoins. Ils assurent également la gestion des lits disponibles et en particulier la gestion des chambres d'isolement pour les patients admis en urgence ou au titre de l'article D.398 du code de procédure pénale.

La nuit, toutes les unités d'hospitalisations sont fermées.

L'équipe d'internes de garde dispose, dans le bureau du cadre de santé de nuit, d'un appareil à électrocardiogramme, d'un défibrillateur automatique, d'un oxymètre de pouls, d'un pousse seringue électrique, d'une nutripompe.

5.2.2 La continuité des soins somatiques

Une ligne d'astreinte opérationnelle de médecine générale assure la continuité des soins somatiques. Les astreintes sont assurées, de 18h30 à 8h30, par les praticiens en médecine générale de l'établissement.

5.2.3 La continuité des soins psychiatriques

Une ligne d'astreinte opérationnelle, de 18h30 à 8h30, de praticiens hospitaliers en psychiatrie est assurée par les praticiens seniors du CHGR.

Une ligne de garde sur place au service d'accueil des urgences du centre hospitalo-universitaire, de 18h30 à 8h30, est assurée par les psychiatres du CHGR (y compris les psychiatres du SMPR) et les psychiatres de l'équipe mobile de psychiatrie du CHU qui assurent également une présence de 8h30 à 18h30 au SAU.

Les internes du CHGR assurent :

- une grande garde de 8h30 à 8h30 le lendemain ;
- une petite garde de 16h30 à 8h30 le lendemain ;
- une demi-garde : chaque jour de 18h30 à 1h au SPAO.

Des astreintes à domicile sont assurées par :

- les internes en pharmacie ;
- les internes en biologie.

Ces différents tableaux de garde correspondent à 1 095 gardes sur places d'internes, 365 gardes de seniors en psychiatrie au CHU, 1 460 astreintes à domicile.

6 Les conditions de vie au travail

6.1 Dialogue social

Les contrôleurs ont rencontré à leur demande des organisations syndicales, ainsi que de nombreux professionnels sur le site du CHGR.

Tous déplorent l'introduction de méthodes managériales résultant de l'application de la loi HPST axées trop exclusivement sur des approches financières au détriment d'une « réelle » politique de gestion des ressources humaines.

Plusieurs conflits se sont déroulés depuis le début de l'année 2012, en raison de la sur-occupation de lits dans le CHGR et des conditions dans lesquelles la direction de l'établissement comme la tutelle – l'ARS de Bretagne – auraient fait face à cette situation par accroissement des lits mais en demandant des redéploiements de personnels.

6.2 « Sur-occupation et surpeuplement »

Un conflit social a éclaté au début de l'année 2012, qui a conduit l'ARS) et le CHGR à mettre en place, au début de février 2012, un plan d'action afin de « pallier le contexte de sur-occupation ». Celui-ci comportait trois aspects :

- au 1^{er} mars 2012, ouverture de sept lits par le déménagement de l'unité Magnan et la réouverture de l'unité Daumézon ;
- la transformation temporaire de l'unité Kraepelin en unité d'hospitalisation complète pour vingt lits ;
- enfin, l'ouverture temporaire de l'unité Sainte-Marie pour vingt lits.

Au total, l'engagement ainsi pris permettait de disposer de quarante-sept lits avec des redéploiements de personnels et des embauches supplémentaires. La comptabilisation de ce phénomène est effectuée hebdomadairement par la direction du CHGR.

De leur côté, certaines organisations syndicales, de manière déclarative, établissent des relevés quotidiens qui divergent en raison d'une prise en compte de paramètres non retenus par la direction. Ainsi, il ressort de ces tableaux les éléments suivants :

Date	Nbre de lits autorisés	Taux d'occupation (en %)
05/03/2012 à 10h30	599	108,21
09/03/12	599	107,49
12/03/12	599	107,93
19/03/12	599	108,13
26/03/12	609	109,01

Date	Nbre de lits autorisés	Taux d'occupation (en %)
02/04/12	609	107,65
10/04	609	105,33
16/04	629	105,65
24/04	628	102,95
30/04	624	105,26
07/05	626	103,59
14/05	622	106,71
21/05	622	101,93
29/05	622	106,58
08/06	622	106,03
15/06	622	104,69
02/07	623	103,49

Au 10 septembre 2012, la situation, selon les organisations syndicales était la suivante :

TABLEAU DE LA SURPOPULATION AU CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER DE RENNES		10.09.2012 10h30			
unité de soins	Service	Nombre de patients	Nombre de lits autorisés *	différentiel	Taux d'occupation
<i>Sainte-Anne</i>	<i>G03</i>	20	20	0	100,00%
<i>pierre Deniker</i>	<i>G03</i>	22	17	5	129,41%
<i>Pinel</i>	<i>G03</i>	26	25	1	104,00%
<i>de Clérambault</i>	<i>G03</i>	24	24	0	100,00%
<i>Kraepelin</i>	<i>G03</i>	15	15	0	100,00%
<i>Botrel</i>	<i>G09</i>	27	28	-1	96,43%
<i>Gladys Swain</i>	<i>G09</i>	25	24	1	104,17%
<i>G Canguilhem</i>	<i>G09</i>	23	21	2	109,52%
<i>Pussin</i>	<i>G09</i>	21	20	1	105,00%
<i>Sainte-Marie</i>		21	20	1	105,00%
<i>Brocéliande</i>	<i>G04</i>	19	20	-1	95,00%
<i>Marronniers</i>	<i>G04</i>	15	15	0	100,00%
<i>Regain</i>	<i>G04</i>	17	20	-3	85,00%
<i>Mucchielli</i>	<i>G06</i>	25	24	1	104,17%

TABLEAU DE LA SURPOPULATION AU CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER DE RENNES		10.09.2012 10h30			
<i>Pierre Janet</i>	G06	20	19	1	105,26%
<i>Anne de Bretagne</i>	G06	21	24	-3	87,50%
<i>Sainte-Elisabeth</i>	G07	22	25	-3	88,00%
<i>Saint-Vincent</i>	G07	21	23	-2	91,30%
<i>John Cade</i>	G07	20	20	0	100,00%
<i>Magnan</i>	G05	23	23	0	100,00%
<i>Morel</i>	G05	26	25	1	104,00%
<i>Falret</i>	G05	22	22	0	100,00%
<i>UMA Paul Bernard</i>	G05	17	20	-3	85,00%
<i>Jean Wier</i>	G08	23	20	3	115,00%
<i>P.C. Racamier</i>	G08	20	20	0	100,00%
<i>Henri Laborit</i>	G08	19	20	-1	95,00%
<i>Jean Delay</i>	G10	27	24	3	112,50%
<i>Philippe Paumelle</i>	G10	27	25	2	108,00%
<i>Laennec</i>	G10	20	19	1	105,26%
total		628	622	6	101,19%

Ces documents sont transmis deux fois par semaine à la direction de l'établissement et à l'ARS. La direction n'a pas mis en place de procédure de concertation avec les partenaires sociaux qui permettrait de disposer de données communes.

La comparaison montre un écart moyen de neuf places entre les données fournies par les organisations syndicales et celles transmises par la direction du CHGR.

La « variation des lits supplémentaires et des surpeuplements » au pôle secteur 35 G 04 illustre cette situation.

En réalité, quatre lits supplémentaires sont « enregistrés » pour faire face à un manque de places. Même s'ils n'étaient pas occupés au moment du contrôle – ils étaient disposés dans l'espace de communication entre les unités Regain et Brocéliande –, le recours aux lits supplémentaires est fréquent pour prendre en charge – éventuellement au-delà de la capacité théorique de l'unité – des patients, notamment en provenance d'autres secteurs faute de places disponibles dans les unités d'admission de leur ressort. Cette dernière éventualité est nommée : « surpeuplement ».

C'est pourquoi, depuis la fin de l'année 2010, il a été mis en place un suivi journalier de la « variation des lits supplémentaires et des surpeuplements ». L'examen de ces données fait apparaître que :

- le nombre de lits supplémentaires a été en moyenne de 2,55 lits par jour en 2011, avec un maximum relevé en septembre (3,73). Sur les huit premiers mois de 2012, la moyenne des lits supplémentaires rajoutés chaque jour a baissé : 1,67 lit, avec toutefois une pointe en mars (2,74 lits). Dans le trimestre allant de mai à juillet 2012, la totalité des quatre lits supplémentaires a été utilisée à cinq reprises ;

- la moyenne mensuelle des surpeuplements a été de 7,18 patients en 2011, avec un pic de 10,68 patients pour le mois d'octobre. Sur les huit premiers mois de 2012, la moyenne des surpeuplements a également baissé : 5,23 patients hors G 04, avec toutefois une pointe en mars (10,19 patients). Pour 2012, le nombre de patients en surpeuplement a été respectivement de 6,23 en mai, 3,37 en juin et 1,61 en juillet, le maximum de patients en surpeuplement ayant été de huit.

Le surpeuplement provient principalement des secteurs 35 G 03 et 35 G 10 : « c'est un gros secteur couvrant une zone urbaine et périurbaine avec une demande croissante de soins ».

Cependant, au moment du contrôle, un patient du secteur 35 G 04 était hébergé dans une autre unité. A propos de ce dernier, il a été indiqué que sa sortie était proche et que son retour à l'unité serait inapproprié.

La sur-occupation a des conséquences dans la vie quotidienne des patients : il n'est pas ajouté de deuxième armoire de rangement dans une chambre équipée d'un lit supplémentaire et « il faut se serrer dans la salle à manger... ».

6.3 Évènements indésirables et violences

6.3.1 Évènements indésirables

Un millier d'évènements indésirables sont signalés chaque année par les agents à la direction de l'établissement, dont une vingtaine concerne la gestion du tabac.

	2010	2011	%
<i>Sécurité des personnes</i>	871	759	64
<i>Coordination de la prise en charge</i>	201	193	16
<i>Traitements médicamenteux</i>	5	13	1
<i>Risques Infectieux et toxiques</i>	5	2	0
<i>Vigilances</i>	23	13	1
<i>Hôtellerie /hygiène environnement</i>	79	81	7
<i>Sécurité des biens</i>	120	133	11
<i>Total</i>	1304	1194	

La procédure mise en place est la suivante : l'agent déclarant adresse une « fiche de signalement des événements indésirables et sentinelles » à la direction de la qualité, laquelle lui renvoie un accusé de réception. L'analyse de ces fiches permet de dresser un tableau de bord des risques qui est présenté à la commission « qualité et sécurité des soins ».

S'il y a lieu, la direction de la qualité procède à un signalement au parquet. Il a été indiqué que l'établissement n'avait aucun retour des actions pénales engagées par ce dernier, contrairement aux dispositions de l'article 40-2 du code de procédure pénale. Il

n'existe pas de dispositif de suivi des plaintes déposées à titre individuel par les agents (quatre à cinq par an). Au cours de l'année 2011 et du premier semestre 2012, quatre signalements ont été effectués au procureur de la République de Rennes, dont l'un portant sur une dénonciation de faits susceptibles de revêtir une qualification criminelle.

Les découvertes de produits stupéfiants font l'objet de fiches d'événements indésirables. Lorsqu'ils sont trouvés sur un patient, les produits sont confisqués sur décision du directeur de l'établissement, décision qui est notifiée à l'intéressé ; les produits « saisis » sont remis au chef du bureau des entrées.

Ce dernier les identifie, les pèse et les enregistre. Les saisies sont conservées dans un coffre du bureau des admissions et, périodiquement, contact est pris avec le commissariat de police pour remise.

Au jour de la visite des contrôleurs, une trentaine de saisies était conservée depuis dix mois, consistant essentiellement en des morceaux de résine de cannabis et des sachets ou cigarettes de marijuana et quelques « cachets » de nature indéterminée.

Les remises aux autorités font l'objet d'un procès-verbal.

Les découvertes de produits stupéfiants sur les patients ou dans les locaux sont devenues préoccupantes eu égard à leur nombre et à la déstabilisation des plans de soins qu'elles engendrent.

La perception de l'ampleur du phénomène est cependant apparue très différente entre les acteurs de l'hôpital – patients, familles, direction ou soignants – et les autorités chargées de sa répression.

Afin d'aborder globalement les questions relatives à la sécurité du site, des professionnels et des patients, un **projet de convention** est en cours d'élaboration entre la direction générale du CHGR, les services de police et de gendarmerie et le parquet de Rennes. L'objectif est de constituer une déclinaison locale de la convention signée au plan national entre la Chancellerie et le ministère en charge de la santé. L'avancement de la discussion devait faire l'objet d'une présentation lors d'une réunion du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui se déroulait lors du contrôle. Les thèmes retenus suscitent des réserves appuyées des organisations syndicales qui sont informées de cette démarche.

Au cours de l'année 2011, vingt-six **fugues** de patients en soins sur décision du représentant de l'Etat ont été recensées (il n'existait pas de données plus récentes). Les tableaux fournis par la direction insistent sur les circonstances de ces fugues, en soulignant que « 73 % d'entre elles seraient évitables ».

A la suite de fugues répétées en 2009 et 2010, un système d'évaluation des risques de fugues a été mis en place, à la demande de la préfecture. Il est renseigné dès l'arrivée du patient. Ce dispositif aurait abouti à une baisse des fugues en 2011 et depuis le début de l'année 2012. La forte pression sur la notion de risque de fugue exercée par l'autorité préfectorale a été soulignée ; elle aurait conduit à privilégier la gestion de ces risques au détriment des soins.

Le CHGR n'est pas équipé d'un plan de vidéosurveillance.

S'agissant du traitement de la violence au sein des unités, une équipe de protection d'urgence (EPI) a été constituée.

6.3.2 L'équipe de prévention et d'intervention (EPI)

La direction de l'hôpital a fait le choix en décembre 2007 de créer une équipe d'intervention constituée d'aides-soignants volontaires plutôt que de faire appel à une société de sécurité.

L'EPI est composée de cinq aides-soignants, sous la responsabilité directe du directeur des soins et des cadres de santé de nuit³³. L'EPI a pour mission la prévention des risques professionnels et la protection des personnes et des patients.

Deux aides-soignants sont présents sur l'établissement de 16h à 0h, 365 jours par an. Ils sont positionnés dans une salle de 25 m², équipée d'un répondeur téléphonique, située au-dessus des services centraux du secteur 35 G 10, à proximité de l'entrée principale de l'hôpital.

Il est fait appel à l'équipe d'EPI, lors de toute mise en chambre d'isolement ou d'intervention auprès d'un patient en état d'agitation. Ces missions sont difficilement programmables ; elles arrivent au fur et à mesure des besoins, le plus souvent en fin d'après-midi. Il a été rapporté par les équipes soignantes que « l'EPI intervient en quelques minutes après un appel. Ils sont très réactifs ». Les aides-soignants sont équipés d'un appareil de protection du travailleur isolé (PTI) qui réceptionne les alertes des alarmes de jour et de nuit³⁴, leur permettant de localiser très rapidement les appels d'urgence.

Un des aides-soignants de l'EPI assure également le transport de tous les patients admis sans consentement ; il est alors toujours accompagné d'un soignant de l'unité qui va prendre en charge le patient.

Dans 20 % des cas, les patients ne sont pas sédatisés pendant le transport ; il est fréquemment fait appel aux forces de l'ordre afin d'éviter toute violence sur la voie publique.

Les aides-soignants ont bénéficié d'une formation initiale ; celle-ci leur paraît très utile à l'usage. Elle a été mise en place par un médecin comportementaliste extérieur à l'hôpital. Des séances de *débriefing* sont organisées immédiatement sur place avec l'équipe soignante ; secondairement, l'événement sera repris en groupe avec le cadre de santé et le formateur.

Ces personnels ont également reçu une formation à la maîtrise physique par un policier. L'équipe dispose d'un véhicule spécifique ; elle est dotée d'un paravent en Kevlar® permettant la protection des soignants pendant la maîtrise d'un patient agité. Il a été précisé aux contrôleurs qu'il n'était que très rarement utilisé.

³³ Trois cadres de santé de nuit assurent le roulement du service 365 jours par an. L'un d'entre eux est plus spécifiquement en charge de l'encadrement de l'EPI.

³⁴ Les programmations des PTI de jour et de nuit sont différentes ; les PTI de nuit couvrent un plus grand nombre d'unités.

A titre d'exemple, en juin 2011, l'EPI est intervenue à 213 reprises ; les interventions ont duré en moyenne trente-sept minutes. 160 interventions ont eu lieu en chambre d'isolement, à 90 reprises en renfort préventif et 62 fois en intervention.

Les interventions à l'extérieur ont eu lieu :

- à cinq reprises pour récupérer un patient en fugue ;
- huit fois pour aller chercher une personne détenue dans un établissement pénitentiaire ;
- deux fois pour aller chercher un patient à domicile (dont une avec les forces de l'ordre) ;
- quatre fois, pour aller au CHU y prendre un patient.

Les soignants sont porteurs d'appareil de protection travailleur isolé (PTI) (alarme volontaire, arrachage du cordon, perte de verticalité). En journée l'alarme se déclenche en étoile sur le bâtiment, à partir de 16h elle se déclenche également à l'EPI et à partir de 18h30 également dans le bureau du cadre de santé de nuit.

CONCLUSION

A l'issue de leur visite, les contrôleurs forment les conclusions et observations suivantes :

Observation n° 1 : La sur-occupation a des conséquences dans la vie quotidienne des patients : il n'est pas ajouté de deuxième armoire de rangement dans une chambre équipée d'un lit supplémentaire et « il faut se serrer dans la salle à manger... ». Les autorités de tutelle devraient se préoccuper de cette situation afin d'adapter les capacités de l'établissement aux évolutions démographiques de la région rennaise, afin d'assurer à chaque patient des conditions d'hospitalisation dignes.

Observation n° 2 : Résultant d'une décision des autorités judiciaires, le choix de tenir les audiences du juge des libertés et de la détention au siège du tribunal est mal compris par une majorité de patients. Le nombre des défections suite à des refus ou des incompatibilités médicales est important. L'accompagnement des patients reste perçu par le personnel comme une charge préjudiciable au fonctionnement des unités. Un bilan du dispositif devrait être établi à partir d'éléments chiffrés – proportion des défections par unité et de la durée des audiences par rapport au temps total du déplacement... – et d'un retour d'expérience auprès des patients et des soignants (cf. § 3.2.1 et 3.2.2).

Observation n° 3 : Contrairement aux dispositions de la loi, la décision du directeur de maintenir une personne en SDT après le certificat de huitaine n'est pas établie. De même, les programmes de soins ne sont pas formalisés et la famille d'une personne admise en SDT avec un péril imminent n'est pas informée dans les 24 heures (cf. § 3.2.1). Il est dès lors regrettable que les moyens humains dévolus par l'ARS au CHGR aient été déployés exclusivement pour le transport et l'accompagnement des patients au tribunal et aucunement pour le service des admissions (cf. § 3.2.1) qui, de ce fait, ne renseigne pas le registre de la loi de manière exhaustive (cf. § 3.3).

Observation n° 4 : Le pavillon André Breton de type V150 est encore composé de chambres à trois lits initialement prévues pour deux personnes. Des travaux d'aménagement permettant d'accueillir trois personnes ou une réduction du nombre de patient par chambre devrait être envisagée (cf. § 4.2.1.1.1).

Observation n° 5 : La chambre d'isolement de l'unité Clérambault devrait faire l'objet de travaux afin de permettre un accès direct, sécurisé de la chambre au local sanitaire (cf. § 4.2.1.3).

Observation n° 6 : La mise en pyjama systématique de tous les entrants de l'unité Clérambault porte atteinte à la dignité des personnes et est dégradante (cf. § 4.2.1.3.3) ;

Observation n° 7 : Dans de nombreuses unités, c'est l'équipe d'infirmiers de nuit qui prépare les traitements de la journée. La préparation et la délivrance des traitements devraient être pratiquées par le même infirmier. Une modification des pratiques de service devrait être rapidement mise en place afin d'être en conformité avec la réglementation du circuit du médicament.

Observation n° 8 : Pour le secteur 35 G 04, les conditions d'hospitalisation dans les unités Regain et Brocéliande sont bonnes : locaux modernes et fonctionnels ; projet médical centré sur le respect des droits des patients, de leur dignité et leur intimité ; contrat de soins établi par le patient avec son référent psychiatre ; activités nombreuses ; partage des repas entre patients et soignants (cf. § 4.2.2).

Observation n° 9 : Le secteur 35 G 05 connaît le ratio de lits d'hospitalisation complète le plus élevé de l'ensemble du CHGR (9,1 pour 1 000 habitants), alors que les deux unités (Magnan et Morel) sont implantées dans des locaux provisoires et de facture ancienne (cf. § 4.2.3).

Observation n° 10 : Au sein de l'unité Mucchielli (secteur 35 G 06), un lieu de vie a été spécialement aménagé pour un jeune patient autiste. Il conviendrait cependant de s'interroger sur l'absence de structure de prise en charge au long cours pour ce type de patient (cf. § 4.2.4.4).

Observation n° 11 : Les locaux des unités Jean Wier et Racamier sont récents. Ils présentent une qualité d'hôtellerie satisfaisante en offrant un cabinet de toilette avec douche dans chaque chambre. Il s'en dégage cependant une ambiance de froideur dans les nombreuses pièces peu investies par les activités et la décoration. Les équipes soignantes devraient s'attacher à humaniser ces lieux de vie (cf. § 4.2.6.1 et 4.2.6.2).

Observation n° 12 : Le jardin de l'unité Racamier devrait être sécurisé et rendu accessible pour les patients de cette unité (cf. § 4.2.6.2.1).

Observation n° 13 : La pratique médicale du CHGR est telle que le recours aux chambres d'isolement y est très fréquente et supérieure à ce qui a été constaté dans d'autres établissements de santé mentale comparables. La mise à disposition de seaux hygiéniques n'est pas respectueuse de la dignité des patients (cf. § 4.2.5.8.9, 4.2.7.4.4.3 et 4.2.7.5.3)

Une réflexion de l'ensemble de la communauté médicale devrait faire l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles à ce propos et des dispositifs de traçabilité mis en place³⁵ (cf. § : 4.2.9).

³⁵ Comme l'a recommandé le Contrôleur général dans ses recommandations du 18 juin 2009 parues au journal officiel du 2 juillet 2000.

Observation n° 14 : Le nombre de patients détenus est particulièrement élevé en proportion de l'ensemble des admissions en SDRE : pour une série de 100 hospitalisations répertoriées dans les registres de la loi, on compte 37 hommes détenus et 73 femmes détenues (cf. § 4.3).

Observation n° 15 : Contrairement aux dispositions du protocole de prise en charge, les patients détenus hospitalisés en SDRE sont, dans la plupart des unités, maintenus en chambre d'isolement. La brièveté des séjours – 6,2 jours en moyenne pour les hommes, 8,5 jours pour les femmes – s'explique principalement du fait de ces conditions de vie difficiles et des levées prématurées d'hospitalisation qui peuvent en résulter (cf. § 4.3).

Observation n° 16 : La prise en charge somatique est disparate au CHGR. L'absence de service centralisé de médecine générale peut être à l'origine d'une perte de chance pour certains patients soit par retard d'accès au médecin généraliste, soit par la prise en charge de problèmes de santé en médecine générale par des praticiens spécialisés depuis de nombreuses années (cf. § 5.1).

Table des matières

1	Conditions générales de la visite.....	2
2	Présentation générale de l'établissement	4
2.1	L'implantation.....	4
2.1.1	Les origines du centre hospitalier	4
2.1.2	L'occupation du site du CHGR	5
2.1.3	Le bâtiminaire	6
2.2	Les personnels	7
2.2.1	Le personnel médical	7
2.2.2	Le personnel non médical	9
2.3	Les données financières	10
2.3.1	Le compte de résultat principal.....	10
2.3.2	L'investissement	11
2.4	L'activité	11
2.5	Les capacités de l'établissement.....	13
3	Les hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits	15
3.1	L'arrivée des patients, le service psychiatrique d'accueil et d'orientation et la psychiatrie aux urgences du CHU.....	15
3.1.1	Le service des admissions et l'organisation mise en place.....	15
3.1.2	La période initiale de soins et d'observation	19
3.2	La levée des mesures de contrainte	23
3.2.1	Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011	23
3.2.2	Le contrôle de droit exercé par le juge des libertés et de la détention.....	24
3.2.3	Les décisions du juge des libertés et de la détention.....	27
3.2.4	La levée sur proposition du psychiatre	28
3.2.5	Le collège des professionnels de santé	28
3.2.6	Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures.....	29
3.3	Les registres de la loi	29
3.3.1	La tenue des registres de la loi.....	29
3.3.2	De quelques éléments relevés sur les registres	30
3.4	L'information sur la visite des autorités.....	32
3.5	La protection juridique des majeurs.....	32
3.6	La désignation d'une personne de confiance.....	34

3.7	L'accès à l'exercice d'un culte	34
3.8	La commission départementale des soins psychiatriques	35
3.9	La communication avec l'extérieur	36
3.9.1	La télévision.....	36
3.9.2	Les visites.....	36
3.9.3	Le téléphone.....	36
3.9.4	Le courrier	37
3.10	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge 37	
3.11	Les associations de patients et de leurs familles (UNAFAM)	38
3.12	Traitement des plaintes et réclamations	39
4	Les conditions d'hospitalisation.....	40
4.1	Éléments communs à tous les secteurs.....	40
4.1.1	La restauration	40
4.1.2	L'hygiène	41
4.1.3	Les activités thérapeutiques	42
4.1.4	Les activités occupationnelles.....	43
4.1.5	Le service des transports.....	44
4.2	L'hospitalisation à temps plein	45
4.2.1	L'hospitalisation au pôle hospitalo-universitaire (secteurs 35 G 03, G 09, G 12).....	45
4.2.2	L'hospitalisation au secteur 35 G 04.....	75
4.2.3	L'hospitalisation au secteur 35 G 05.....	87
4.2.4	L'hospitalisation au secteur 35 G 06.....	110
4.2.5	L'hospitalisation au secteur 35 G 07.....	133
4.2.6	L'hospitalisation au secteur 35 G 08.....	152
4.2.7	L'hospitalisation au secteur 35 G10.....	164
4.2.8	L'hospitalisation en pédopsychiatrie	179
4.2.9	Le recours à l'isolement et à la contention.....	180
4.3	L'hospitalisation des personnes dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale	182
5	les soins somatiques.....	186
5.1	La médecine générale.....	186
5.1.1	Le bâtiment médico-technique	187
5.1.2	Les personnels	188

5.1.3	Les consultations de spécialités et les examens para cliniques	189
5.1.4	Les consultations de spécialités.....	191
5.1.5	La kinésithérapie	192
5.1.6	La pharmacie	193
5.1.7	Le laboratoire	195
5.2	La continuité des soins.....	197
5.2.1	Le cadre de santé de nuit.....	197
5.2.2	La continuité des soins somatiques	197
5.2.3	La continuité des soins psychiatriques.....	197
6	Les conditions de vie au travail	198
6.1	Dialogue social	198
6.2	« Sur-occupation et surpeuplement ».....	198
6.3	Évènements indésirables et violences	201
6.3.1	Évènements indésirables.....	201
6.3.2	L'équipe de prévention et d'intervention (EPI)	203
	Conclusion.....	205