



**Unité pour
malades difficiles
du centre hospitalier
du pays d'Eygurande**

(Corrèze)

du 18 au 22 février 2013

Contrôleurs :

- Cédric DE TORCY, chef de mission ;
- Betty BRAHMY;
- Anne LECOURBE;
- Bertrand LORY.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité pour malades difficiles (UMD) du centre hospitalier du pays d'Eygurande (CHPE), situé sur la commune de Monestier-Merlines (Corrèze), du 18 au 22 février 2013.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au CHPE le lundi 18 février 2013 à 15h30. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 22 février à 12h.

Dès leur arrivée, ils sont entrés dans l'UMD après le contrôle de leur identité par l'agent de sûreté, puis ont été accueillis par le médecin chef et le cadre supérieur du pôle de soins intensifs et sécurisés accompagnés du médecin assistant des deux entités composant l'UMD (UMD 1 et UMD 2).

Une réunion de début de visite a été immédiatement organisée avec ces trois personnes, à laquelle s'est joint le directeur du CHPE, dans la salle de réunion de l'UMD 2 qui sert également pour les visioconférences. Cette réunion a permis de présenter la mission des contrôleurs et le fonctionnement du service.

Il a été remis à chaque contrôleur une clé permettant la libre circulation dans l'ensemble de l'UMD ainsi qu'un téléphone portable comportant un dispositif d'appel d'urgence (PTI¹).

Une salle de réunion, avec ordinateur et imprimante, a été mise à la disposition des contrôleurs.

Tous les documents demandés ont été remis aux contrôleurs.

Les patients de l'UMD ont été informés dès le mardi 19 février de la présence des contrôleurs et de la possibilité de les rencontrer en toute confidentialité.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec les patients qu'avec des personnels de santé et des intervenants exerçant sur le site.

La secrétaire générale du préfet de la Corrèze, le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de Brive-la-Gaillarde, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) pour la Corrèze et le bâtonnier de l'ordre des avocats de Brive-la-Gaillarde ont été informés par téléphone de cette visite.

Au cours de leur mission, les contrôleurs ont eu, sur place, des entretiens avec le directeur du CHPE, le président de la commission médicale d'établissement (CME), le médecin généraliste chargé de l'UMD, la responsable du secrétariat médical de l'établissement, la directrice des soins, le directeur de la logistique et la responsable du bureau des entrées. Ils ont assisté à une audience conduite par visioconférence devant le juge des libertés et de la

¹ PTI : protection du travailleur isolé.

détention (JLD) du TGI de Brive-la-Gaillarde.

Ils se sont entretenus par téléphone avec la présidente du TGI de Brive-la-Gaillarde, le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), la responsable du service de la qualité, présidente de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et le représentant départemental de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).

Une réunion de fin de visite s'est tenue le vendredi 22 février à 11h avec le directeur du CHPE, la directrice des soins, le médecin assistant du pôle de soins intensifs et sécurisés, le médecin chef de l'UMD, le président de la commission médicale d'établissement (CME), le cadre supérieur responsable du pôle de soins intensifs et sécurisés et la cadre responsable de l'UMD.

Le CHPE avait déjà fait l'objet d'une visite du Contrôle général des lieux de privation de liberté entre le 13 et le 15 octobre 2009. A cette époque, l'UMD n'existait pas. Un rapport de visite avait été adressé le 5 juillet 2010 au ministre de la santé qui avait répondu le 30 septembre 2010.

Un rapport de constat a été adressé au directeur du CHPE le 15 octobre 2013. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 25 novembre 2013. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 L'implantation

L'origine de l'établissement remonte à 1144 où l'abbé de Mozat, de retour de Palestine, s'installa dans les gorges du Chavanon, y bâtit un ermitage qui deviendra un couvent en 1445 puis, à partir de 1838, l'asile d'aliénés de la Cellette. En 1971, la Congrégation de Saint-Jean-de-Dieu, qui en était devenue propriétaire en 1927, décide de céder l'établissement au département de la Corrèze. Celui-ci crée alors une association chargée de la gestion de « l'hôpital psychiatrique de la Cellette » qui prend dès 1996 le nom de « centre hospitalier du pays d'Eygurande ».

Il est toujours géré par cette association, dirigée par un conseil d'administration constitué pour moitié de conseillers généraux de la Corrèze et présidée par le président du conseil général du département.

L'établissement n'est pas inscrit dans le dispositif de la sectorisation psychiatrique du département de la Corrèze.

Le centre hospitalier, dont l'emprise foncière s'étend sur 50 hectares, est situé au fond d'une gorge, à 2,3 km de la route départementale n° 1089 reliant Ussel à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; cette route est accessible depuis l'autoroute A 89, reliant Bordeaux (Gironde) à Clermont-Ferrand (en passant par Brive-la-Gaillarde, Tulle et Ussel), par les sorties n° 24 et 25 situées à 10 et 15 km du centre. Il est signalisé sur la route départementale à l'embranchement conduisant vers le site.

Le lieu-dit La Cellette se situe à 33 km d'Ussel, 70 km de Clermont-Ferrand, 90 km de Tulle et 109 km de Brive-la-Gaillarde.

La gare SNCF la plus proche se trouve à Merlines, à 10 km du centre hospitalier. La desserte entre Ussel et cette gare se fait par autocar à raison de quatre à cinq liaisons par jour

au prix de 4 euros; le trajet dure 20 minutes. Il n'existe aucune navette entre la gare et l'hôpital.

Le centre hospitalier, qui comporte un certain nombre d'unités situées hors de l'enceinte de la Cellette, est organisé en cinq pôles :

- le pôle de psychiatrie générale ;
- le pôle des déficitaires graves ;
- le pôle d'addictologie ;
- le pôle de réhabilitation psychosociale ;
- le pôle de soins intensifs et sécurisés.

L'ensemble des bâtiments constitue une architecture imposante et s'intègre dans le paysage ; la plupart d'entre eux ont été construits au 19^{ème} siècle avec de nombreux remaniements successifs. Une statue de la Vierge domine l'ensemble du site.

Le bâtiment de « la Cellette » abrite l'accueil du centre hospitalier, le bureau des entrées et des tutelles et les bureaux de l'administration. Au-dessus, se trouve la chapelle.

En face de ce premier édifice, un bâtiment construit à flanc de colline abrite les locaux de soins et d'hébergement ; deux niveaux ont été entièrement refaits au profit de l'UMD et de l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) ; le dénivelé du terrain permet de disposer de cours intérieures sur ces deux niveaux.

La signalétique directionnelle permet de se repérer dans cette structure complexe.

Un parking s'étend du bas de la colline jusqu'à la cour.

Les véhicules sanitaires peuvent amener les patients devant l'entrée commune de l'UMD et de l'USIP qui comporte un sas de sécurité.



Entrée de l'UMD et de l'USIP (véhicules et piétons)

L'UMD est intégrée au pôle de soins intensifs et sécurisés, qui est également en charge de l'USIP et des soins psychiatriques prodigués au sein de l'unité sanitaire du centre de détention d'Uzerche.



L'UMD depuis la cour d'entrée

L'UMD, qui comprend **quarante lits**, s'est constituée en deux entités de vingt lits chacune – l'UMD 1, unité d'admission, et l'UMD 2, unité de préparation à la sortie – ouvertes successivement : l'UMD 1 le 21 novembre 2011 et l'UMD 2 le 3 décembre 2012. Leur création a entraîné une réorganisation de l'ensemble des unités du CHPE de façon à assurer, au sein des bâtiments existants, un espace sécurisé isolé du reste et accessible par une unique porte contrôlée par un agent de sûreté ; dans cette zone, se trouvent l'USIP, l'UMD 1 et l'UMD 2 ainsi que trois espaces destinés aux patients du pôle : le foyer, l'unité d'ergothérapie et un cabinet dentaire inutilisé au moment de la visite des contrôleurs.

Dans son courrier du 25 novembre 2013, le directeur précise : « [...] la séparation UMD 1 Unité d'admission et UMD 2 Unité de préparation à la sortie est une distinction qui n'a plus lieu depuis la visite des contrôleurs. En effet, une réflexion, a été engagée après le mois de février et a conduit à certaines modifications, notamment l'UMD 2 qui peut recevoir des entrées directes. »

L'UMD a une compétence nationale.

Le directeur du CHPE est maire de la commune d'Eygurande depuis mars 2008.

Le jour de l'arrivée des contrôleurs, vingt-deux patients étaient hospitalisés, dont cinq femmes. Durant la visite, un patient est sorti et deux patients ont été admis.

2.2 Les personnels et les conditions de travail

Avec 209 lits en unités intra-hospitalières, l'effectif total de l'établissement, 480 salariés, représente 451,59 équivalents temps plein (ETP) dont **seulement cinq psychiatres dont trois médecins-chefs**.

L'effectif de l'UMD comporte des personnels dont l'activité s'exerce également au profit de l'USIP :

		Nombre (ETP)		
		UMD 1	UMD 2	USIP
Médical	Psychiatre chef du pôle	1 (1)		
	Médecin contractuel responsable de l'UMD *	1 (1)		
	Dentiste	1 (0,2)		
	Généraliste	1 (0,5)		
Paramédical et animations	Psychologues	1 (0,8)	1 (0,8)	
	Ergothérapeutes	2 (2)		
	Psychomotricienne	1 (1)		
	Aide médico-psychologique (foyer)	1 (1)		
	Assistante sociale	1 (0,5)		
	Educateurs	3 (3)	0	
Soignant	Cadre supérieur de santé responsable du pôle	1 (1)		
	Infirmière surveillante (cadre de santé)	1 (1)		
	Infirmiers de jour	11 (11) 6 H, 5 F	8 (8) 4 H, 4 F	
	Infirmiers de nuit	3 (3) 1 H, 2 F	2 (2) 1 H, 1 F	
	Aides-soignants de jour	8 (8) 5 H, 3 F	7 (7) 4 H, 3 F	
	Aides-soignants de nuit	5 (5) 4 H, 1 F	2 (2) 1 H, 1 F	
	Agents des services hospitaliers (ASH)	5 (5)	4 (4)	
Administratif et logistique	Gestion personnel	1 (0,5)		
	Transport (ambulancier)	1 (1)		
	Blanchisserie	1 (0,5)		
	Préparatrice en pharmacie	1 (1)		
Administratif et logistique	Entretien logistique	1 (1)		
	Agent de sécurité	6 (6)		

* : ce médecin, qui occupe un poste de psychiatre, n'en a pas la qualification et ne peut pas, par conséquent, signer les certificats exigés par la loi du 5 juillet 2011.

Parmi le personnel infirmier, six ont le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) ; tous les autres sont infirmiers diplômés d'Etat (IDE).

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un médecin psychiatre serait prochainement recruté pour l'UMD.

Dans son courrier, le directeur du CHPE indique : « Ont été réalisés depuis votre

passage : le recrutement d'un médecin psychiatre (24 juin 2013) ; l'embauche du dentiste (13 mai 2013) ; la pérennisation du poste infirmier en journée continue à l'UMD 2 ; [...] ».

L'ensemble du personnel en poste à l'UMD a choisi d'y travailler ; dans chacune des deux entités, sept infirmiers provenaient d'une autre unité du CHPE.

Les équipes de nuit sont composées exclusivement de volontaires. En cas d'absence de l'un d'eux, le service est assuré par un infirmier d'une équipe de jour.

En principe, la composition minimale de chacune des équipes du matin – de 6h à 14h – et du soir – de 13h à 21h – doit être de **six** personnes dont au moins deux infirmiers et deux hommes pour l'UMD 1 et **quatre** personnes dont au moins deux infirmiers et deux hommes pour l'UMD 2 ; au sein des équipes de l'UMD 1, une personne au moins assure le service toute la journée – de 8h à 16h ou de 9h à 17h – sauf les week-ends et jours fériés. Les équipes de nuit – de 20h30 à 6h30 – sont composées de trois personnes dont un infirmier pour l'UMD 1 et deux personnes dont un infirmier pour l'UMD 2.

Au cours des mois de décembre 2012, janvier et février 2013, le nombre de personnes présentes simultanément au sein de chaque équipe de jour a été le suivant (compté en demi-journées) :

Nombre de personnes présentes simultanément		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Nombre de demi-journées	
U M D 1	En semaine				2	14	18	39	35	9	6		
	En week-end et jour férié			4	43	10							
U M D 2	En semaine	1	10	70	24	12	5						
	En week-end et jour férié ²		23	30	1								

A l'examen des plannings des trois mois précités, il apparaît qu'à l'UMD 1, l'équipe comportait chaque jour ouvrable au moins une personne assurant le service toute la journée tandis qu'à l'UMD 2, l'équipe comportait une telle personne seulement vingt-cinq des soixante-deux journées ouvrables.

Lorsqu'un soignant arrive, il est placé en « doublure » les trois premiers jours de son service.

Peu de temps avant l'ouverture de l'UMD 1, un séjour de formation d'une semaine à l'UMD de Cadillac (Gironde), par groupes de quatre, a été proposé à tous les soignants déjà présents au CHPE et destinés à travailler à l'UMD ; l'ensemble du personnel concerné y est allé à l'exception de trois personnes.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un certain nombre de thèmes de formation étaient proposés à tout arrivant, totalisant une vingtaine de jours :

- violence et agressivité ;
- mise à jour des savoirs sur la psychiatrie (pour les aides-soignants) ;
- relations d'aide (comment aborder le patient) : initiation et perfectionnement ;

² Le tableau du planning de décembre n'indique pas le personnel de service à l'UMD 2 les 1^{er} et 2 décembre.

- aspect juridique ;
- connaissance du milieu ;
- analyse des pratiques.

Ce dernier thème est traité avec l'équipe au complet en présence d'un psychiatre extérieur à l'établissement et en l'absence des cadres de santé ; il tient lieu de groupe de parole.

Par ailleurs, un dossier comportant 198 diapositives a été réalisé à l'intention du personnel travaillant à l'UMD 2. Ce dossier très complet aborde les sujets suivants :

- cadre conceptuel d'une UMD ;
- projet de soin ;
- dangerosité ;
- agressivité, violence et passage à l'acte ;
- populations accueillies.

Il a déjà été utilisé au profit de la moitié des équipes ; il a été indiqué aux contrôleurs que l'autre moitié et les personnes volontaires de l'UMD 1 devraient recevoir cette formation prochainement.

2.3 L'activité

Depuis l'ouverture de l'UMD, le 21 novembre 2011, vingt-six patients ont été admis dont cinq femmes.

Le tableau suivant indique la répartition des patients selon leur mode d'hospitalisation :

Patients admis sur décision du représentant de l'Etat	Patients détenus admis en application de l'article D.398 du code de procédure pénale	Patients admis en vertu de l'article L 122-1 du code pénal (irresponsabilité pénale)
25	6	4

Pour l'année 2012, selon le bilan annuel de l'UMD,

- la moyenne d'âge des patients a été de 31 ans ;
- la durée moyenne de séjour a été de 173,1 jours ;
- le taux d'occupation a été de 73,51 % ;
- sept patients avaient fait un séjour dans une autre UMD avant leur admission à Eygurande ;
- six patients ont été transférés à l'UMD 2 ;
- seize patients sont sortis de l'UMD.

3 L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

3.1 Les modalités d'admission des patients

La procédure d'admission ne concerne que l'UMD 1, l'UMD 2 n'accueillant que des patients en provenance de l'UMD 1.

Le médecin qui suit le patient dans son hôpital d'origine adresse la demande d'admission directement à l'UMD, le plus souvent par courrier, accompagnée d'un tableau clinique ; parfois, le courrier a été précédé, en amont, d'échanges téléphoniques de médecin à médecin ou de cadre de santé à cadre. Les demandes écrites ne sont jamais rejetées

d'emblée, sauf circonstance particulière faisant obstacle à l'admission, par exemple si l'intéressé ne fait pas l'objet d'une décision de soins par le représentant de l'État ou l'autorité judiciaire ou encore s'il s'agit d'un patient déficitaire profond. Un dossier de pré-admission est envoyé à l'établissement demandeur, par télécopie en cas d'urgence pour un retour également par télécopie, et la demande est examinée au vu de la réponse fournie.

Ce dossier comporte les rubriques suivantes :

- origine de la demande : coordonnées de l'établissement et du médecin demandeurs ;
- données administratives et sociales du patient : éléments d'identité et coordonnées, situation familiale, entourage, mesure de protection juridique, protection sociale, situation socioprofessionnelle, antécédents de séjour en UMD, antécédents judiciaires, prise en charge actuelle ;
- biographie (enfance, parcours scolaire et professionnel, situation familiale, relations, événements marquants) ;
- anamnèse (histoire de la maladie) ;
- diagnostic CIM³ (en précisant s'il existe un retard mental et son niveau) ;
- histoire de l'épisode et motifs de l'hospitalisation dans le service demandeur ;
- éléments d'histoire institutionnelle (hospitalisations, IME⁴, IMpro⁵, ESAT⁶, projet avec accompagnement social) ;
- données infirmières : présentation de la personne, constantes, mises en chambre de soins intensifs ;
- habitudes de vie ;
- centres d'intérêt du patient – loisirs – ergothérapie ;
- renseignements médicaux à fournir (liste).

Au sein de l'UMD, une **commission des admissions** se réunit tous les vendredis matin pour examiner les dossiers de pré-admission reçus aux cours de la semaine ou de la quinzaine précédente. La commission d'admission est composée du médecin-chef du pôle, du médecin assistant de l'UMD, de la surveillante ou, à défaut, du cadre supérieur de santé du pôle, d'un infirmier, d'un aide-soignant et de la psychologue de l'UMD 1.

Fait notamment débat l'opportunité d'accueillir la personne compte tenu des pathologies ou des comportements actuels des patients déjà présents ; à cet égard, les observations des soignants sont prises en compte, chacun donnant son avis argumenté. Ces éléments peuvent conduire à une acceptation de principe de la demande mais à différer la date de l'admission. En revanche, l'UMD ayant une compétence nationale, l'origine géographique ne constitue en rien un critère de rejet ou d'accord.

En cas d'acceptation, un courrier en ce sens, à la signature du médecin-chef du pôle, est adressé à l'établissement demandeur. Il s'agit d'une lettre type, préparée par le secrétariat médical de l'établissement, fixant éventuellement la date de l'admission – toujours un lundi ou un mercredi à 13h30. Le document précise que l'admission se fera sous réserve de la transmission de l'arrêté de transfert du préfet de département d'origine et de l'engagement de reprise du même préfet huit jours avant l'admission. Copie de ce courrier est adressée au bureau des entrées et à l'UMD.

³ CIM : Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

⁴ IME : institut médico-éducatif

⁵ IMpro : institut médico-professionnel

⁶ ESAT : établissement et service d'aide par le travail

Avant l'envoi de la décision, un appel téléphonique explicatif est passé par la surveillante ; celle-ci demande notamment à être prévenue si la démarche n'est pas maintenue ou si une place a déjà été retenue dans une autre UMD ou dans une autre structure de soins.

Un courrier à la signature de la surveillante est également adressé à l'établissement demandeur ; il demande l'expédition de l'arrêté de transfert « 96 heures avant l'admission », précise les éléments du trousseau qui doit accompagner l'arrivant – comprenant une cartouche de cigarettes non entamée et « 100 euros minimum, par virement » – et indique les démarches à effectuer et informations à donner (notamment sur le traitement médical et les mensurations du patient).

Les courriers d'admission sont également transmis à l'ARS, le « médecin adresseur » devant également lui envoyer le certificat de transfert sur le fondement duquel va être pris l'arrêté préfectoral d'admission.

L'accord du médecin – le courrier adressé par le médecin chef à son confrère – est également transmis au bureau des entrées qui adresse l'accord administratif d'admission à l'établissement de départ ; ce dernier peut prendre l'attache de l'ARS dont il relève pour faire produire l'arrêté de transfert.

Selon la « liste de gestion des dossiers de pré-admission » communiquée aux contrôleurs, depuis son ouverture, l'UMD a été saisie de 108 demandes :

- vingt-trois ont ultérieurement été annulées dont dix-huit au motif explicite que le patient avait été admis dans une autre UMD (quatorze) ou une USIP (quatre) ;
- dix-sept ont fait l'objet d'un refus ;
- trente-trois personnes ont été admises à l'UMD ;
- l'information sur la suite de l'examen des demandes manque pour les trente-cinq autres.

Au 20 février 2013, la situation des vingt-deux patients présents était la suivante :

Au plan géographique : vingt et un provenaient de l'ensemble du territoire métropolitain, le dernier avait été transféré d'un établissement de Guadeloupe ; trois patients avaient été transférés de l'UMD de Cadillac, ces transferts ayant tous pour motif un rapprochement familial.

Au plan juridique :

- quatre patients étaient admis sur le fondement de l'article 706-135 du code de procédure pénale (personnes ayant bénéficié d'une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale) ;
- quatre patients étaient admis au titre de l'article D.398 du code de procédure pénale (personnes détenues) ;
- les quatorze autres patients avaient été admis dans l'établissement d'origine sur le fondement d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ;

Par ailleurs :

- un patient faisait l'objet d'une mesure de tutelle ;
- sept patients, d'une mesure de curatelle renforcée ;
- cinq, d'une mesure de curatelle simple ;
- un était placé sous sauvegarde de justice.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'UMD évitait d'organiser des admissions en fin d'année afin de ne pas perturber, en période de fêtes, les conditions de maintien des liens familiaux. De même, le passage de l'UMD 1 vers l'UMD 2, qui provoque une rupture des liens avec le personnel soignant puisque les équipes sont distinctes, a été évité en fin d'année malgré l'ouverture le 3 décembre 2012 de l'UMD 2 qui est donc restée vide pendant un mois.

Lors de son ouverture, le 21 novembre 2011, l'UMD 1 n'a accueilli qu'un patient au cours de la première semaine, puis un patient par semaine durant les trois semaines suivantes, puis deux patients par semaine.

Les neuf patients présents à l'UMD 2, le 20 février 2013, venaient tous de l'UMD 1. Les admissions programmées devaient conduire à l'occupation de toutes les places de l'UMD 1 à la fin du mois de février.

3.2 Les modalités d'arrivée du patient

L'UMD n'est pas un service d'urgence ; toutes les admissions sont programmées plusieurs jours à l'avance ; le patient est attendu, son arrivée préparée. L'arrêté préfectoral d'admission, l'arrêté de transfert et le dossier de pré-admission complet sont parvenus à l'UMD le jeudi précédent et un contact téléphonique a été pris le vendredi afin de préciser les conditions de trajet et les identités des soignants accompagnants.

Tous les patients sont conduits au CHPE dans un véhicule sanitaire, l'organisation du transport étant à la charge de l'établissement d'origine. À l'arrivée du véhicule devant le portail extérieur du sas de l'UMD, la surveillante de l'unité sort devant l'entrée, se rend auprès des soignants accompagnateurs, se présente et vérifie l'identité du patient avec les documents d'admission. Si une escorte des forces de l'ordre a accompagné le véhicule sanitaire, elle reste à l'extérieur de l'établissement.

Une fois les vérifications opérées, le véhicule sanitaire passe dans le sas et stationne devant la porte du rez-de-chaussée de l'UMD 1 qui donne accès à la salle d'accueil. Le patient sort du véhicule, entre directement dans cette salle accompagné des soignants de l'établissement d'origine et de ceux de l'UMD. Il a été indiqué aux contrôleurs que le patient pouvait, avant d'entrer, être autorisé à fumer une cigarette.

Après être entré dans la salle, le patient est invité à passer sous le portique de détection des objets métalliques.

Le chef du bureau des entrées (BE), aux heures ouvrables, ou le cadre administratif de garde, qui s'est rendu à l'UMD, notifie ses droits au patient en lui remettant un document intitulé « Information sur l'hospitalisation sans consentement » (cf. *infra* § 3.3.1). Un infirmier lui lit la partie du livret d'accueil portant règlement intérieur de l'UMD (cf. § 3.3.1). Il lui fait signer ce document, la signature devant être précédée de la mention manuscrite « déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur ». Ce document est conservé dans le dossier du patient tenu à l'UMD.

Le patient dépose ses effets personnels dans la salle d'accueil, se défait, le cas échéant, de ses bijoux et piercings et remet au chef du BE ses valeurs et documents d'identité.

Le chef du BE, qui conserve les valeurs dans son coffre, établit un reçu de dépôt des bijoux, espèces, cartes de paiement et chèques, passeport, permis de conduire, téléphone portable. Ce reçu est signé par le patient ou, en cas de refus ou si le patient n'est pas en état de le faire, par deux témoins. Les espèces sont déposées à la banque des patients.

La carte d'identité et la carte vitale restent dans le service, qui peut en avoir besoin à

tout moment – y compris lorsque le bureau des entrées est fermé – en cas de sortie d'urgence, notamment pour une hospitalisation.

Le patient va alors se changer pour revêtir le pyjama et les chaussures fournis par l'établissement. Il est ensuite conduit vers une chambre de soins intensifs pour une période d'observation programmée de 48 heures maximum ; cette période peut être rapportée à 24 heures selon son comportement.

L'inventaire contradictoire des effets (vêtements, livres, MP3) est réalisé par le personnel soignant à la sortie de la chambre d'isolement. Ce document, une photocopie du reçu du bureau des entrées – le cas échéant –, la carte d'identité et la carte vitale sont conservés dans le dossier du patient dans l'unité. Il a été constaté que l'inventaire contradictoire n'est pas signé par le patient. Les effets sont conservés à la bagagerie ; lorsque le patient passe dans l'UMD 2, il pourra en reprendre certains, notamment ses vêtements personnels.

Le livret d'accueil de l'UMD est donné au patient dans la semaine qui suit son arrivée, après la période d'observation. Il le conserve dans le casier personnel dont il dispose, dans le couloir des locaux de « jour », et peut donc le consulter dans la journée.

Sa situation juridique est expliquée au patient par le médecin lors du premier entretien ; il a été indiqué que la surveillante de l'UMD ou les autres soignants renouvellent éventuellement ces explications, notamment en ce qui concerne le passage devant le JLD, la commission de suivi médical (CSM) ou les possibilités de demande de mainlevée. La dispensation de ces explications n'est pas tracée.

Les contrôleurs ont assisté à l'admission d'un patient le mardi 19 février 2013.

Celui-ci avait quitté le centre hospitalier Sainte-Marie de Nice (Alpes-Maritimes) à 5h20, après avoir pris son petit déjeuner. Il avait voyagé en position semi-allongée, sous contention, dans une ambulance, accompagné par un infirmier, un aide-soignant et deux chauffeurs ainsi qu'un véhicule de gendarmerie assurant son escorte ; il s'agissait d'une personne détenue toujours écrouée à la maison d'arrêt de Nice.

Il a rapporté aux contrôleurs que le voyage s'était déroulé sans difficultés et qu'il avait bénéficié de deux arrêts pour fumer une cigarette et se rendre aux toilettes.

Avant que l'ambulance ne pénètre dans le sas, il a été procédé à une vérification de l'identité du patient.

Le véhicule sanitaire a pénétré dans l'enceinte à 12h40. Les gendarmes sont demeurés à l'extérieur du site.

Le véhicule s'est présenté en marche arrière devant l'entrée de l'UMD 1. Les sangles de contention ont été retirées et, comme le patient était calme, il lui a été proposé de se rendre à pied dans le bâtiment. Trois sacs de vêtements et d'objets personnels qui avaient été apportés par les soignants de Nice ont été remis à leurs collègues de l'UMD aux fins d'inventaire.

Le patient a été accueilli par deux infirmiers de l'UMD, qui se sont présentés en indiquant leur prénom. L'un d'eux s'est enquis de sa pointure. Le patient a demandé à fumer une cigarette. Il lui a été répondu qu'il lui serait possible de le faire à l'issue des formalités d'admission.

Le patient a pénétré dans le local servant aux admissions ; il est passé sous le détecteur de métaux et il lui a été proposé de s'asseoir dans un des fauteuils. Un des deux infirmiers

s'est placé face à lui et, en présence du second infirmier, lui a lu à haute voix les dix-neuf articles du règlement intérieur de l'UMD puis lui a demandé de dater et de signer ce document (cf. § 4. 1) ; un troisième infirmier – tous de sexe masculin – est arrivé. Les deux soignants du CHS de Nice étaient encore présents.

Le patient a été invité à se rendre dans le local sanitaire dédié au salon de visite des familles pour retirer ses vêtements et revêtir le pyjama fourni par l'établissement pour son séjour en chambre de soins intensifs. Ce local comprend un wc en émail, un lavabo muni d'essuie-mains, une chaise et un paravent utilisé si un soignant devait se tenir dans la pièce, dans les cas difficiles.

Lorsque ces formalités ont été achevées, les deux soignants du CHS de Sainte-Marie se sont retirés après avoir serré la main de leur patient.

Ce dernier a de nouveau été invité à passer sous le portique de détection en pyjama, tee-shirt et chaussures de sport. Les soignants n'ayant pas noté cette formalité, il a dû passer une troisième fois.

A 13h, il a été conduit à la chambre de soins intensifs (CSI) n°1. Il a été invité à laisser ses chaussures devant l'entrée de la chambre. L'accès au local sanitaire de la CSI est demeuré fermé. Il lui a été indiqué qu'une surveillance vidéo était installée ainsi qu'un micro et que c'était par ce moyen qu'il aurait à demander l'usage des wc. Le patient s'est alors plaint de ne pas avoir d'accès libre au wc.

Il a demandé un régime sans porc.

Un des infirmiers lui a expliqué que le séjour en CSI était de 48 heures pour observation.

Il lui a été précisé également qu'il rencontrerait le médecin généraliste puis le psychiatre dans l'après-midi, qu'il allait recevoir son plateau-repas et qu'ensuite il pourrait fumer une cigarette. Le patient a alors déclaré qu'il préférerait se passer de son repas et fumer tout de suite car « je suis un gros fumeur ». L'infirmier a expliqué qu'« il existe un cadre à l'UMD avec des horaires pour fumer et qu'il faudra qu'il s'y soumette ».

Le repas apporté au patient était constitué d'une salade de pommes de terre, de fromage Saint-paulin, de pain et d'une bouteille d'eau de 50 cl. Il a été mis à sa disposition une cuillère en métal, un gobelet et une assiette en plastique.

A 15h, le patient a pu fumer sa première cigarette.

Conformément à la prescription médicale, un comprimé anxiolytique lui a été administré.

Les contrôleurs ont constaté que le séjour en CSI n'a en fait duré que 24 heures en raison de comportement du patient.

3.3 La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

L'UMD ayant commencé à fonctionner après l'entrée en application de la loi du 5 juillet 2011, les conditions de mise en œuvre qui avaient été arrêtés en concertation avec le tribunal de grande instance de Brive-la-Gaillarde ont été naturellement appliquées pour les patients de l'UMD.

Ces derniers sont tous admis en soins psychiatriques sur le fondement d'une décision du représentant de l'État (SPDRE) ; en vertu des dispositions de l'article L.3213-8 du code de la santé publique, ce dernier ne peut décider de mettre fin à la mesure de soins qu'après avoir pris l'avis d'un collège composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient,

d'un psychiatre n'y participant pas et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Il a été indiqué que la mise en œuvre de la loi avait été ressentie comme une contrainte administrative en raison de la charge, pour les trois psychiatres de l'établissement, que représentait la production des différents certificats médicaux mais que le « regard extérieur » que constitue le contrôle du juge était considéré comme utile par les médecins et soignants.

Le personnel soignant de l'unité a été informé des dispositions de la loi par le cadre supérieur de santé et la surveillante ; un document reprenant ses différents éléments a été élaboré et mis à disposition du personnel.

Ce document explicite, en sa première partie, les conditions de placement en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en procédure normale, en cas de péril imminent et en procédure d'urgence ; cette première partie n'est pas directement utile à l'UMD mais elle est justifiée par le fait que le personnel soignant est susceptible d'effectuer des remplacements dans tous les services du CHPE. La seconde partie, qui porte sur les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, intéresse plus directement le personnel de l'UMD.

Par ailleurs, dans chacun des deux bureaux des infirmiers, une fiche plastifiée permet à ceux-ci de donner des explications à un patient qui en manifesterait la demande. Cette feuille indique, sur une page, l'organisation de l'audience avec le JLD et la portée des décisions qu'il est amené à prendre :

- « Maintien de l'hospitalisation complète : le JLD, au vu des certificats médicaux, estime que la poursuite des soins se révèle nécessaire étant donné la situation propre au patient (établissement classique et UMD).
- Levée de l'hospitalisation ; le JLD estime que les soins sans consentement n'ont plus raison d'être.
 - En hospitalisation classique : sortie de l'établissement
 - En UMD : avis de la commission de suivi médical obligatoire ».

3.3.1 Les documents informatifs donnés aux patients

Lors de l'arrivée, les patients sont informés verbalement de leurs droits. Dans la semaine qui suit cette arrivée, un « **livret d'accueil patient UMD** » leur est remis. Ce livret comporte, en première page, un mot d'accueil du directeur, les coordonnées postales et téléphoniques de l'établissement, une photographie générale de l'ensemble des locaux ainsi qu'un extrait de carte routière permettant de situer le CHPE dans le département.

Ce document aborde ensuite les rubriques suivantes :

- « **Votre admission** » : la situation de soins « à la demande d'un représentant de l'État »⁷ et les motifs possibles de la décision (nécessité de soins, atteinte à l'ordre public, irresponsabilité pénale, détention) ; les composantes des frais d'hospitalisation (séjour, frais médicaux et de transport) et la charge financière pour le patient (ticket modérateur, forfait journalier) ;
- « **Votre séjour** » : les associations d'usagers et leurs coordonnées téléphoniques ; la possibilité de visite d'un représentant de la religion du patient ; la couleur des tenues des différents personnels ; les horaires des repas et la possibilité de régimes spécifiques ; les conditions d'envoi et de réception de courriers ; le fonctionnement

⁷ La dénomination exacte est « sur décision du représentant de l'Etat ».

de la banque des patients ; les missions du service d'accueil du CHPE ; les conditions d'utilisation du téléphone ; les conditions de déroulement des visites ; le coiffeur et l'esthéticienne ; l'espace social ; le traitement des objets et effets personnels et le dépôt des valeurs ; le service social ; l'audience devant le juge des libertés et de la détention, son rythme, sa fonction et son déroulement ; le principe d'accueil des personnes les plus démunies ; l'interdiction de fumer dans les locaux et les risques d'incendies ; la possibilité pour les familles de rencontrer le médecin ; des règles de respect de la vie collective ;

- « **Sortie de l'établissement** » : les conditions de sortie de l'UMD, le rôle et les conditions de saisine de la commission du suivi médical ;
- « **Charte de la personne hospitalisée** » ;
- « **Vos droits** » : les droits des patients ; la durée illimitée de conservation du dossier médical ; le traitement automatisé des données personnelles ; la possibilité de désigner une personne de confiance ; le rôle de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ; la mise à disposition des résultats d'évaluation de la qualité et des résultats d'enquête sur la satisfaction des usagers ; la composition et la mission de la commission départementale des soins psychiatriques ;
- « **Informations complémentaires** » : les comités de lutte contre la douleur et de lutte contre les infections nosocomiales ; la bientraitance ; le don d'organes.

La rubrique « vos droits » mentionne que le livret d'accueil reprend les extraits du règlement intérieur qui a été lu lors de l'admission ; or les livrets d'accueil qui ont été remis aux contrôleurs ne comportaient pas ces extraits.

Ce « livret d'accueil patient UMD » traite de façon elliptique les éléments de fonctionnement propres à l'UMD, hormis ce qui concerne les conditions de sortie et les effets personnels.

S'agissant de ces derniers, l'obligation de porter le trousseau fourni par l'hôpital doit se déduire de la phrase « un trousseau vous sera remis (survêtement et effets nécessaires suivant la saison). Les effets personnels de votre choix, rangés dans le placard de votre chambre, seront accessibles ou en partie accessibles sur prescriptions médicale ».

Aucune information n'est donnée sur l'articulation des deux entités de l'UMD et sur leur régime spécifique.

Le droit indiqué de « communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L 3222-4 du Code de la Santé Publique » n'est en rien explicité, la liste de ces autorités n'est pas reprise.

Le CHPE a élaboré un document « **information sur l'hospitalisation sans consentement** » remis aux patients relevant d'un tel régime et donc à ceux de l'UMD. Ce document décrit précisément :

- le processus d'admission, la séquence des examens médicaux et la production des certificats dans les 24 heures puis 72 heures et, le cas échéant, du maintien de l'hospitalisation, le certificat médical établi entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour qui doit être transmis au JLD ;
- le rôle, les conditions et les délais d'intervention du JLD, la possibilité pour le patient d'être assisté d'un avocat et le caractère public des audiences ;
- l'existence éventuelle d'un programme de soins et les conséquences de son inobservation ;

- les droits du patient : saisir la CDSP, l'ordre des médecins, l'ordre des avocats ; communiquer avec le préfet, le président du TGI de Brive-la-Gaillarde (adresse indiquée), le maire de Monestier-Merlines, le procureur de la République ; porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté les faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; saisir la CRUQPC ; prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; émettre et recevoir des courriers ; consulter le règlement intérieur ; exercer son droit de vote ; se livrer à des activités religieuses ou philosophiques ; accéder à ses dossiers administratif et médical ;
- les voies de recours : faire appel au juge des libertés et de la détention (JLD) pour contester la nécessité des soins psychiatriques et au juge administratif pour contester la régularité de la décision imposant des soins.

Ce document ne précise ni que l'avocat peut être commis d'office ni les possibilités de bénéficier de l'aide juridictionnelle. Il ne signale pas les particularités liées à l'admission en UMD.

3.3.2 Les arrêtés préfectoraux

Lors de son arrivée ou dans les jours qui suivent, selon son état, les décisions préfectorales d'admission et de transfert sont notifiées au patient. Elles mentionnent toujours les voies et délais de recours à leur encontre. Il a été constaté que les voies de recours indiquées sur les arrêtés d'admission pris par le préfet de la Corrèze étaient erronées puisqu'elles désignaient le tribunal administratif dans le ressort duquel est situé l'établissement d'origine comme compétent pour en connaître alors que le tribunal administratif de Limoges (Haute-Vienne) est compétent pour statuer sur la légalité des décisions du préfet de la Corrèze.

Il a été constaté que les arrêtés préfectoraux étaient tous et toujours notifiés aux patients ; les arrêtés d'admission peuvent même être notifiés à deux reprises : par le bureau des entrées, lors de l'arrivée, et ultérieurement lorsque la délégation territoriale de l'ARS de la Corrèze adresse à l'établissement un bordereau de notification. Ainsi, deux accusés de réception, presque toujours signés par les patients et exceptionnellement par deux personnels soignants, peuvent figurer dans le dossier administratif du patient.

Il ressort de l'ensemble des documents qui lui sont communiqués que le patient est formellement informé de l'ensemble de ses droits mais ces informations ressortent du recoupement de l'ensemble des documents qui lui sont remis, éventuellement à des moments différents : ainsi, les patients de l'UMD savent expressément qu'ils font l'objet d'une décision préfectorale lorsque celle-ci leur est notifiée ; mais l'information sur les droits dont ils bénéficient ne figure pas en tant que telle dans la notification qui se borne à indiquer « le patient a reçu toutes explications sur ses droits et voies de recours », sans préciser que ces explications figurent dans le document « information sur l'hospitalisation sans consentement » qui a pu lui être remis auparavant. .

Dans aucun document, il n'est fait mention du recueil des observations du patient prévu par l'article L.3211-3 du code de la santé publique.

3.4 Le juge des libertés et de la détention

La plupart des patients admis dans l'UMD y arrivent après avoir été hospitalisés dans un premier établissement sur le fondement d'un arrêté de SPDRE et ont donc déjà été présentés à un JLD dans le délai de quinze jours qui a suivi leur admission dans ce premier établissement, voire dans le délai de six mois qui a suivi cette première présentation.

Les trois magistrats du TGI de Brive-la-Gaillarde assumant les fonctions de JLD ont visité, au cours de l'année 2012, les locaux de l'UMD et rencontré son personnel.

En raison de l'éloignement du TGI de Brive-la-Gaillarde, dans le ressort duquel est situé le CHPE, le choix a été fait de ne pas y conduire les patients pour les audiences du JLD mais d'avoir recours à la visioconférence, ceci sous réserve de l'accord écrit du patient et lorsque la saisine du JLD émane du préfet. En revanche, les magistrats du TGI ont tenu à ce que les patients qui présentaient une demande de mainlevée soient conduits au tribunal. Selon eux, le fait que la demande émane de l'intéressé manifeste sa capacité à argumenter et la nécessité qu'il soit entendu directement par le magistrat ; ils ont constaté que le contact et le dialogue avec le patient étaient plus faciles en présence physique de celui-ci.

Au cours de l'année 2012, pour l'UMD 1, vingt-quatre audiences ont été tenues par visioconférence – trois patients ayant été présentés à deux reprises – et quatre patients ont été conduits au TGI de Brive-la-Gaillarde, l'un ayant refusé la visioconférence et les trois autres ayant présenté une demande de mainlevée.

Le bureau des entrées (BE) tient l'agenda des saisines du JLD par l'ARS. Pour les patients de l'UMD, il s'agit essentiellement des audiences à six mois ; à une seule reprise le JLD a été saisi quinze jours après la décision de soins, pour un patient qui avait été admis à l'USIP où il est resté trois jours avant d'être transféré à l'UMD.

Le BE adresse par télécopie à l'ARS, pour la constitution du dossier de saisine, les certificats médicaux, les arrêtés de transfert et d'admission, l'accord écrit du patient pour une audience par visioconférence – le cas échéant –, sa demande d'assistance par un avocat et une fiche individuelle du patient mentionnant ses nom, prénom, date et lieu de naissance, qui permet au JLD d'interroger le casier judiciaire. Il a été indiqué que les magistrats rencontraient parfois des difficultés avec l'ARS pour obtenir l'ensemble des pièces, qu'ils devaient parfois lui réclamer au dernier moment.

La convocation est envoyée par télécopie au BE toujours quatre à cinq jours avant l'audience, délai qui comprend nécessairement un week-end ; les soignants notifient au patient la convocation et en retournent la télécopie au BE qui la retransmet de la même façon au tribunal. Le même processus est adopté pour la notification des ordonnances après l'audience.

3.4.1 Les opérations de visioconférence

Les trois JLD du TGI de Brive-la-Gaillarde tiennent deux audiences par semaine – le lundi et le mercredi – consacrées à l'application de la loi du 5 juillet 2011 pour l'ensemble des patients hospitalisés dans les quatre établissements du département (Brive, Tulle, Ussel et Monestier-Merlines). Quatre à cinq dossiers sont examinés, en moyenne, à chaque audience, qui peut concerner des patients des différents établissements.

A l'UMD, l'usage de la visioconférence ne fait pas l'objet d'un protocole. La salle de visioconférence, comme toute salle d'audience dès lors que celle-ci n'est pas tenue en chambre du conseil, est ouverte au public sous réserve que les personnes acceptent de faire

l'objet d'un contrôle par le passage sous le portique de détection métallique.

Le patient a été informé une semaine avant l'audience de l'organisation de la visioconférence, pour laquelle il signe une autorisation et une demande éventuelle d'assistance par un avocat ; selon les déclarations faites aux contrôleurs, aucun avocat ne s'est jamais déplacé à l'UMD pour assister un patient. Les soignants l'informent des conditions matérielles du déroulement de la visioconférence sans, toutefois, présenter la salle, ceci délibérément : il a été indiqué que « la spontanéité casse l'appréhension ». Au demeurant, il a été observé que les plus jeunes des patients étaient habitués à la communication par l'écran et webcam interposés et que le vécu institutionnel des plus âgés les avait familiarisés avec l'intervention du JLD.

Si le contrôle du bien-fondé de la mesure de soins par le juge est considéré comme utile, le personnel soignant regrette que le juge donne, lors de l'audience, lecture au patient du contenu des certificats médicaux établis à l'occasion. Il a fait valoir auprès des juges que cette lecture pouvait conduire à « briser le lien thérapeutique que l'on met longtemps à mettre en place ». Cependant, les magistrats ont relevé que ces certificats demeuraient leur seule référence.

Un procès-verbal des opérations techniques est dressé par la secrétaire médicale assermentée. Il s'agit d'un formulaire qui permet de préciser si l'audience a été tenue publiquement ou en chambre du conseil, le nom de la personne hospitalisée, la date et l'heure de la communication, les identités des personnes présentes dans la salle d'audience (avocats, interprète), les perturbations éventuelles de la liaison et leur motif, l'interruption éventuelle et la fin de la communication. Sont également ajoutés manuellement les noms des personnes soignantes présentes, lesquelles visent le procès verbal qui est daté et signé par la secrétaire médicale. Il n'est pas signé par le patient.

Tant lorsque l'audience a lieu par visioconférence que lorsque le patient est conduit au tribunal, le personnel soignant reste dans la salle, alors que le patient est laissé seul avec l'avocat lors de l'entretien préalable. Cette présence est demandée par les magistrats qui, à l'occasion, sollicitent leur avis aux infirmiers, lesquels préfèrent parfois s'abstenir de s'exprimer.

Les contrôleurs ont pu assister à l'audience du 20 février 2013. Elle concernait une personne ayant fait l'objet le 7 février 2013 d'une mesure de soins sur demande d'un tiers et qui, après un placement à l'USIP, avait été admis le 11 février à l'UMD 1. Le juge était donc saisi sur le fondement du 1° de l'article L.3211-12-1 du code de la santé publique⁸.

Après un essai infructueux, la secrétaire médicale assermentée a établi la connexion avec le tribunal.

Le patient était assis à une table semi-circulaire, face à l'écran, surmonté de la caméra, dont il était distant de 1,80 m. La définition de l'image sur l'écran, quoique légèrement floue,

⁸ Article L.3211-12-1 du code de la santé publique : « I.-L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II ou par le représentant de l'État dans le département lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, n'ait statué sur cette mesure : / 1° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 ; (...) »

ne laissait aucune incertitude sur l'identité des personnes présentes dans la salle du tribunal : le JLD et l'avocat, tous deux en robe, la greffière et le curateur du patient, dont ce dernier avait demandé la présence. Le JLD, s'est présenté comme « juge de la liberté » et a indiqué au patient qu'il pouvait s'entretenir avec son avocat ; ce dernier est resté seul dans la salle de l'audience et, de même, la secrétaire médicale et les soignants accompagnant le patient se sont retirés dans une pièce contiguë à la salle de visioconférence, laissant ce dernier seul, mais sous leur surveillance visuelle, la cloison de séparation des deux pièces étant en partie vitrée.

L'entretien du patient avec son avocat a duré sept minutes ; il aurait pu être clairement entendu des soignants si ceux-ci avaient gardé le silence plutôt que de converser comme ils l'ont fait.

À son retour, le JLD a informé le patient qu'il manquait au dossier son autorisation écrite pour la visioconférence ainsi que le certificat médical et l'avis conjoint, indispensables pour tenir régulièrement l'audience ; il l'a prévenu que si ces documents ne parvenaient pas par télécopie dans les minutes suivantes, l'audience devrait être suspendue jusqu'en début d'après-midi. Il a donné un résumé des conditions dans lesquelles le patient avait été admis et lui a demandé de préciser son appréciation sur son hospitalisation. Ce dernier a affirmé qu'il voulait rester à l'UMD où « il vit sa petite vie tranquille ».

En attendant les pièces manquantes, le JLD a évoqué avec les personnes présentes au tribunal une autre affaire, en prenant soin de rassurer le patient, qui entendait la conversation, en précisant « on ne parle pas de votre dossier ». Puis, ce dernier le questionnant sur son dossier pénal, il lui a donné des informations sur sa situation, notamment sur le rôle du juge d'instruction, tout en reconnaissant que « c'est un peu compliqué ».

Les pièces manquantes étant arrivées, le JLD a lu en partie l'avis médical en soulignant qu'il correspondait aux vœux du patient.

L'avocat a plaidé en relevant la régularité de la procédure et le désir du patient de voir prolonger la mesure de soins sous contrainte.

Le JLD a informé le patient du sens de sa décision. L'audience elle-même a duré dix-sept minutes.

3.4.2 La salle de visioconférence

Les présentations devant le JLD ont lieu, lorsqu'elles se font par visioconférence, dans la salle de réunion de l'UMD, située à côté de la salle à manger de l'UMD 2. On peut accéder à cette pièce par deux portes : l'une, vitrée en partie haute, donne sur l'extérieur à l'arrière du bâtiment et peut être dissimulée de l'intérieur par un rideau ; l'autre, située à l'opposé conduit vers l'intérieur des locaux de l'UMD. La pièce, d'une surface de 32,38 m², est chauffée par deux radiateurs et éclairée par une fenêtre aux carreaux opacifiés ainsi que par six rampes zénithales de tubes au néon. Contre le mur opposé à la porte d'entrée extérieure, entre la fenêtre et l'autre porte, est installé un écran de 1 m de large et 0,57 m de hauteur, surmonté d'une webcam.

La salle est meublée d'une table ovale de 3,50 m sur 1,60 m formée de quatre éléments distincts, de quatorze chaises et d'un tableau effaçable blanc ; lors des visioconférences, l'élément le plus proche de l'écran est détaché pour former une table isolée à laquelle s'installe le patient, devant le micro et face à l'écran.

Une pièce, utilisée lors des visites des familles, est contigüe à cette salle dont elle est séparée par une cloison vitrée ; une porte fermée à clé, vitrée également dans sa partie supérieure, permet de passer directement d'une pièce à l'autre. Deux autres portes permettent d'accéder à cette pièce, l'une donnant vers l'extérieur et l'autre vers les locaux de l'UMD 2. Cette seconde pièce est meublée de quatre fauteuils et une table basse et chauffée par un radiateur. Elle donne accès à des sanitaires équipés d'un wc à l'anglaise en céramique blanche sans abattant avec dérouleur de papier hygiénique, un lavabo avec savon et essuie-mains et une poubelle ; l'ensemble était d'une propreté impeccable.

3.4.3 La notification des ordonnances

Après l'audience, les ordonnances du JLD sont envoyées par télécopie à l'UMD. Un soignant notifie alors la décision au patient. Il a été précisé que cette procédure de transmission directe à l'UMD et non au bureau des entrées évitait qu'en cas de levée de la mesure par le JLD, cette levée ne fût effective que le lendemain de la réception de la décision si celle-ci intervenait après la fermeture du bureau des entrées.

Si l'audience a eu lieu au tribunal, la décision peut être rendue immédiatement et notifiée sur place au patient. Elle peut n'être adressée que l'après-midi suivant l'audience par télécopie à l'UMD, notamment si le patient conteste le maintien de la mesure que le juge entend confirmer.

Il a été vérifié que l'accusé de réception des ordonnances du JLD signé par le patient figurait toujours dans son dossier administratif tenu au bureau des entrées.

3.5 Le registre de la loi

Le registre dont la tenue est prévue par l'article L.3212-11 du code de la santé publique se trouve au bureau des entrées où sont également conservés les dossiers administratifs des patients présents.

Un seul modèle de registre est utilisé pour les patients faisant l'objet de soins sans consentement quel que soit leur mode d'admission. Il s'agit d'un cahier cartonné de cent folios, chaque folio comportant quatre pages. Un folio est utilisé pour chaque patient. Lorsque le nombre de pages est insuffisant, des pages supplémentaires intermédiaires à la dimension de celles du registre sont collées à la suite de celles du folio.

La première page du folio comporte de haut en bas quatre cartouches devant être renseignés avec les informations suivantes :

- identité : nom ; prénom ; date de naissance ; domicile ; profession ; date d'hospitalisation ;
- mode d'hospitalisation :
 - HO⁹ : autorité qui a arrêté la mesure provisoire / autorité qui a ordonné l'HO ;
 - HDT¹⁰ : nom du tiers, prénom, domicile ; profession ;

⁹ Cette appellation qui est obsolète depuis la loi du 5 juillet 2011 est toujours utilisée sur ce registre

¹⁰ Cette appellation qui est obsolète depuis la loi du 5 juillet 2011 est toujours utilisée sur ce registre

- mesures de protection intervenues :
 - postérieurement à l'hospitalisation : sauvegarde/ curatelle/ tutelle ; date ;
 - antérieurement à l'hospitalisation : sauvegarde/ curatelle/ tutelle ; date ;
- sorties d'essai : dates, durée, modalités ;
- levée d'hospitalisation : date / modalité ;
- décès le :

Les trois pages suivantes sont vierges ; elles sont utilisées pour coller les copies en réduction des documents de suivi de la procédure : certificats médicaux, décisions de maintien ou de levée de la mesure de soins, ordonnances du JLD.

Au jour du contrôle, six registres étaient en cours, chacun d'entre eux contenant les informations relatives à au moins un patient encore présent au CHPE. Le plus ancien avait été ouvert le 10 mai 2006, le plus récent le 21 septembre 2012.

La manipulation de ces registres est facilitée par le placement, à la première page de chaque folio correspondant à un patient toujours présent, d'un repère constitué d'une chemise en plastique transparent contenant une feuille blanche sur laquelle est inscrite en gros caractères le nom du patient, laquelle feuille, avec le nom visible, dépasse du registre. Il est ainsi aisé de repérer les folios « vivants », ceux où de nouvelles pièces peuvent avoir à être collées. Lorsque le patient concerné sort, le repère est retiré.

La lecture des folios concernant chaque patient et la vérification des pièces est immédiate dès lors que celles-ci (leur photocopies réduites, les originaux étant conservés au dossier) sont collées les unes à côté des autres dans l'ordre chronologique.

Il a été vérifié que, pour chaque patient présent à l'UMD, la première page du folio était correctement renseignée et que le registre était à jour des documents qui doivent y figurer, y compris de ceux parvenus dans la journée ; **il ne manquait, pour chacun, aucun des documents de la procédure.**

Lors de sa dernière visite, le 3 juillet 2012, le procureur de la République de Brive-la-Gaillarde avait visé le registre et avait demandé que soit mentionnée manuellement, sur les copies collées des décisions relatives aux soins (admission, maintien et levée), la date de leur notification. Il a été constaté que cette préconisation avait été immédiatement mise en œuvre.

Par leur tenue particulièrement soignée et ponctuelle, les registres constituent les documents de suivi des procédures les plus fiables.

3.6 Le rôle des mandataires judiciaires

Quatorze des patients admis à l'UMD faisaient l'objet, lors du contrôle, d'une mesure de protection judiciaire (cf. § 3.1). Ces mesures ayant été ordonnées avant leur admission, le tuteur ou curateur qui les avait en charge demeurait inchangé dès lors qu'ils n'avaient pas vocation à prolonger leur séjour à l'UMD.

Le mandataire judiciaire de l'établissement n'intervenait donc pas dans leur gestion.

3.7 L'information donnée aux familles

Aucune information n'est donnée aux familles sur le statut juridique de la personne admise en UMD.

3.8 La confidentialité de l'hospitalisation

Le dossier de pré-admission comporte une rubrique permettant d'indiquer les coordonnées des proches désignés et celles de la personne de confiance. Si ces informations ne sont pas fournies, il est redemandé au patient lors d'un entretien s'il a prévenu ses proches de son transfert, s'il souhaite le faire, s'il veut téléphoner à quelqu'un et par qui il accepte d'être appelé au téléphone.

Lorsqu'une personne prend contact pour la première fois avec le centre hospitalier pour avoir des nouvelles d'un patient admis à l'UMD, le standard dirige la communication téléphonique vers la surveillante de l'UMD. Celle-ci demande un numéro de téléphone où le médecin responsable pourra joindre la famille du patient. Il est alors procédé à la vérification du numéro fourni avec celui porté dans le dossier de pré-admission transmis par le service d'origine. Une seconde vérification peut être faite auprès du patient lui-même dans le cas où le numéro ne figurerait pas dans le dossier administratif.

Lorsque ces contrôles ont été faits, le médecin rappelle la famille du patient pour lui donner des nouvelles.

Dans le cas où le numéro n'est pas connu du patient et ne figure pas dans le dossier, il a été indiqué aux contrôleurs que la surveillante prenait contact avec le service d'origine pour avoir des informations éventuelles sur l'identité de la personne ayant passé l'appel.

Le patient est tenu informé de l'appel de ses proches.

3.9 La personne de confiance

Après son entrée, il est de nouveau proposé au patient, s'il ne l'a déjà fait, de désigner une personne de confiance, possibilité qui est rarement utilisée.

Parmi les patients présents à l'UMD 1 le 21 février 2013, cinq avaient désigné une personne de confiance et, parmi ceux-ci, un seul avait désigné une personne différente de la famille. En outre, aucune de ces désignations n'avait eu lieu après le premier entretien d'entrée.

3.10 L'accès du patient au dossier médical

La procédure de droit commun d'accès au dossier médical prévue par la loi du 4 mars 2002 s'applique aux patients de l'UMD. Il a été indiqué qu'aucun patient hospitalisé à l'UMD n'avait demandé la communication de son dossier médical.

Si un patient encore hospitalisé demandait à consulter son dossier, il serait adressé au médecin qui le suit.

S'il était sorti de l'établissement, les documents prévus par la loi lui seraient transmis ; seraient donc exclues les notes personnelles et les informations fournies par des tiers qui pourraient figurer au dossier.

3.11 Le recueil des observations des patients

L'article L.3211-3 du code de la santé publique prévoit que « L'avis de cette personne [faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement] sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible ». Il a été indiqué que cet avis était recueilli par le médecin lors des entretiens. Cependant, aucune traçabilité du recueil de ces observations du patient n'est organisée au sein de l'unité, ces avis n'étant consignés que dans les notes du médecin, conservées dans le dossier médical, parfois sous la seule mention « refus du traitement proposé, maintien du traitement actuel ».

3.12 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé donne un avis sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation à temps complet. S'agissant de patients de l'UMD, cet avis est obligatoire avant toute décision du JLD et avant toute décision de mainlevée.

Conformément aux dispositions de l'article L.3211-9 du code de la santé publique, issu de la loi du 5 juillet 2011, le collège est toujours composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un psychiatre n'y participant pas et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à cette prise en charge.

Ses membres n'en sont pas nommément fixés pour une période donnée mais sont désignés à chaque réunion. La composition du personnel médical du CHPE n'offre guère de latitude dans la composition de ce collège : le psychiatre chef de service de l'UMD, seul praticien participant à la prise en charge en fait nécessairement partie, le second praticien est choisi par le président de la CME parmi les deux autres praticiens du CHPE, dont lui-même ; ce choix se fait donc en fonction des disponibilités de ces deux psychiatres, en pratique c'est la plupart du temps le président de la CME qui participe. Le cadre supérieur de santé ou la surveillante de l'UMD complète le collège.

Ce dernier est convoqué par la direction des soins sur demande de l'UMD.

Il a été vérifié que son avis était régulièrement recueilli avant chaque présentation devant le JLD. Il porte sur le bien-fondé du maintien en hospitalisation complète ou d'une mainlevée.

Cet avis est adressé par le bureau des entrées à l'ARS. Il est également conservé dans le registre de la loi.

3.13 La communication avec l'extérieur

3.13.1 Le courrier

Le règlement intérieur, signé par le patient lors de son admission, dispose dans son article 11 : « en vertu de l'article L 3211-3 du code de la santé publique, du papier à lettres, des enveloppes et un stylo vous seront remis à votre demande et la rédaction du courrier se fera dans le réfectoire ».

Le livret d'accueil remis au patient lors de son admission indique : « [le courrier] vous sera distribué dans votre unité de soins du lundi au vendredi. Vous pourrez expédier votre courrier timbré en le remettant au personnel soignant de l'unité. Vous pourrez acheter tout le nécessaire à l'espace social (correspondances, enveloppes, timbres...). Pour des mesures de sécurité, les lettres et colis seront systématiquement vérifiées par le personnel soignant. Les lettres sont ouvertes en votre présence mais non lues par le personnel ».

Les contrôleurs ont constaté qu'un patient-détenu venant d'arriver à l'UMD 1 sans matériel de correspondance s'était vu remettre du papier, un stylo et une enveloppe timbrée afin qu'il puisse immédiatement écrire à sa mère, dans la salle à manger.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les courriers d'une patiente « faisant état de grossesses et de viols imaginaires à toute sa famille et voulant partager son délire à beaucoup de correspondants » avaient été contrôlés et interceptés.

Les procédures relatives au courrier sont identiques dans les deux entités de l'UMD.

3.13.2 Les visites

Les visites sont autorisées après les quinze premiers jours d'hospitalisation sur avis médical. Les familles doivent prendre contact avec l'équipe infirmière de l'UMD afin de fixer un rendez-vous. Ensuite elles reçoivent une lettre-type, signée du médecin, qui précise :

« Comme convenu, vous pouvez rendre visite à M X le [date et heure]. Cette autorisation de visite ne vaut que pour vous seul. Vous trouverez au dos, les règles à respecter lors de cette visite. Veuillez agréer, M, l'expression de mes sincères salutations ».

Les règles concernant les visites sont précisées de la façon suivante :

- « Les visites sont limitées à deux personnes. Leur durée est de 60 minutes. Si vous arrivez en retard, ce temps est décompté sur l'heure de visite. Elles se font en présence d'un soignant.
- Seules les personnes majeures auront l'autorisation de rendre visite à l'UMD.
- Les visiteurs doivent présenter une pièce d'identité avant d'entrer dans l'unité et l'autorisation signée du Médecin-Chef.
- Les visiteurs doivent se soumettre au passage sous le portique de détecteur de métaux. Il est mis à leur disposition un casier fermant à clef pour déposer tout objet métallique et les portables. La clef restant en leur possession le temps de la visite devra être rendue à la fin de celle-ci.
- Tous les colis de denrées périssables sont interdits. Par ailleurs, lorsque vous envoyez des colis : livres et MP3 (uniquement) sont acceptés après autorisation médicale ;
- Il est formellement interdit de remettre quoi que ce soit à la personne visitée néanmoins possibilité d'emmener un "goûter" qui sera pris le temps de la visite.
- Les conversations se font uniquement en français, elles pourront être faites dans la langue d'origine du patient après autorisation médicale.
- Seules, les personnes en possession de l'autorisation du médecin peuvent entrer dans l'unité ».

Pour sa part, le **livret d'accueil** remis au patient à son admission à l'UMD précise notamment : « les mineurs sont autorisés aux visites sauf avis médical contraire ».

Le règlement intérieur signé par le patient lors de son admission dispose dans son article 6 : « les visites, après autorisation médicale, se déroulent dans l'unité, dans une salle spécialement aménagée. La fréquence et la durée seront déterminées selon prescription médicale ».

Le règlement intérieur indique : « les rencontres patients-visiteurs sont surveillées, sauf contre-indication médicale. Les rencontres des patients avec leurs défenseurs (avocat) ou des représentants d'un culte sont toujours confidentielles. Les visites peuvent être suspendues sur prescription médicale ».

Comme les visites peuvent se dérouler le samedi et le dimanche, il a été indiqué aux

contrôleurs que le médecin responsable de l'unité ne rencontrait pas systématiquement les familles.

Dans son courrier, le directeur du CHPE évoque « la modification du document explicitant les modalités de visite à l'UMD », sans autre précision.

3.13.2.1 Les visites à l'UMD 1

Le jour de la visite des contrôleurs, le seul patient qui recevait des visites était celui qui est sorti le 20 février 2013. Ses parents, son frère et sa sœur sont venus le voir à plusieurs reprises durant son séjour qui a duré trois mois.

Les trois patients-détenus avaient le droit de recevoir la visite de leur avocat. Aucun des trois avocats ne s'est rendu à l'UMD.

S'agissant du patient admis le 19 février 2013, aucune indication n'ayant été fournie à l'équipe soignante sur les personnes autorisées par la maison d'arrêt de Nice à venir lui rendre visite, des contacts devaient être pris pour obtenir des informations.

La famille d'un patient habitant la Dordogne, (admis en décembre 2012), a pris contact avec l'équipe soignante le 21 février 2013 ; un rendez-vous a été fixé pour le 3 mars 2013.

Le frère du patient originaire de la Guadeloupe, résidant à Paris, avait manifesté son intention de venir en Corrèze.

3.13.2.2 Les visites à l'UMD 2

Dans l'UMD 2, deux patients sur neuf recevaient des visites : l'un, deux fois par mois et l'autre, une fois.

Dans cette unité, les visites peuvent se dérouler sans présence soignante : la surveillance est assurée dans une pièce contiguë à la salle de visite. Les patients ont la possibilité de prendre leur repas de midi en compagnie de leur proche à l'espace social.

3.13.3 Le téléphone

Le règlement intérieur précise : « sauf avis contraire du praticien hospitalier les patients peuvent donner ou recevoir des communications téléphoniques dans le cadre des dispositions du règlement intérieur de l'UMD. La possibilité pour les patients de recevoir des communications téléphoniques dans les UMD doit être assurée dans les conditions de calme, de discrétion et dans le respect du fonctionnement du service. Lors de l'admission, les téléphones portables des patients sont systématiquement remis au responsable de l'UMD qui les dépose au coffre de l'établissement. "Sauf situation tout à fait exceptionnelle et décision expresse du chef du centre de détention, les personnes détenues hospitalisées à l'UMD ne pourront pas accéder au téléphone" durant leur hospitalisation (cf. lettre du centre de détention du 21/11/2011) ».

Le règlement intérieur signé par le patient lors de son admission dispose dans son article 10 : « l'accès au téléphone est réglementé ; les horaires d'appel et de réception sont affichés dans l'unité. L'usage du téléphone portable est strictement interdit ».

Le livret d'accueil précise :

- « Vous pouvez recevoir des appels téléphoniques deux fois par semaine de 16h30 à 20h30. La durée maximale de la communication est fixée à 10 minutes (les détenus restent soumis à l'autorité pénitentiaire). Le créneau horaire et les jours d'appel sont à définir avec l'équipe soignante.
- Vous pouvez nous faire part des personnes autorisées à vous appeler ou avec

lesquelles vous ne souhaitez pas communiquer.

- Vous pouvez appeler vos proches une fois dans la semaine et une fois durant le week-end, votre créneau horaire et jour d'appel sont à définir avec l'équipe soignante (les détenus restent soumis à l'autorité pénitentiaire). Vous pouvez joindre votre avocat à votre demande.
- Ces communications sont toutefois soumises à une autorisation médicale, la fréquence peut être contractuellement changée ou interrompue ».

Les contrôleurs ont constaté que concrètement les patients avaient la possibilité de passer deux appels et de recevoir deux appels par semaine entre 17h et 19h. Chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il pouvait exister des dérogations sur les créneaux horaires en fonction des contraintes des familles. Les patients ont précisé que la durée était très réglementée.

A l'UMD 1, le tableau suivant permet d'indiquer le nombre d'appels entrants et sortants fixés par patient et leur répartition durant la semaine de la visite des contrôleurs :

Patients	statut	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	total
1	détenu	sortant		sortant		entrant		entrant	4
2	détenu			sortant					1
3				sortant	entrant		sortant	entrant	4
4	sortant	sortant	entrant				sortant	entrant	4
5			sortant	entrant		sortant		entrant	4
6			sortant		entrant	sortant		Entrant	4
7							entrant		1
8					sortant		entrant		2
9		sortant		entrant	sortant	entrant			4
10	détenu				sortant				1
11		sortant		entrant		sortant		entrant	4
12			sortant	entrant			sortant	entrant	4
13	arrivant								0
14	arrivant								0
15	arrivant								0

A l'UMD 2, les communications téléphoniques se déroulent entre 17h et 19h, pendant une durée maximale de 10 minutes.

Chaque patient bénéficie de créneaux spécifiques décrits dans le tableau ci-dessous distinguant les appels entrant des appels sortant.

Patient	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total
A		sortant		entrant		sortant	entrant	4
B						entrant	sortant	2
C		entrant		sortant		sortant	entrant	4
D		entrant		sortant		entrant	sortant	4
E		entrant	sortant			entrant	sortant	4
F		sortant	entrant			sortant	entrant	4
G		sortant		sortant			entrant	3

Patient	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total
H			sortant	entrant	sortant		entrant	4
I		sortant	entrant			entrant	sortant	4

3.13.4 L'informatique et l'accès à Internet

Aucun document – règlement intérieur, livret d'accueil – ne fait référence à la possibilité pour le patient de conserver ou d'avoir accès à son ordinateur portable.

Aucune activité informatique n'était organisée pour les patients pendant la période de contrôle.

Dans sa lettre de réponse, le directeur du CHPE signale : « Depuis l'ouverture de l'UMD, une activité informatique est mise en place », sans plus de précision.

3.13.5 Le droit de vote

Le livret d'accueil précise : « Etant hospitalisé(e) en UMD, vous disposez du droit (sauf dispositions particulières concernant les patients détenus) [...] d'exercer votre droit de vote ».

Il n'existe aucune disposition particulière concernant les modalités d'exercice de ce droit.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, depuis l'ouverture des UMD, aucun patient n'avait jamais voté.

3.13.6 Les permissions de sortie de moins de douze heures

Pour chaque demande de sortie de moins de douze heures, un certificat de situation est rédigé par le médecin responsable du pôle puisque le médecin en charge de l'UMD n'a pas le droit de signer les certificats exigés par la loi du 5 juillet 2011.

Selon les informations recueillies, les sorties pourraient avoir lieu dans les cadres suivants :

- soins somatiques : consultations externes, examens complémentaires ;
- démarches administratives ;
- séances d'électroconvulsivothérapie au CHU de Clermont-Ferrand ; dans sa lettre de réponse, le directeur du CHPE précise que « des séances sont désormais organisées à l'hôpital de Tulle » ;
- achats de vêtements pour les patients de l'UMD 2.

Les contrôleurs ont constaté que, hormis les transferts vers des hôpitaux pour des soins somatiques et une sortie pour réaliser une photographie pour un document administratif, aucune sortie dans un but de préparation à la sortie n'avait encore eu lieu.

3.14 Les visites des autorités

Le 30 janvier 2013, à l'issue de la tenue du conseil d'administration, les installations de l'UMD ont été visitées par le sous-préfet d'Ussel, le maire de Monestier-Merlines et le directeur de l'ARS.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une note d'information avait été affichée, informant les patients que le substitut du parquet de Brive-la-Gaillarde devait visiter l'établissement le 3 juillet 2012 à partir de 14h. Il y était précisé : « Les patients qui souhaitent le rencontrer doivent demander à être inscrits sur une liste ouverte à cette occasion dans chaque unité de soins ».

3.15 La commission départementale des soins psychiatriques

Les contrôleurs ont tenté plusieurs fois de joindre le président de la commission départementale des soins psychiatrique (CDSP), en vain.

A la date de la visite, le dernier rapport annuel reçu par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est celui de l'année 2011, envoyé par l'agence régionale de santé (ARS) par courrier en date du 16 juillet 2012. Ce rapport de trois pages indique que la commission départementale des hospitalisations psychiatriques – c'est ainsi qu'était désignée cette commission avant la loi du 5 juillet 2011 – avait rencontré des difficultés dans l'exercice de ses missions, sans préciser la nature de ces difficultés. Il précise qu'au cours de l'année 2011,

- la commission s'est réunie une fois et a examiné cinquante dossiers ;
- le seul établissement qu'elle a visité est le centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde, le 8 avril 2011 ;
- elle n'a « pas été saisie pour demander la levée d'une hospitalisation sous contrainte ».

3.16 L'UNAFAM

L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) siège au conseil d'administration du CHPE, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC, cf. *infra* § 3.17.1) et à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP, cf. *supra* § 3.15).

Elle n'intervient pas en tant que telle auprès de proches de patients soignés au sein de l'UMD.

3.17 Le traitement des plaintes et réclamations

3.17.1 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Toute plainte ou réclamation est adressée au directeur qui la transmet à la CRUQPC pour examen. Un membre de la CRUQPC intervient alors auprès du patient en tant que médiateur ; selon les indications données aux contrôleurs, « en général, cette démarche permet de régler le problème ». Le médiateur remet alors dans le dossier du patient une note permettant de conserver une trace de l'affaire et en fait un résumé lors de la réunion suivante de la CRUQPC.

La secrétaire de la commission, qui est la secrétaire de la direction des soins, assure une permanence dans son bureau tous les jeudis de 13h à 14h. Cette permanence n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil, qui indique : « Etant hospitalisé(e) en UMD, vous disposez du droit (sauf dispositions particulières concernant les patients détenus) [...] de solliciter la commission des relations avec les usagers de l'établissement ».

Au moment de la visite des contrôleurs, la CRUQPC s'était réunie cinq fois depuis l'ouverture de l'UMD : les 27 janvier, 5 avril, 19 juin, 4 octobre et 18 décembre 2012 ; soit environ tous les trois mois.

Mise à part l'organisation d'une enquête (cf. *infra*), aucun sujet évoqué dans les procès-verbaux de la CRUQPC ne concerne l'UMD. Il a été précisé aux contrôleurs que la CRUQPC n'avait reçu aucune plainte ou réclamation émanant de l'UMD.

3.17.2 Les événements indésirables

En principe, un événement indésirable fait l'objet de l'établissement d'une fiche de signalement pouvant être rédigée par tout membre du personnel, transmise ensuite au service qualité.

En cas d'agression physique par un patient à l'encontre d'un soignant, un « *débriefing* » est réalisé systématiquement avec l'encadrement et le soignant a la possibilité de rencontrer un psychologue de l'établissement, extérieur à l'UMD. Par ailleurs, un signalement est adressé à l'observatoire national des violences en milieu de santé.

Au cours de l'année 2012, sept signalements ont été faits à l'UMD, concernant :

- une tentative d'étranglement par un patient en chambre de soins intensifs (CSI) avec ses draps et son lit ;
- une erreur médicamenteuse ;
- un soignant blessé lors d'une altercation avec un patient qui était conduit en CSI ;
- des linges insuffisants (trois fiches de signalement) ;
- des incohérences entre le menu affiché et les repas servis ;
- des rouleaux de papier hygiénique en nombre insuffisant.

Le tableau ci-dessous, remis aux contrôleurs, présente les événements indésirables et incidents qui ont été déclarés en 2012 à l'UMD 1 (l'UMD 2 n'était pas encore ouverte) ; en 2013, au moment de la visite des contrôleurs, aucun événement indésirable ou incident n'avait été déclaré.

Date	Description	Type d'événement	Actions
04/05	Manque de linge pour les patients, tous les jours	Evénement indésirable	Mail à la responsable blanchisserie le 04/05/2012
19/05	Manque de linge pour les patients, tous les week ends	Evénement indésirable	Mail à la responsable blanchisserie le 21/05/2012
12/06	Erreur médicamenteuse (inversion de traitement)	Evénement indésirable	Analyse par le groupe, à l'UMD 1 organisée le 12/06/2012: éléments non complets, redemandés plusieurs fois sans succès au moins jusqu'en décembre 2012
05/06	Violence	Evénement indésirable	Déclaration ONVS ¹¹ le 14/06/2012 (rapport fourni le 13/06/2012)
10/10	Erreur médicamenteuse (interceptée avant administration)	Evénement indésirable	Mise en place des initiales sur la commande épicerie + vérification à la réception (en lien avec la commande et avec les besoins)
16/10	Réception de 2 rouleaux essuie mains alors que 2x6 commandés et 22 dérouleurs dans le service	Incident	récupérer les dotations à l'économat, revoir les dotations si nécessaire
19/10	Violence d'une patiente	Evénement indésirable	Déclaration ONVS le 26/10/2012 (rapport fourni le 26/10/2012)
24/11	Surdosage médicamenteux	Evénement indésirable	A évoquer en COMEDIMS ¹² ?

¹¹ ONVS : observatoire national des violences en milieu de santé

¹² COMEDIMS : comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles

3.17.3 Les enquêtes de satisfaction

Au cours du premier semestre 2012, des questionnaires de satisfaction ont été proposés aux patients de l'UMD ; seuls deux patients sur les neuf présents y ont répondu. Une note du service « Qualité – Gestion des risques » a présenté les réponses de ces deux patients :

- « Points positifs :
 - l'accueil à l'hôpital :
 - l'accueil réservé par le personnel administratif (bureau des entrées, banque des patients) ;
 - l'accueil réservé par le personnel de l'unité d'hospitalisation ;
 - l'amabilité et la politesse du personnel ;
 - l'identification des fonctions des différentes personnes travaillant dans le service ;
 - la chambre :
 - l'entretien de la chambre ;
 - l'environnement sonore ;
 - la chaleur de la chambre ;
 - la prestation des repas :
 - les horaires ;
 - la variété des menus ;
 - la quantité ;
 - la présentation des plats ;
 - les autres prestations :
 - l'entretien du linge personnel ;
 - l'entretien des draps, couvertures, ...
 - la cafétéria ;
 - l'information sur vos droits ;
 - l'information donnée par le personnel soignant ;
 - l'information reçue sur les examens médicaux ;
 - l'organisation des examens médicaux ;
 - la relation avec le personnel soignant durant votre séjour ;
 - la discrétion du personnel ;
 - l'organisation de votre sortie (annonce de la date de sortie, destination ...) ;
 - l'attitude des professionnels (ex : ne parlaient pas de vous si vous n'étiez pas là) ;
 - votre appréciation globale du séjour ;
- Points négatifs
 - les conseils pour adapter votre alimentation à votre santé durant votre séjour ;
 - le sentiment d'implication pour participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ».

Le procès-verbal de la CRUQPC du 19 juin 2012 évoque une « enquête pendant l'hospitalisation » qui a concerné notamment la douzaine de patients qui étaient présents à l'UMD 1 depuis au moins un mois. Cette enquête a permis de repérer une plainte des patients de cette unité à propos des vêtements : « Problème au niveau du linge, il n'y a pas assez de linge (les patients de l'UMD ont des tenues obligatoires) et pas de retour de la lingerie. Les réponses apportées par la lingerie sur ces problèmes ne donnent pas satisfaction. Pour les membres de la CRU il y a maltraitance. De même lorsque la responsable de la lingerie est

absente, aucune délégation n'est faite. Les membres de la CRU décident donc de faire un courrier à la direction du CHPE, au président du conseil d'administration et au président de la CME pour pallier à ce problème. Copie du courrier sera fait à Mme [surveillante de l'UMD] et à la responsable de la blanchisserie ».

Une deuxième série de questionnaires a été soumise aux patients de l'UMD durant le deuxième semestre 2012. Le nombre de réponses varie selon les questions posées mais, dans la majorité des cas, entre sept et neuf des neuf patients présents ont répondu. Les résultats ont été les suivants :

	Nombre de réponses	Très Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas Satisfaisant	Non concerné
L'accueil					
L'accueil dans l'établissement	9	2	7		
Les facilités pour vous déplacer dans l'établissement (accessibilité, signalisation)	8	2	4	2	
L'identification des différents professionnels travaillant dans le service	9	5	4		
L'écoute du personnel administratif	7	5	1	1	
L'information sur le coût du séjour	5	3	1	1	
La clarté des informations contenues dans le livret d'accueil	6	1	2	1	2
Les repas					
L'information donnée sur les menus	9	6	2	1	
Les conseils alimentaires donnés	9	4	3	1	1
La prise en compte de votre régime	9	3	4		1
La présentation des plats	8	4	4		
La température des plats	9	2	7		
La qualité gustative des plats	9	4	5		
La quantité	9	4	4		1
La variété des plats proposés	9	5	2	2	
Les horaires	9	5	4		
La chambre					
Le confort	9	4	5		
La température	9	2	4	2	1
L'équipement sanitaire	8	7	1		
L'environnement sonore	8	3	5		
L'entretien	8	5	2	1	
Les autres prestations					
L'entretien des draps, couvertures ...	9	5	3	1	
L'entretien du linge personnel	9	4	4		1
La télévision	9	2	3	1	3
Le téléphone	9	5	3	1	
Le courrier	9	5	3	1	
La cafétéria	9	7	2		
Les soins					
L'information donnée sur votre prise en charge par les médecins	9	4	5		

	Nombre de réponses	Très	Satisfaisant			Peu	Pas	Non concerné
L'information donnée sur votre prise en charge par l'équipe soignante	9	4	5					
L'information sur votre traitement	9	3	6					
La clarté des réponses apportées à vos questions	8	3	3	2				
La facilité pour vos proches de rencontrer les médecins qui vous soignent	8		7				1	
Le respect de votre intimité	9	5	4					
La recherche de votre bien-être	8	3	3	2				
La prise en charge globale de votre santé (somatique, psychologique, sociale)	8	1	4	3				
Les soins dentaires	8	2	2			1	3	
Les soins de kinésithérapie	8	1					7	
La surveillance de votre poids	9	5	4					
L'obtention d'aide pour vos activités de la vie courante (aides aux repas, à la toilette...)	9	2	4				3	
La prise en charge de votre douleur physique	9	3	3	1			2	
La prise en charge de votre douleur morale	7	4	2	1				
Le délai de réponse à vos demandes quand vous sollicitez des membres du personnel	9	1	7	1				
La prestation fournie par les ambulanciers de l'établissement	9	5	3	1				
L'écoute et la disponibilité de l'assistante sociale	9	5	2	1			1	
Les informations et l'accompagnement dans les démarches des assistantes sociales	8	4	3				1	
La préparation du projet d'insertion sociale	9	2	3	1			3	
La préparation du projet professionnel	9	2	2	1			4	
La préparation de votre sortie (information, documents, transports, ordonnances ...)	9	4	4	1				
Les explications délivrées sur les médicaments prescrits à votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables ...)	7	2	5					
L'information sur la continuité des soins après l'hospitalisation	4		4					
L'écoute des médecins	9	6	3					
L'écoute du personnel soignant	9	4	4	1				
La politesse et l'amabilité du personnel ;	9	6	3					
La disponibilité du personnel	9	3	6					
La discrétion du personnel	9	3	6					
Votre impression générale sur votre séjour dans l'établissement	9	2	7					

4 LES CONDITIONS MATÉRIELLES D'HOSPITALISATION

4.1 Le règlement intérieur

En complément du livret d'accueil, un « Règlement intérieur UMD » de deux pages est remis au patient à son arrivée afin qu'il le signe.

Créé le 2 octobre 2012, le document concernant l'UMD 1 comporte dix-neuf articles qui abordent les sujets suivants :

- dépôt des effets personnels ;
- phase initiale d'observation en CSI ;
- présence de surveillance vidéo sans enregistrement ; il n'est pas précisé l'installation de microphones ;
- interdiction d'introduire certains produits ;
- dépôt obligatoire au coffre d'objets de valeur et documents administratifs ;
- visites ;
- interdiction de fumer à l'intérieur ;
- distribution des cigarettes ;
- interdiction des rapports sexuels ;
- accès au téléphone ;
- courrier ;
- emploi de la chaîne Hi-fi, de la télévision et du lecteur de DVD ;
- activités ergothérapeutiques et espace social ;
- usage de médicaments en dehors du traitement habituel ;
- responsabilité financière en cas de dégâts occasionnés par le patient ;
- respect de l'équipe de l'UMD ;
- emploi de la CSI en cas d'agressivité ou de troubles du comportement ;
- cas où le patient refuse de signer le présent règlement intérieur ;
- cas des patients détenus.

Au moment de la visite des contrôleurs, le document spécifique à l'UMD 2 n'avait pas été rédigé ; de ce fait, le règlement intérieur de l'UMD 1 était notifié, en l'état, aux patients admis à l'UMD 2 alors que certaines dispositions n'y sont pas adaptées.

Le patient n'en reçoit pas de copie et il n'est pas inséré dans le livret d'accueil, qui précise : « Etant hospitalisé(e) en UMD, vous disposez du droit (sauf dispositions particulières concernant les patients détenus) [...] de consulter le règlement intérieur et de recevoir les explications s'y rapportant ».

Une fois signé, l'exemplaire du règlement intérieur est déposé dans le dossier du patient.

4.2 Les éléments communs à toutes les unités

4.2.1 La restauration

Les repas sont préparés par la cuisine centrale de l'hôpital puis transportés et réchauffés dans un office attenant à la salle de restauration de chaque entité de l'UMD.

Chaque salle à manger comporte cinq tables de quatre places et deux tables de deux places ; le mobilier est fixé au sol et ne peut être déplacé.

Avant les heures de repas, la salle est préparée par les aides-soignants. Ils disposent sur les tables un plateau pour chaque patient comportant une assiette, un verre, une fourchette, un couteau à bout rond, une petite cuillère et une serviette en papier ; les couverts sont en métal. Tous les ustensiles sont comptés à la fin du repas avant le départ des patients de la salle à manger.

Avant le début du repas et la dispensation des médicaments qui a lieu dans la salle à manger, les patients se lavent les mains avec une dose de gel antibactérien sans rinçage remis par l'infirmier qui se déplace de table en table. Après le repas, le nettoyage des tables est effectué par un patient à tour de rôle.

Les menus de la semaine ne sont pas affichés. Le menu du jour est inscrit par un patient sur le tableau blanc de la salle à manger. Il signe au bas du tableau. Ce même patient est chargé du nettoyage des tables pour une semaine.

Les soignants définissent les patients par table et les patients choisissent ensuite leur place à la table qui leur est affectée ; les soignants interviennent dans le plan de table lorsqu'ils sentent que des tensions peuvent exister entre certains patients.

Le jour de la visite des contrôleurs, dans l'office de l'UMD 1, les divers régimes étaient affichés :

- trois « sans poisson » ;
- cinq « sans porc » ;
- deux hypocaloriques ;
- deux « végétariens » ;
- deux « riches en fibres » ;
- un « hyperprotéiné ».

Les repas proposés étaient les suivants :

- pour le déjeuner :
 - terrine de poisson ;
 - petit bœuf ancestral ;
 - purée gratinée ;
 - brie ;
 - coupe de fruits.
- à 16h30 : semoule au lait ;
- pour le dîner :
 - potage fréneuse ;
 - tarte au fromage ;
 - salade ;
 - fruit.

Le 13 février 2013, le **déjeuner**, servi à 12h, comprenait :

- en entrée, une salade multicolore composée essentiellement de pâtes et de maïs et de surimi en très faible quantité ;
- en plat principal, un rôti de dindonneau « à la lyonnaise » accompagné d'une poêlée de légumes et de pâtes ;
- une portion de 35 g de fromage Emmental ;
- une tarte au chocolat.

Le **dîner**, servi à 19h, comportait un potage, une paupiette de veau aux girolles avec du riz et une compote pomme-banane.

Un patient bénéficiait d'un régime sans viande, celle-ci étant remplacée par du poisson. Un autre, au régime végétarien, regrettait l'absence de choix possible pour les repas.

Lorsque des patients ne veulent pas manger de porc (trois patients sur neuf présents le 20 février), ce choix est respecté.

Le responsable de la restauration, qui est aussi le diététicien de l'hôpital, reçoit chaque patient bénéficiant d'un régime sur prescription médicale afin de lui présenter l'intérêt du régime pour sa santé malgré les contraintes représentées. Il reste à sa disposition pour le recevoir pendant toute la durée du régime et veille à ce que la prescription soit bien supportée par le malade.

Au petit déjeuner, servi à 8h, il est proposé aux patients du jus d'orange et, au choix, du café, du thé ou du chocolat, ainsi que du pain frais livré chaque matin, du beurre et de la confiture. Chaque dimanche, ils reçoivent alternativement un croissant ou une chocolatine.

La majorité des patients ont indiqué aux contrôleurs qu'ils étaient satisfaits en qualité comme en quantité de la restauration ; une minorité, souvent les plus jeunes, déploraient que les portions fussent parfois insuffisantes et auraient souhaité pouvoir bénéficier de suppléments.

Le responsable de la restauration a indiqué que toutes les portions étaient volontairement identiques afin d'éviter les tensions entre patients.

Il a précisé que la norme de 2 200 calories par jour était appliquée et correspondait à des portions de :

- 100 g pour une entrée ;
- 100 à 120 g pour la partie comestible de la viande ;
- 100 g de légumes ou 200 g de féculents ;
- 35 g de fromage ;
- 140 g en moyenne pour une pâtisserie ou un fruit.

Il a été indiqué, qu'à titre exceptionnel, une purée de pommes de terre en flocons était confectionnée lorsque les patients se plaignaient de quantité insuffisante de nourriture.

4.2.2 Les vêtements et le linge

Le régime du port des vêtements diffère entre l'UMD 1 et l'UMD 2.

A l'UMD 1, le projet de soins prévoit que les patients ne disposent pas de leurs effets personnels (cf. § 3.1). Un inventaire des vêtements et objets personnels est réalisé au moment de l'admission.

Tous les jours après leur douche, il leur est remis leur tenue pour la journée comprenant des sous-vêtements (brassière pour les femmes à la place du soutien-gorge « afin de limiter les risques de strangulation », slip), tee-shirt et vêtements de sport. Il s'agit de pièces changeant tous les jours.

Des chaussures dépourvues de lacets sont remises à l'arrivée.

Par ailleurs, le trousseau comporte des vêtements complémentaires qui peuvent varier en fonction de la saison : blouson, parka, chandail.

Le linge est lavé quotidiennement par un ESAT¹³.

¹³ ESAT : établissement et service d'aide par le travail (ex-CAT, centre d'aide par le travail)

Beaucoup de patients rencontrés par les contrôleurs ont exprimé le souhait d'avoir des vêtements remis par le CHPE personnalisés par l'apposition de leurs noms.

Lors de la réunion de fin de visite, le directeur de l'établissement de santé s'est engagé à fournir un trousseau marqué aux initiales du patient lors de son admission. Dans son courrier, il précise : « Cela est mis en place pour l'UMD 2 et en cours pour l'UMD 1 ».

A l'UMD 2, le patient peut récupérer certains de ses effets personnels et les conserver dans le placard de sa chambre. S'il ne possède pas de vêtements adaptés ou en nombre suffisant, l'hôpital lui en fournit partir d'un stock constitué de dons du personnel de l'hôpital et de vêtements de patients décédés.

Pour l'ensemble de l'UMD, le linge de toilette (serviette, gant et drap de bain) est fourni par l'hôpital et lavé quotidiennement. Les draps sont changés et lavés les lundis, mercredis et vendredis. **Une très grande attention est portée aux déchirures éventuelles afin d'éviter tout risque pour les patients : « le linge est quasiment neuf ».**

4.2.3 L'entretien des locaux

Le nettoyage des locaux est assuré par des agents des services hospitaliers (ASH) formés par l'infirmière hygiéniste de l'hôpital. Des prélèvements bactériologiques sont régulièrement effectués sur les plans de travail et le linge.

Les contrôleurs ont constaté que les locaux étaient particulièrement bien entretenus.

4.2.4 L'accès à l'exercice d'un culte

Toute personne a la possibilité de rencontrer un représentant de sa religion.

L'aumônier catholique vient chaque semaine dans les locaux. Il célèbre une messe dans la chapelle de l'hôpital mais les patients de l'UMD ne sont pas autorisés à s'y rendre.

Un aumônier musulman doit se déplacer prochainement à la demande de trois patients.

4.2.5 Les activités

Le planning des activités est affiché dans chaque unité avec le nom des personnes inscrites aux animations. **Chaque patient possède un agenda sur lequel figurent ses rendez-vous avec les professionnels.**

4.2.5.1 Les activités d'ergothérapie

Ces activités sont assurées par deux ergothérapeutes (0,8 ETP chacun) et une psychomotricienne exerçant à mi-temps. Un infirmier ou un aide-soignant est toujours présent pendant les activités. Dans son courrier, le directeur du CHPE signale « le passage de la psychomotricienne à temps plein ».

Le président de la commission de suivi médical (CSM) a indiqué aux contrôleurs : « Il existe actuellement une douzaine d'ateliers thérapeutiques mais, par manque de personnel, ils ne sont pas tous opérationnels. Aussi, la direction de l'hôpital envisage de recruter un salarié supplémentaire pour faire bénéficier les patients de ces activités thérapeutiques ».

Un délai de quinze jours en moyenne est établi entre l'arrivée du patient à l'UMD et sa participation aux ateliers ergothérapeutiques. Au cours de ces quinze premiers jours, le patient rencontre les deux ergothérapeutes, qui lui présentent les différentes activités et lui font, si son état le permet, visiter les ateliers. En fonction de la prescription du médecin et des objectifs généraux fixés en équipe, une série d'activités est proposée au patient, qui en choisit un nombre limité.

Un contrat de prise en soins individuel est mis en place avec le patient et les ergothérapeutes dans lequel sont précisés les ateliers auxquels le patient participera. Ce dernier participe à deux séances d'essai à la suite desquelles il choisit de s'engager ou de renoncer. A l'UMD 1, les prises en charge sont individuelles au départ, puis collectives. A l'UMD 2, le patient a le choix entre poursuivre l'activité commencée à l'UMD 1 ou demander à élaborer l'objet de son choix en indiquant le matériel nécessaire.

Les différents ateliers actifs pendant la période de contrôle étaient :

- la poterie avec ses différentes composantes : modelage, ponçage, cuisson et mosaïque ;
- la vannerie, technique de tressage à partir d'une base en bois permettant de confectionner un objet comme un panier, un pot ou un vase ;
- la menuiserie avec la réalisation d'objets ou de sculptures en bois à l'aide des outils usuels à cette technique (cf. photo *infra*);
- l'atelier « cuir » qui se déroule sur le long terme, une réalisation ne pouvant être achevée en une seule séance;
- l'atelier « peinture sur soie » qui demande concentration et minutie ;
- l'atelier « couture », au sein duquel les patients peuvent reprendre leurs vêtements, recoudre des boutons ou élaborer des réalisations ;
- l'atelier « expressif » : les supports utilisés sont la feuille de papier ou le carton sur lequel les participants appliquent de la peinture, des feutres, des crayons de couleur ou encore le fusain ;
- la soudure, allant de l'assemblage de fils en les soudant afin de créer un objet jusqu'au montage de kits électroniques plus ou moins complexes ;
- l'atelier « cuisine », composé de trois ou quatre patients au maximum en présence de deux soignants ; l'activité commence par un échange entre les participants sur le type de menu qu'ils vont préparer puis partager ;
- l'atelier « gymnastique », qui se tient dans une salle de musculation ; les patients ne peuvent utiliser les neufs appareils, en parfait état de fonctionnement, que pendant 1h30 chaque semaine ;
- l'atelier « soins des mains », particulièrement apprécié des patients. Au début les ergothérapeutes massent les mains des patients avec des huiles essentielles puis les participants pratiquent les massages entre eux.



L'atelier « Menuiserie »

Les ateliers de menuiserie et de cuir nécessitent l'utilisation d'outils potentiellement dangereux ; un système de repérage a été mis en place afin de s'assurer que tous les outils sont bien présents dans la pièce à la fin de l'activité. En cas de doute, les patients sont invités à retourner leurs poches

Une fois les objets achevés, les patients qui le désirent peuvent les conserver ou les exposer dans la salle d'ergothérapie, le foyer ou dans une vitrine située à l'entrée de l'UMD.



Réalisations des patients à l'atelier « Poterie »

Les patients rencontrés – huit sur les neuf présents à l'UMD 2 – ont indiqué qu'ils se rendaient avec plaisir aux séances d'ergothérapie : trois patients participaient à deux ateliers par semaine – menuiserie, couture et expressif –, les autres à un seul pendant une durée moyenne de deux heures. Si un patient refuse de participer à une activité sans raison valable, il est invité à un temps de parole avec un soignant ou un temps de repos dans sa chambre.

Il a été indiqué que, depuis l'ouverture de l'UMD, le service d'ergothérapie avait connu deux incidents ayant nécessité le renfort du service de sécurité :

- une altercation entre deux patients ;
- une tentative de fugue d'une patiente.

4.2.5.2 Les autres activités transversales

Un espace social faisant office de foyer et de lieu de convivialité est situé au-dessus des salles d'ergothérapie. Il est animé par une aide médico-psychologique, suppléée par un éducateur pendant les périodes de congé.

Les patients peuvent s'y rendre, après autorisation médicale, une fois par semaine pendant une heure en étant accompagnés (pour les patients de l'UMD 1) ou éventuellement seuls (pour ceux de l'UMD 2). **A l'ouverture de l'UMD, les patients pouvaient y accéder deux fois par semaine et plusieurs ont regretté que cette disposition ne soit plus appliquée.** Cette réduction a été justifiée auprès des contrôleurs par des contraintes de personnel.

Les horaires d'accueil sont de 9h à 11h30 et de 14h30 à 15h30.

L'espace de 70 m², particulièrement lumineux, comporte deux tables rondes, dix chaises et deux fauteuils. Un téléviseur, essentiellement utilisé en mode radio, diffuse une musique d'ambiance.

Un comptoir, sur lequel repose une machine à café, délimite un espace de rangement des produits vendus aux patients :

- des boissons (jus d'orange, *Cacolac*TM, *Pepsi-Cola*TM vendus 0,50 euro, *Schweppes*TM au prix de 0,55 euro ;
- des produits d'hygiène (gel douche vendu 3 euros, shampoings, mousse à raser, déodorants) ;
- des friandises vendues au prix de 0,60 euro : *Kinder Bueno*TM, *Bounty*TM, *Mars*TM et *Nuts*TM ;
- des cartes postales, des blocs de correspondance, des timbres et des piles électriques ;
- des cigarettes de quatre marques différentes, du tabac et du papier à rouler.

Les patients disposent d'une carte de consommation reliée à la banque des patients. Les achats sont limités à une friandise et une boisson par passage à l'espace social, c'est-à-dire une fois par semaine. Les échanges et les dons sont interdits afin de limiter les risques de racket. Pour les produits autorisés en zone d'hébergement (tous à l'exception de la nourriture et des boissons), une feuille de commande est mise à la disposition des patients n'ayant pas encore accès au foyer.

Le mercredi 20 février, les contrôleurs ont assisté, de 14h30 à 16h, à la mise en place d'un espace bibliothèque au sein du foyer.

Le nombre de livres disponibles était auparavant très limité. Les professionnels ont récupéré un stock d'un comité d'entreprise qu'ils ont abondé gracieusement. Sous la conduite des deux psychologues et un éducateur, sept patients ont mis en place des rayonnages puis transporté et rangé un millier de livres composés pour plus de la moitié de bandes dessinées. **Après l'installation, patients et professionnels présents ont élaboré ensemble le règlement de la bibliothèque : emprunt possible de trois livres pendant une durée maximale de trois semaines, réduite à une semaine pour les bandes dessinées.**

Dans son courrier, le directeur du CHPE indique : « Ont été réalisés depuis votre passage : [...] ; organisation d'une sortie hebdomadaire extérieure accompagnée pour les patients (alternance UMD 1 – UMD 2) ... ».

4.2.5.3 Les activités à l'intérieur des pavillons

Des jeux de société sont pratiqués quotidiennement entre patients et soignants.

Une fois par mois, les anniversaires des patients concernés sont fêtés avec des animations préparées par les soignants et l'équipe d'ergothérapie.

Au sein de l'UMD 2, les soignants organisent des projections de films dans une des deux salles d'activité. Ils accompagnent les patients dans l'utilisation d'une console Wii.

Le 14 septembre 2012, une kermesse a été organisée dans une cour de promenade. Les patients ont élaboré des affiches décoratives puis participé à différents jeux d'adresse et à une course de garçons de café. Un concours a été mis en place sur la journée afin de fixer l'intérêt des patients sur la durée et de constituer des groupes en fonction de leurs affinités. **Tous les professionnels, médecins, infirmières, ergothérapeutes, éducateurs, aides-soignants et agents des services hospitaliers ont participé aux activités dans une approche différente de l'accoutumée.**

4.2.6 Les ressources

L'argent des patients, qu'ils ne peuvent conserver sur eux et doivent remettre au moment de leur admission, est géré par la banque des patients. Ils reçoivent un reçu correspondant à leur dépôt. La comptabilité générale de l'hôpital assure la gestion des comptes et indique aux deux entités de l'UMD le solde disponible afin de permettre des achats.

Les ressources des patients proviennent essentiellement du versement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et parfois de subsides de leurs familles. La gestion est assurée par un tuteur qui fixe le montant de l'argent de poche versé mensuellement sur leur compte : en moyenne 135 euros.

Lors de l'admission, il est demandé au patient de posséder au moins 100 euros afin qu'il puisse procéder à un minimum d'achat (tabac, friandises) mais cette somme ne peut être réunie pour de nombreux patients qui arrivent sans ressource et parfois sans document d'identité.

Une assistante sociale intervient à la demande des patients et des équipes soignantes. Elle vérifie l'effectivité des droits sociaux auxquels les malades peuvent prétendre et engage les démarches nécessaires lorsque les patients ne disposent pas de ressources.

Le 21 février 2013, le patient le plus fortuné possédait un compte de 690,41 euros, le moins fortuné avait un solde négatif (- 104 euros) mais avait cependant été autorisé à faire quelques dépenses au foyer en attendant le versement prochain de l'AAH instruite par l'assistante sociale de l'hôpital.

Les principales dépenses des patients sont les frais téléphoniques et les produits achetés au foyer ou, exceptionnellement, à l'extérieur par l'intermédiaire d'un éducateur.

Les patients doivent payer le montant du forfait hospitalier (13,50 euros par jour) lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par une complémentaire santé. En cas de difficultés de paiement, l'hôpital effectue plusieurs relances puis entreprend une procédure contentieuse en tant qu'établissement privé.

4.2.7 La gestion du tabac

Le règlement de l'UMD indique la fréquence des permissions de fumer : une fois par heure à partir de 8h30 jusqu'à 19h30 soit onze cigarettes par jour ; cinq fois pour les personnes placées en chambre d'isolement.

A l'heure précise de la cigarette, un soignant part avec le plateau contenant les paquets, les gobelets et le briquet tandis qu'un second soignant allume les cigarettes dehors.

Les patients qui roulent leurs cigarettes doivent préparer leurs onze cigarettes de la journée entre 9h et 9h30. Des rouleuses de cigarettes ont été mises à disposition pour permettre aux fumeurs d'utiliser du tabac à rouler.

Chaque patient fumeur a un paquet de cigarettes ou un gobelet destiné à contenir le paquet de tabac à rouler dans une boîte rangée dans le poste de soins.

Selon le personnel soignant, « le seul problème est d'ordre financier : beaucoup de patients ont de faibles moyens, s'ils ne perçoivent pas l'allocation pour adulte handicapé. Pour les personnes détenues dépourvues de ressources, l'allocation mensuelle de 20 euros ne suffit pas toujours à couvrir les besoins en tabac ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que lorsque les patients se plaignaient de l'insuffisance du nombre de cigarettes, le médecin généraliste pouvait leur proposer des substituts nicotiniques.

Selon les informations recueillies, il arrive que des patients expriment le souhait d'arrêter de fumer. Si ce désir persiste au-delà d'une semaine, une consultation avec le médecin généraliste est proposée. L'aide du médecin addictologue du CHPE n'est pas proposée.

Le jour de la visite des contrôleurs, il y avait huit paquets de cigarettes et quatre gobelets.

4.2.8 Le cannabis

L'addiction au cannabis a été rapportée comme sujet préoccupant pour la plupart des patients admis à l'UMD. Cependant, aucune action d'éducation à la santé n'a été organisée à ce sujet, notamment en lien avec le service d'addictologie.

Dans son courrier, le directeur du CHPE évoque « le projet d'intervention d'un professionnel du pôle addictologie concernant le cannabis ».

4.2.9 La sûreté et la gestion des incidents

Un service de sécurité spécifique a été créé au sein de l'hôpital en 2008 avec pour missions essentielles la sécurité des personnes et des biens et la protection incendie. **Son responsable a été associé très en amont au projet de création de l'UMD : il a participé aux réunions de chantier et à celles relatives à la sécurité.** Préalablement à la construction, un diagnostic de sûreté a été réalisé par la gendarmerie nationale, suivi d'un rapport de visite rédigé en novembre 2011 avant l'arrivée du premier patient.

L'unité est entourée de murs de 4 m de hauteur munis de bas-volets équipés de grillage anti vandalisme d'une largeur de 1 m.

Le service de sécurité, qui assure la gestion du sas de sécurité permettant d'accéder à l'UMD, comprend six agents en plus du responsable. Il fonctionne 24h/24h. En cas d'absence exceptionnelle de l'agent de sécurité, qui peut intervenir en cas d'événement grave impliquant sa sortie du poste, le dispositif d'ouverture du sas est transféré au poste d'accueil de l'hôpital.

Tous les professionnels voulant accéder à l'UMD doivent passer par le sas de sécurité. Ils y reçoivent leur clé et leur « PTI » (dispositif d'alarme pour travailleur isolé) et les reposent à leur sortie : aucune clé de l'unité ne sort du service. Toute visite d'une personne extérieure à l'hôpital doit être planifiée et portée à la connaissance du service de sécurité.

Lors de leur passage au poste d'entrée, les visiteurs doivent déposer leurs effets personnels (sauf ceux destinés aux patients et autorisés par l'équipe soignante) dans l'un des neufs casiers mis à leur disposition dans le sas. Le nom de chaque personne pénétrant dans le sas est inscrit sur un cahier de main courante.

Le sas, commun aux véhicules et aux piétons, mesure 10 m de long sur 6 m de large.

Les agents de sécurité ne sont pas armés et ne portent aucun équipement spécifique vestimentaire ou autre (type bâton de défense). Ils n'y tiennent pas. Le seul dispositif de

défense utilisé est un « bouclier Grouille »¹⁴ situé à l'intérieur de l'UMD.

Le poste de contrôle est équipé d'un système de vidéosurveillance. Les dix caméras sont placées sur la périphérie du site, les voies de circulation interne et les accès ; aucune n'est disposée à l'intérieur des bâtiments. Les images sont conservées pendant trente jours.

Au cours de l'année 2012, le service de sécurité est intervenu cinquante-six fois à l'UMD :

- vingt-six fois pour des fausses alertes dues à un déclenchement inadapté du PTI ;
- vingt fois pour une mise en chambre de soins intensifs ;
- neuf fois pour un renfort en personnel ;
- une fois pour une urgence vitale.

A titre de comparaison, le service de sécurité compétent pour l'ensemble des services de l'hôpital intervient quasi quotidiennement à l'USIP. Selon les informations recueillies, afin de réduire le nombre de fausses alertes, les PTI seront prochainement munies d'un cordon relié au vêtement des professionnels.

Entre le 1^{er} janvier et le 12 février 2013, le service est intervenu quatre fois à la demande des professionnels de santé de l'UMD.

Depuis le début de l'année 2013, l'hôpital a mis en place deux niveaux d'alerte :

- au premier niveau, les trois entités – USIP, UMD 1 et UMD 2 –, se renforcent mutuellement ;
- au deuxième niveau, si ce renfort est insuffisant, il est fait appel au service de sécurité.

Un exercice de lutte contre l'incendie a été réalisé en mars 2010 avec le service départemental d'incendie et de secours et la gendarmerie, dans le cadre du plan rouge.

Depuis son ouverture, l'UMD n'a pas connu de fugue de patient.

4.3 Le projet thérapeutique

L'UMD accueille des patients dont la problématique se situe au niveau de la violence et du passage à l'acte.

Selon le projet médical : « Les UMD ont un **triple but** :

- assurer la sécurité des patients et des soignants compte tenu de la dangerosité psychiatrique constatée et ayant conduit à cette hospitalisation ;
- apporter aux patients les meilleurs soins possibles adaptés à leur état en fonction du consensus actuel ;
- travailler avec eux sur la prise de conscience de leur violence et les accompagner dans l'apprentissage des règles de vie en collectivité au travers des limites que notre cadre leur donne ».

Le projet thérapeutique est basé sur l'individualisation de la prise en charge.

« L'objectif est d'apporter aux patients l'ensemble des soins que nécessite leur état en leur offrant un cadre sécurisé qui prend en compte leur dangerosité spécifique. Les

¹⁴Mis au point par le Dr Grouille au CHU de Limoges, il est composé de deux feuilles de Kevlar™ de 1,20 m de côté qui permettent aux soignants d'entourer le patient agité et de le neutraliser grâce à un système de sangles à serrage rapide associées à des poignées de portage.

démarches de soins sont axées sur une prise de conscience des troubles et de la nécessité d'un traitement ».

« Un travail de prévention des situations de violences est réalisé en identifiant notamment les situations susceptibles de réactiver cette violence. On recherche les facteurs favorisants : contexte, éléments anxiogènes, histoire de vie et répétition.

Les soignants aident le patient à reconnaître ses actes, à mettre du sens sur ceux-ci et à prendre en compte sa pathologie : travail autour de la maladie, lien avec les troubles du comportement, adaptation de la prise en charge.

Le but est d'instaurer de nouveaux repères et des limites souvent inexistantes ou mis à mal, d'améliorer les relations à l'autre (vie en collectivité, activités communes).

La question des conduites addictives est également abordée avec l'objectif de permettre un sevrage de toxiques et un travail sur la dépendance.

Il s'agit d'aider un patient en difficulté à canaliser ses tendances au débordement et à l'apaiser au travers de comportements rassurants et favorisant la mise en confiance ».

« Le règlement intérieur est un étayage permettant :

- la confrontation au jeu des limites ;
- la mise en place de repères organisationnels fixes permettant au patient de s'approprier ces repères (heure lever- coucher, repas, temps d'activité...);
- la pose de règles institutionnelles précises ;
- la mise en place d'une vigilance constante ;
- l'intégration d'une Loi du service vue comme contenant mais également comme sécurisante ;
- le rappel à la loi: La loi du service reflète la loi sociale ;
- la réappropriation de la loi par le patient ».

« La structure architecturale a un rôle contenant mais aussi humain ».

« Les soignants doivent avoir une bonne cohésion et communiquer au sein des équipes et tenir un discours uniforme face au patient ».

« Le soignant doit avoir un rôle empathique auprès du patient :

- écoute et dialogue ;
- mise en confiance et réassurance ;
- rappel à la loi ;
- calme et quiétude des lieux ».

L'**admission** se fait à l'UMD 1 puis le patient est transféré à l'UMD 2. La durée du séjour à l'UMD 1 n'est pas fixe. Elle dépend de l'état clinique du patient.

Tous les vendredis de 13h30 à 14h30, une réunion a lieu en présence du responsable de pôle, du médecin de l'UMD, du cadre supérieur, de la surveillante, de la psychologue et de représentants du personnel soignant afin de déterminer quels patients peuvent passer de l'UMD 1 à l'UMD 2.

Ainsi il a été décidé qu'un patient serait transféré le 19 février 2013 et un second, le 21 février 2013. En revanche, un patient, admis le 19 novembre 2012, est sorti directement de l'UMD 1, le 20 février 2013.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'absence de possibilité de pratiquer des sismothérapies constituait un handicap pour la prise en charge des patients admis à l'UMD.

Les centres hospitaliers de Clermont-Ferrand et de Limoges seraient réticents à prendre en charge les patients de l'UMD pour ce type de soins.

Le centre hospitalier de Tulle aurait déposé une demande d'implantation d'une unité de sismothérapie. De son côté, le CHPE considère que, avec l'UMD et l'USIP, l'implantation de ce type de soins devrait se faire sur le site de Monestier-Merlines pour éviter le transport des patients et l'établissement de certificat pour des sorties de moins de douze heures.

Dans sa lettre, le directeur du CHPE indique que « des séances sont désormais organisées à l'hôpital de Tulle ».

Selon les informations recueillies, le jour de la visite des contrôleurs, trois patients présentaient une pathologie relevant d'une indication de sismothérapie.

4.4 Le parcours du patient

A l'admission, le patient est placé pour **48 heures maximum en observation dans une des deux chambres de soins intensifs (CSI) de l'UMD 1**. Selon les informations recueillies, cette période permet une prise de contact et de rencontre avec le patient dans un cadre limitant les sur-stimulations. Le patient peut s'apaiser après son transfert et se familiariser progressivement avec les contraintes du cadre. Il ne dispose d'aucun objet personnel. Cette durée peut être réduite à 24 heures si le comportement du patient le permet, c'est-à-dire s'il tolère bien ce séjour en CSI.

Les soignants profitent de ce temps pour « repérer et identifier les éléments indispensables à leur prise en charge et tentent de commencer à nouer une relation de confiance avec le patient ».

Le patient rencontre le médecin généraliste et le psychiatre responsable de l'unité.

Dans le projet de soins remis aux contrôleurs, il est indiqué que le patient reçoit le livret d'accueil de l'UMD dans la CSI.

Lors de l'admission du patient, le 19 février 2013, le livret d'accueil lui a été remis lorsqu'il a intégré sa chambre au sein de l'UMD. Cette pratique a été confirmée par plusieurs autres patients. Le règlement intérieur, signé lors de son arrivée a été versé dans son dossier ; il ne dispose pas d'un exemplaire dans sa chambre.

Le comportement, la symptomatologie mais aussi la relation développée avec le personnel durant cette période sont analysés en équipe afin de prendre la décision de maintien ou de sortie de la CSI.

Le patient admis le 19 février est sorti de la CSI le 20 février.

Ensuite une **période dite d'adaptation de quinze jours** permet « l'immersion du patient dans la vie en collectivité, uniquement au sein des murs ».

Durant celle-ci, le patient devra s'adapter au service et aux autres patients, participer aux activités soignantes. Il rencontrera l'ergothérapeute, la psychologue, l'assistante sociale et bénéficiera d'entretiens infirmiers. Un premier projet de soins individualisé est ainsi défini.

Pendant cette phase, les appels téléphoniques, les activités d'ergothérapie et les visites ne sont pas autorisés.

A la suite de cette période, le **projet de soins individualisé** est réalisé en équipe pluridisciplinaire après les périodes d'observation et d'adaptation. Le diagnostic est finalisé et sont identifiés les besoins et attentes du patient ainsi que ses capacités, sa personnalité et son

comportement individuel et face au groupe.

Le patient peut choisir des activités d'ergothérapie avec l'aide des soignants qui le conseillent en fonction de sa demande et de ses capacités ; le patient n'a aucune obligation de participer à une activité mais il lui est fortement conseillé de le faire.

Il lui est également proposé de participer aux ateliers thérapeutiques organisés au sein de l'unité et aux groupes de parole.

Un contrat de soins est rédigé fixant les modalités de la vie quotidienne.

Un soignant référent et un suppléant sont désignés pour chaque patient.

Le rythme des entretiens avec le médecin, la psychologue et les infirmiers est fixé.

L'évaluation de la démarche de soins est réalisée à la suite des premiers constats afin de fixer, le cas échéant, de nouveaux objectifs. Un bilan est également effectué avec le patient.

Ensuite, une réunion clinique pluridisciplinaire a lieu pour envisager le passage en commission du suivi médical (cf. § 7), le transfert éventuel à l'UMD 2 et la restructuration du projet de soins.

Le jour de la visite des contrôleurs, la psychologue de l'UMD 1 prenait en charge dix patients une fois par semaine.

4.5 Les liens avec l'équipe de l'établissement d'origine et la sortie

Dès l'arrivée du patient, les soignants de l'équipe l'amenant à l'UMD font le point des éventuelles difficultés ayant surgi durant le transport et de l'état d'esprit du patient quant à son transfert à l'UMD.

Ensuite, tout au long du séjour, un contact téléphonique est maintenu avec l'équipe ayant demandé l'hospitalisation dans l'optique du retour du patient, même si la date n'est évidemment pas fixée.

Le compte rendu de la deuxième synthèse est systématiquement adressé à l'équipe d'origine ainsi que celui de l'avis de décision de sortie de l'UMD pris par la commission de suivi médical (cf. § 7).

Les échanges ont pour objectif de lever les difficultés éventuelles liées au comportement qu'a eu le patient dans son service d'origine en décrivant sa prise en charge et son évolution au sein de l'UMD.

Etant donné le recrutement national des patients, des réunions de synthèse ne sont pas programmées pour préparer la sortie.

Le médecin responsable de l'UMD envisage d'utiliser l'équipement de visioconférence moyen pour organiser des réunions de synthèse avec les équipes soignantes des centres hospitaliers d'origine.

4.6 Les unités de soins

4.6.1 Les locaux

Les locaux des deux entités de l'UMD sont séparés en deux parties distinctes : l'une, dédiée aux activités de jour, et la seconde où sont situés les chambres et les locaux sanitaires.

4.6.1.1 L'espace de jour

4.6.1.1.1 L'espace de jour de l'UMD 1

A l'entrée de l'UMD 1 se trouvent le local servant à l'admission des patients (cf. § 3.2), le salon dédié aux visites des familles, des vestiaires dotés de sanitaires pour les hommes et d'autres pour les femmes.

Le **salon de visites** est une pièce de 17,5 m², dont une paroi vitrée donne sur le local servant aux admissions. C'est dans cette pièce que se tient un soignant chargé de la surveillance de la visite. Dans les situations difficiles, il peut demeurer au sein du salon.

Les visiteurs peuvent se rendre dans un local sanitaire, décrit *supra* lors de l'arrivée du patient (cf. § 3.2).

L'espace de jour constitue un rectangle dont un côté est occupé par les bureaux des soignants, un petit côté par deux salles d'activités, le second grand côté par la salle à manger, le poste infirmier et le salon de télévision et le dernier côté par le couloir menant aux deux chambres de soins intensifs. Le centre du rectangle forme la cour de l'UMD 1.

L'espace de jour est organisé autour du poste infirmier.

Les locaux de jour des patients comportent :

- le **poste infirmier**, équipé notamment des renvois des boutons d'appel des chambres, de postes informatiques et téléphoniques et des écrans renvoyant les images de douze caméras de vidéosurveillance :
 - deux dans les chambres de soins intensifs ;
 - deux dans les chambres médicalisées ;
 - sept dans les couloirs distribuant les chambres ;
 - une dans la salle d'activités équipée d'un poste de télévision.
- la **salle à manger**, qui comprend quatre tables pour quatre personnes, de 1,20 m sur 0,80 m et deux tables carrées pour deux personnes, de 0,80 m de côté. Elle est éclairée par six fenêtres (de 1,07 m sur 1,04 m), qui ne s'ouvrent pas et par des plafonniers. Le menu du jour est écrit par un patient sur un tableau blanc ;
- l'office « propre » et l'office « sale » ;
- des sanitaires pour les patients ;
- une **salle d'activités**, (42 m²), équipée de deux fauteuils, une chaise, une table basse et un poste de télévision, doté d'un écran de 0,80 m ; la pièce comporte deux fenêtres et une paroi vitrée ;
- une **salle d'activité destinée à l'argile** (30 m²), équipée de quatre tables de 1 m de diamètre, onze chaises, deux armoires fermées à clé contenant le matériel, deux étagères remplies des productions de l'atelier ; la pièce comporte une fenêtre et une paroi vitrée, commune avec la salle d'activités décrite *supra*, occultée par un store.

Les locaux suivants sont accessibles en passant par la cour :

- le salon de télévision, (50 m²), équipé d'un poste de télévision avec un écran de 0,98 m, dix fauteuils, huit chaises, deux tables de 0,98 m de diamètre, un tableau

d'affichage en liège où sont apposés la charte des personnes hospitalisées, le planning des activités d'ergothérapie, le calendrier de l'année 2013, des informations sur la commission nationale informatique et libertés et le planning du foyer pour la semaine en cours (du 18 février au 24 février 2013) ; sur un des murs de la pièce sont posées dix patères comportant chacune le nom d'un patient et les parkas de ceux qui ne sont pas dehors. Des gobelets au nom de chaque patient sont posés sur une des tables. La pièce est éclairée par trois fenêtres identiques à celles de la salle à manger, qui ne s'ouvrent pas, dotées de stores dont la télécommande se trouve dans le poste infirmier ;

- des sanitaires destinés aux patients ;
- la salle de soins, climatisée, (18 m²), équipée notamment d'une table d'examen et dans laquelle se trouvent un sac à dos d'urgence et un défibrillateur ;
- un local, également climatisé, contenant l'armoire à pharmacie, qui n'est accessible que par la salle de soins ; sur l'armoire, un document atteste la vérification mensuelle de son contenu ; un coffre à toxiques permet le stockage, le cas échéant des produits de substitution ;

La cour mesure 38,5 m sur 17 m soit une surface de 654,50 m². Les patients peuvent y accéder par deux portes : l'une située dans la salle à manger, l'autre, dans le salon de télévision. Les soignants peuvent s'y rendre par deux accès supplémentaires se trouvant à proximité de leurs bureaux. Elle est équipée de deux panneaux de basket-ball accrochés à des tilleuls, quatre bancs de 1,65 m sur 0,28 m, deux cendriers en béton fixés au sol et dix chaises de jardin en plastique.



Cour de promenade de l'UMD 1

Des bureaux et locaux, inaccessibles aux patients, sont situés de l'autre côté de la cour :

- bureau du médecin de l'UMD (15 m²) ;

- bureau de la surveillante de l'UMD (8 m²) ;
- bureau de la psychologue (8 m²) ;
- bureau de l'assistante sociale (8 m²) ;
- salle du personnel (15 m²) ;
- sanitaires du personnel ;
- bureau du médecin responsable du pôle (15 m²) ;
- local dédié au ménage.

4.6.1.1.2 L'espace de jour de l'UMD 2

Les locaux de jour des patients de l'UMD 2 comportent :

- le poste infirmier, équipé notamment des renvois des boutons d'appel des chambres, de postes informatiques et téléphoniques et des écrans renvoyant les images de douze caméras de vidéosurveillance :
 - deux dans les chambres de soins intensifs ;
 - deux dans les chambres médicalisées ;
 - sept dans les couloirs distribuant les chambres ;
 - une dans la salle d'activités équipée d'un poste de télévision ;
- une salle récréative (75 m²), située en face du poste infirmier, équipée de treize fauteuils, une table basse et un poste de télévision muni d'un écran de 0,98 m. Un tableau mural comporte les plannings hebdomadaires des activités d'ergothérapie, du foyer et des possibilités d'appels téléphoniques avec le nom de chaque patient bénéficiaire. Cette pièce dispose d'un éclairage naturel par l'intermédiaire de deux fenêtres ;
- une première salle d'activités (26 m²), aux parois vitrées comportant une armoire dans laquelle sont rangés les jeux de société et dispose d'un appareil de vidéo projection et une chaîne Hi-fi ;
- une deuxième salle d'activités, (27 m²), meublée de deux tables et douze chaises, comportant un évier et du matériel de cuisson utilisés pour l'atelier cuisine ;
- la salle à manger, (50 m²) comprenant cinq tables pour quatre personnes, de 1,20 m sur 0,80 m, et deux tables carrées pour deux personnes de 0,80 m de côté. Le menu du jour est écrit par un patient sur un tableau blanc ;
- l'office « propre » et l'office « sale », situés de chaque côté de la salle à manger ;
- deux sanitaires dont un accessible à des personnes à mobilité réduite ;
- une cour de promenade, d'une surface de 585 m², accessible depuis les salles d'activités et la salle de restauration. Trois arbres et un massif avec arbustes composent la végétation. Elle est équipée de deux bancs en bois, de 1,80 m sur 0,40 m, et quatre cendriers en béton fixés au sol. Elle ne comporte pas d'équipement sportif.



Cour de promenade de l'UMD 2

4.6.1.2 L'espace de nuit

4.6.1.2.1 L'espace de nuit de l'UMD 1

L'espace de nuit de l'UMD 1 comprend **vingt chambres individuelles** dont deux dites « médicalisées », **deux chambres dites de soins intensifs (CSI)**, une salle de bains, le poste infirmier, une salle de soins de nuit et divers locaux dédiés au ménage et au rangement du linge. Une salle de réunion se trouve également au sein de cette zone.

Les vingt chambres sont numérotées de 1 à 20 ; elles sont de surface identique, 19 m², à l'exception des chambres n° 19 et 20 pouvant héberger des personnes à mobilité réduite et dont la surface est de 26 m². Les deux chambres numérotées 1 et 20, dites médicalisées, sont situées à proximité de la salle de soins.

Chaque **chambre** comporte un local sanitaire. Son équipement comprend un lit – doté d'une tête de lit – mesurant 1,90 m sur 0,98 m, un tabouret, une table de 1 m sur 0,5 m. Tous ces éléments sont fixés au sol. Un placard, fermant à clé, est intégré dans le mur. Il comporte quatre étagères mesurant 0,88 m sur 0,50 m.

La pièce est éclairée par deux plafonniers et par une fenêtre de 1 m sur 0,83 m ne s'ouvrant pas mais munie d'une partie ouvrante de 1 m sur 0,14 m. Une horloge numérique est fixée sur le mur en face de la tête du lit. Elle indique le jour et le mois en allemand ainsi que l'heure avec les minutes et les secondes. Dans son courrier, le directeur du CHPE signale « le changement de la langue d'affichage des horloges ».

Le patient dispose d'un bouton d'appel situé près de la tête de lit, relié au poste de soins, et de la commande des interrupteurs.

Le **local sanitaire** comporte un wc en émail, une douche à l'italienne et un lavabo de 0,80 m sur 0,48 m avec mitigeur, surmonté d'un miroir métallique de 0,60 m sur 0,50 m.

Chaque chambre est munie d'un double accès – côté couloir et côté cour, comme à l'UMD 2 – et d'un système de commande extérieur pour l'arrivée d'eau, l'électricité et le store de la fenêtre.

La porte de la chambre côté couloir comporte une lucarne en forme de losange, de 0,28 m de côté, qui n'est pas dotée de dispositif permettant de l'occulter contrairement à celle du local sanitaire qui est munie d'un store. Dans son courrier, le directeur évoque « la modification des oculi des chambres ».

Les deux **chambres médicalisées** sont identiques aux autres aux différences suivantes :

- il n'existe pas de tête de lit ;
- le lit comporte quatre dispositifs prêts à supporter des sangles de contention ;
- les deux chambres font l'objet d'une vidéosurveillance, à l'instar des CSI, mais sans microphone.

Lors de la visite, une des deux chambres était occupée par un patient qui ne la quittait pas, même pour les repas. Il a été expliqué aux contrôleurs que ce patient pouvait ainsi être sous surveillance constante.

Dans l'espace de nuit, les patients peuvent utiliser la **salle de bains** à leur demande et en fonction de la disponibilité du personnel soignant. Il s'agit d'une pièce de 19 m² entièrement carrelée où la baignoire est placée au centre. Lorsqu'un patient prend un bain, les soignants doivent retirer tous les chariots contenant le linge qui y sont placés (serviettes de toilette, linge des patients, draps) ainsi que les tables adaptables et les tables roulantes afin qu'aucun objet dangereux ne demeure dans la pièce.

Durant la nuit, le personnel occupe le **poste de nuit**, d'une superficie de 25 m², où sont renvoyés les appels des patients, le son transmis par les micros des CSI et les images des caméras de vidéosurveillance des CSI et des chambres médicalisées. Le personnel de nuit dispose également d'une **salle de soins** (de même superficie) située à côté du poste infirmier de nuit.

Quatre pièces sont dédiées au rangement du linge et une à l'entretien des locaux. Un local sanitaire est prévu pour les personnels.

Une **salle de réunion**, d'une superficie de 42 m², se trouve à l'extrémité de la partie nuit de l'unité.

4.6.1.2.2 L'espace de nuit de l'UMD 2

L'UMD 2 dispose, hors CSI, de vingt chambres individuelles dont deux médicalisées :

- deux chambres de 21 m² accessibles à des personnes à mobilité réduite ;
- une chambre de 16 m² ;
- quatorze chambres de 14 m² ;
- trois chambres de 13 m².

Les chambres sont équipées de deux portes, l'une ouvrant sur le couloir et l'autre sur la cour de promenade ; la première est dotée d'un œillette.

Chaque chambre est meublée d'un lit, un placard intégré dans le mur, comportant quatre étagères, et une table de 1,10 m sur 0,40 m avec tabouret fixés au sol.

Le lit métallique, de 2,20 m sur 0,90 m, est fixé au sol au centre de la pièce. Un matelas de 0,15 m d'épaisseur est disposé avec draps, couvertures et oreiller. Trois points d'ancrage pour les sangles de contention sont visibles de chaque côté du lit.

Deux plafonniers et un détecteur de fumée sont fixés au plafond. Un interrupteur commandant l'éclairage de la chambre et un autre pour les volets roulants sont à la disposition du patient. Il dispose aussi, en tête de lit, d'un bouton d'appel relié au poste de soin.

Une prise électrique est installée dans la pièce. Une horloge numérique, indiquant également la date, le jour de la semaine et la température, est présente dans chaque chambre. La température des chambres était de 23° C pendant la période de contrôle.

Dans le couloir, un tableau regroupe toutes les commandes électriques avec priorité sur celles de la chambre.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau d'une surface de 2,60 m² fermée par une porte pleine de 0,85 m de large. Un œilleton inséré dans la porte permet aux soignants d'observer, si nécessaire, l'intérieur de la salle d'eau. Une douche est installée dans un angle de la pièce avec un pommeau de douche fixe et un robinet. Dans trois chambres, les patients ont indiqué que la température de l'eau de la douche n'était pas assez élevée ; les contrôleurs ont effectivement constaté qu'elle était inférieure à celle des autres chambres.

Un wc à l'anglaise en émail blanc, sans abattant ni couvercle, avec un bouton poussoir pour actionner la chasse d'eau, est placé dans un autre angle.

Un lavabo en émail de 0,50 m sur 0,30 m est équipé d'un mitigeur. Il est surmonté d'un miroir métallique fixé au mur. Une prise électrique est installée à proximité. Aucun support ne permet de faire sécher les serviettes de toilette : celles-ci sont changées tous les jours et mises dans le sac de linge sale dès la fin de la toilette.

Les trois chambres visitées par les contrôleurs, avec l'autorisation des patients, ne comportaient aucune décoration murale.

Les deux chambres médicalisées, de 14 m², ne disposent pas d'équipement spécifique à l'exception d'une caméra sans microphone branchée en permanence. Le lit ne possède pas de tête de lit. « Ces chambres sont essentiellement utilisées comme chambres d'apaisement pour des patients agités, qui y restent deux heures en moyenne ». Dans son courrier, le directeur du CHPE précise : « Lorsqu'un patient demande un temps d'apaisement, il est dirigé vers sa chambre. Si l'équipe identifie un besoin de surveillance vidéo, elle propose alors au patient de réaliser cet apaisement en chambre médicalisée ».

Dans l'espace de nuit, les patients peuvent utiliser, à leur demande et en fonction de la disponibilité du personnel soignant, une salle de bains de 11 m² entièrement carrelée.

4.6.2 Les patients

4.6.2.1 L'UMD 1

Le 20 février 2013, quatorze patients étaient présents à l'UMD 1 dont quatre femmes.

Parmi ces patients, quatre dont une femme avaient été admis en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Lors de la visite des contrôleurs :

- un patient, admis le 19 février 2013, occupait la chambre de soins intensifs dans le cadre du protocole d'admission ; il en est sorti le 20 février 2013 ;
- un patient était hébergé dans la chambre médicalisée n° 20 « pour sa sécurité et celle des autres patients » ;
- les douze autres patients occupaient des chambres individuelles.

Le tableau suivant indique la situation des patients présents au moment de la visite des contrôleurs :

	Date d'admission	Sexe	Mode d'admission	Date de naissance	Etablissement d'origine	Durée de séjour
1	9 février 2012	F	SDRE	3/1/1984 29 ans	USIP Eygurande Maison-Blanche (75)	1 an et 10 jours
2	22 février 2012	M	SDRE	25/3/1991 21 ans	Sainte-Marie Clermont-Ferrand (63)	1 an
3	4 juin 2012	F	IP ¹⁵	30/8/1985 27 ans	Saint-Jean de Dieu (69)	226 jours
4	9 août 2012	M	IP	18/4/1954 58 ans	UMD Cadillac (33)	161 jours
5	27 août 2012	F	D.398 CPP	18/3/1980 32 ans	CHS Esquirol MA Limoges (87)	173 jours
6	18 septembre 2012	M	SDRE	28/8/1964 48 ans	CHU Pointe-à-Pitre (971)	148 jours
7	1 ^{er} octobre 2012	M	SDRE	19/3/1989 23 ans	Centre hospitalier Guillaume Régnier (35)	140 jours
8	19 novembre 2012	M	SDRE	16/11/198 2 30 ans	Centre hospitalier Sainte-Marie Clermont-Ferrand (63)	120 jours
9	10 décembre 2012	F	SDRE	13/1/1971 42 ans	Centre hospitalier Plouguernevel (22)	70 jours
10	17 décembre 2012	M	SDRE	7/6/1985 27 ans	CH Vauclair (24)	63 jours
11	28 janvier 2013	M	D. 398 CPP	25/6/1968 44 ans	UMD Cadillac Maison centrale Moulins-sur-Yzeure (03)	23 jours
12	7 février 2013	M	D. 398 CPP	23/9/1981 31 ans	Maison d'arrêt de Tulle (19)	13 jours
13	11 février 2013	M	SDRE	1/2/1987 26 ans	CH Saint-Egrève(38)	9 jours
14	19 février 2013	M	D. 398 CPP	19/1/1989 24 ans	USIP Sainte-Marie Nice MA Nice (06)	1 jour

Le 20 février 2013, les contrôleurs ont assisté à la sortie du patient n° 8, qui est reparti dans son établissement d'origine au CH Sainte-Marie de Clermont-Ferrand sans passage par l'UMD 2.

Le 21 février 2013, un patient a été admis en SDRE, en provenance du centre hospitalier de Moisselles (Val-d'Oise).

¹⁵ IP : irresponsable pénal

4.6.2.2 L'UMD 2

L'UMD 2 a été ouverte le 3 décembre 2012 et utilisée progressivement : le 20 février 2013, neuf patients y étaient présents.

Le tableau ci-dessous indique la situation de ces patients.

	Date d'admission	Sexe	Mode d'admission	Date de naissance Age	Etablissement d'origine	Durée de séjour
1	22/11/2011	F	SDRE	24/02/1990 - 23 ans	CH de Cadillac (33)	1 an et 88j
2	20/11/2011	M	IP	02/05/1982 - 30 ans	CH La Roche sur Foron (74)	1 an et 86j
3	05/12/2011	M	IP	27/07/1979 - 33 ans	UMD Cadillac (33)	1 an, 101j
4	12/12/2011	F	SDRE	24/11/1967 - 45 ans	CH de Poitiers (86)	1 an, 108j
5	21/05/2012	M	SDRE	19/05/1986 - 26 ans	CH Etampes (91)	275j
6	30/05/2012	M	SDRE	08/04/1985 - 27 ans	CH Nantes (44)	284j
7	11/06/2012	M	SDRE	15/11/1984 - 28 ans	CH Bourges (37)	296j
8	24/09/2012	M	SDRE	30/12/1957 - 55 ans	CH de Sarlat (24)	146j
9	12/11/2012	M	SDRE	02/09/1981 - 31 ans	CH La Roche sur Foron (74)	109j

Pendant la période de contrôle, tous les patients étaient hébergés dans des chambres ordinaires.

4.6.3 Le fonctionnement

4.6.3.1 La journée-type

Selon les termes du projet de soins, la journée-type se déroule ainsi :

- « 6h : transmissions des soignants dans le poste de soins de nuit ;
- 6h45-7h45 :
 - lever-toilette avec les soins infirmiers et un bilan psychique et somatique et réfection du lit selon les capacités du patient ou la prise en charge graduée ;
 - brossage des dents et rasage ;
- 7h45-8h :
 - rangement des produits d'hygiène et potentiellement dangereux dans une armoire prévue à cet effet qui sera ensuite fermée à clef (bombe inflammable, rasoirs...). A l'UMD 2, remise des effets personnels dans le cadre de la prise en charge graduée (briquet, MP3...) ;
 - fermeture de l'espace nuit ;
 - fermeture définitive pour la matinée ;

- distribution des chaussures côté jour ;
- distribution de traitements et petit déjeuner pour les patients en chambre de soins intensifs (CSI) ;
- 8h-8h30 :
 - distribution des traitements ;
 - petit déjeuner en commun dans la salle à manger. La sortie de la salle à manger ne se fera qu'après comptage des couverts. Toute sortie de la salle à manger est définitive ;
- 8h30-9h30, temps libre :
 - accès à la salle d'activité 1 et à la cour extérieure ;
 - distribution des cigarettes (selon contrat de soin) ;
 - temps de correspondance, lecture... ;
 - roulage des cigarettes pour les patients concernés ;
- 8h45, sortie des patients placés en CSI :
 - cigarettes ;
 - durée sortie extérieure : quinze minutes ;
 - présence soignante obligatoire ;
- 9h30-11h30 : activités/consultations ;
- 9h30 :
 - distribution des cigarettes (selon contrat de soin) ; le soignant accompagnant les patients en activité doit prévoir les cigarettes de 10h30 ;
 - accompagnement en ergothérapie/espace social/activités sportives ;
 - consultations psychiatre, psychologue, assistante sociale selon planning hebdomadaire (consultations effectives jusqu'à 12h) ;
 - ateliers thérapeutiques ;
 - ateliers soignants ;
 - accompagnement dentiste, kinésithérapeute, esthétique... ;
- 10h30 :
 - distribution des cigarettes (selon contrat de soin)
- 10h45, sortie des patients placés en CSI :
 - cigarettes ;
 - durée sortie extérieure : quinze minutes ;
 - présence soignante obligatoire ;
- 11h30, retour dans l'unité :
 - distribution des cigarettes (selon contrat de soin) ;
 - temps libre ;
 - distribution des traitements ;
- 11h45 : distribution de traitements et repas pour les patients en CSI ;
- 12h00-12h30 : repas en commun dans la salle à manger. La sortie de la salle à manger ne se fera qu'après comptage des couverts. Toute sortie de la salle à manger est définitive ;
- 12h30 : distribution des cigarettes (selon contrat de soin) ;
- 12h45-14h15 : temps de repos obligatoire en chambre :
 - ouverture de l'espace nuit ;
 - dépôt des chaussures de jour ;
 - à l'UMD 2, sur prescription médicale : accès aux effets personnels (MP3) ou possibilité de se livrer à une activité calme en chambre (lecture, correspondance...).

- 12h45, sortie des patients placés en CSI :
 - o cigarettes ;
 - o durée sortie extérieure : quinze minutes ;
 - o présence soignante obligatoire ;
- 13h : transmissions en salle de réunion ;
- 13h30-14h15 : réunion clinique, synthèse, démarches de soins... selon planning hebdomadaire ;
- 14h15-14h30, fin du temps de repos obligatoire ;
 - o fermeture de l'espace nuit ;
 - o fermeture définitive pour l'après-midi ;
 - o distribution des chaussures côté jour ;
 - o accès aux casiers personnels ;
- 14h30-16h30: activités/consultations ;
- 14 h30 :
 - o distribution des cigarettes (selon contrat de soin) ; le soignant accompagnant les patients en activité doit prévoir les cigarettes de 15h30 ;
 - o accompagnement en ergothérapie/espace social/activités sportives ;
 - o consultations psychiatre, psychologue, assistante sociale selon un planning hebdomadaire ;
 - o ateliers thérapeutiques ;
 - o ateliers soignants ;
 - o visites de familles ;
- 15h30 : distribution des cigarettes (selon contrat de soin) ;
- 16h30- 17h :
 - o distribution des cigarettes (selon contrat de soin) ;
 - o collation en commun dans la salle à manger. La sortie de la salle à manger ne se fera qu'après comptage des couverts. Toute sortie de la salle à manger est définitive ;
- 16h45, sortie des patients placés en CSI :
 - o cigarettes ;
 - o durée sortie extérieure : quinze minutes ;
 - o présence soignante obligatoire ;
- 17h-18h30, fin de journée :
 - o ateliers soignants (ludiques et/ou thérapeutiques selon planning) ;
 - o visite des familles ;
 - o entretiens infirmiers ;
- 17h30 :
 - o distribution des cigarettes (selon contrat de soin)
 - o correspondance/lecture ;
 - o communications téléphoniques ;
 - o choix du programme de télévision en commun avec un soignant ;
- 18h30: distribution des cigarettes (selon contrat de soin) ;
- 18h30-19h : distribution des traitements ;
- 18h45 : distribution de traitements et repas pour les patients en CSI ;
- 19h : repas en commun dans la salle à manger. La sortie de la salle à manger ne se fera qu'après comptage des couverts. Toute sortie de la salle à manger est définitive ;

- 19h30- 20h30, temps libre :
 - accès salle d'activités et cour extérieure ;
 - distribution des cigarettes (selon contrat de soin) ;
 - temps de correspondance, lecture... ;
 - télévision ;
- 20h30, coucher à l'UMD 1 :
 - ouverture de l'espace nuit ;
 - rangement des chaussures espace jour ;
 - traitement de nuit selon prescription médicale ;
- 21h : transmissions dans le PC infirmier ;
- A partir de 21h 45 : coucher à l'UMD 2 avec remise du traitement de nuit après avis médical ; prolongation possible selon le programme de télévision ;
- 23h : extinction obligatoire des lumières ».

Dans son courrier, le directeur du CHPE signale « le détachement d'un infirmier pour l'activité sport ».

4.6.3.2 Les règles de vie

4.6.3.2.1 A l'UMD 1

La **télévision** est branchée le matin, de 8h30 à 9h, sur la chaîne *BFM TV* ou *i-Télé* puis, à partir de 9h, au choix des patients. Selon les informations recueillies, dans le salon de télévision, le choix se porterait sur *Arte* ou *France 5* tandis que dans la salle d'activités dotée d'un poste de télévision, les patients préféreraient les chaînes musicales.

Dans le projet de soins, les idées concernant l'accès à la télévision sont les suivantes :

- la télévision doit être éteinte au maximum ;
- elle est allumée lors d'événements particuliers (rencontres sportives, informations importantes, ateliers soignants) ;
- l'accès au journal télévisé se fait en présence d'un soignant ;
- le choix de programme se fait chaque jour, par la majorité des patients et il est respecté.

Les **repas** sont pris à 8h, 12h 16h30 et 19h dans la salle à manger. Si un patient se sent mal, le repas peut lui être remis dans sa chambre. Les contrôleurs ont constaté que le patient hébergé dans la chambre n° 20 prenait tous ses repas dans sa chambre : un plateau lui était apporté pour lui éviter d'être en contact avec les autres patients.

La cour de promenade

Les patients ont accès à la cour de promenade durant quinze minutes à 8h45, 10h45, 12h45, 16h45 et 19h30.

Le repos en chambre

Les patients doivent se reposer dans leurs chambres de 12h45 à 14h15.

Il peut également leur être conseillé d'aller se mettre à l'écart dans leur chambre dans les périodes de tension.

Le coucher s'effectue de 19h45 à 20h30.

Les activités

Les soignants proposent plusieurs activités au sein de l'UMD 1 :

- jeux de société ;

- confection de masques ;
- activité Wii dans la salle de télévision ;
- football, basket-ball et badminton le samedi et le dimanche dans la cour.

Par ailleurs, les trois éducateurs proposent d'autres types d'animations au sein de l'unité :

- kermesse-loto ;
- concert à thème : à titre d'exemple, la semaine précédant la visite des contrôleurs, il s'agissait du Brésil ;
- participation à la rédaction du journal de l'hôpital « L'écho de la vallée » : un article a été écrit par un patient avec l'aide d'un éducateur ;
- en période de neige : construction d'un igloo et d'un bonhomme de neige ;
- projection de DVD dans le salon de télévision ;
- jeux de cartes dans la salle à manger.

La psychologue anime deux ateliers thérapeutiques :

- un atelier « argile » qui a lieu le mardi de 10h30 à 12h ; la porte du local est ouverte ; ainsi les patients peuvent venir à leur convenance mais pour une durée fixée à 1h30. De deux à dix patients fréquentent cet atelier toutes les semaines. Les productions des patients décorent de nombreux lieux de l'UMD ;
- un atelier « mandala » axé sur la relaxation fonctionne le vendredi, de 14h30 à 15h30, au bénéfice de six à huit patients au maximum. La psychologue va à la rencontre des patients après leur sieste pour leur proposer l'activité. A titre d'exemple, le vendredi 15 février 2013, quatre patients étaient présents.

4.6.3.2.2 A l'UMD 2

Cette entité, de création récente, ne dispose pas encore de règlement intérieur spécifique bien que les conditions de vie y soient, sous certains aspects, différentes.

Quinze jours avant son transfert de l'UMD 1, le patient rencontre les professionnels de l'UMD 2 qui lui font visiter les locaux.

A son arrivée, il n'est pas hébergé en CSI. Il a accès à son vestiaire personnel le week-end suivant son admission : ses vêtements sont marqués à son nom. Il poursuit les activités d'ergothérapie commencées précédemment.

Le patient a désormais accès à un placard individuel, situé dans le couloir de circulation conduisant à la salle de restauration, dont il conserve la clé toute la journée. Il peut y ranger des affaires personnelles comme son courrier, des photos ou des dessins. Il est autorisé à y accéder pendant quinze minutes à 7h45, 9h15, 10h, 11h15, 12h30, 14h15, 16h15, 16h45, 18h15 et 19h30.

Les patients disposent dans cette entité d'une plus grande liberté de circulation : six patients sur neuf pouvaient se rendre seuls au foyer. En dehors des heures d'activité programmées, ils peuvent accéder librement à la cour de promenade. L'heure du coucher peut être décalée afin de tenir compte du programme de télévision et de leurs souhaits.

L'usage du MP3 est autorisé au sein de l'entité.

Plusieurs patients ont regretté que les horaires du week-end soient identiques à ceux de la semaine et qu'ils ne puissent pas dormir plus longtemps le dimanche.

L'objectif de la prise en charge est de restaurer les liens sociaux, de renouer avec l'autonomie et de préparer le retour dans l'établissement d'origine mais les patients ne

bénéficient plus (sauf ponctuellement au foyer) de la prise en charge des éducateurs qui sont affectés à l'UMD 1.

5 LES SOINS SOMATIQUES

Trois médecins généralistes à temps plein assurent les soins somatiques pour l'ensemble de l'hôpital ; l'un d'entre eux est affecté à l'UMD, à l'USIP et au service de suite.

Les contrôleurs ont rencontré l'un des médecins généralistes assurant le remplacement de son collègue durant ses congés.

Les médecins sont présents du lundi au vendredi, de 8h à 16h. En dehors de ces plages horaires, ils assurent une astreinte à domicile en se répartissant les jours : lundi / mardi, mercredi / jeudi et vendredi / samedi / dimanche, à tour de rôle.

Les patients admis à l'UMD sont vus en consultation par le médecin généraliste dans les deux heures suivant leur admission. Il s'agit de faire l'anamnèse, voir les antécédents médicaux, le motif de l'hospitalisation, le traitement et pratiquer un examen clinique orienté par l'interrogatoire. Un bilan d'entrée est systématique effectué. Il comprend un bilan biologique complet avec sérologies (VIH, hépatites, syphilis)¹⁶, un électrocardiogramme, le recueil du poids, de la taille et du périmètre abdominal avec le calcul de l'indice de masse corporelle. Les prélèvements sont adressés à un laboratoire privé d'Ussel et les résultats envoyés sur le logiciel Osiris.

L'ensemble des données médicales et des traitements sont informatisés et recueillies sur ce logiciel.

Un **cabinet dentaire** a été installé au sein de l'UMD à proximité de la zone d'ergothérapie.

Un dentiste effectue des consultations pour les patients de l'ensemble du CHPE tous les lundis après-midi. Il n'a pas accepté de se rendre dans les locaux de l'UMD. De ce fait, les patients de l'UMD ayant besoin de soins dentaires sont transportés en ambulance jusqu'à son cabinet situé dans une autre partie de l'hôpital, accompagnés de deux soignants.

Le directeur de l'établissement de santé a évoqué son souhait de recruter un dentiste qui effectuerait des consultations au sein de ce cabinet. Au moment de la visite des contrôleurs, il n'avait pas trouvé de praticien acceptant d'effectuer une vacation au sein de l'UMD.

A titre d'exemple, trois patients ont bénéficié de soins dentaires le 11 février 2013, deux patients le 18 février et deux étaient prévus le 25 février.

Les **consultations** de spécialités sont effectuées au centre hospitalier d'Ussel ou, en tant que de besoin, aux centres hospitaliers de Brive-la-Gaillarde ou de Tulle, ou au CHU de Clermont-Ferrand.

Selon les informations recueillies, lorsqu'il s'agit de consultations externes ou d'examens d'imagerie, les réponses des centres hospitaliers concernés ne posent pas de problème, ni dans les délais, ni dans l'accueil des patients.

A chaque déplacement, le patient est accompagné de deux soignants.

¹⁶ avec le consentement du patient

S'agissant des **hospitalisations**, de nombreuses difficultés ont été rapportées par différents acteurs, notamment le directeur de l'établissement de santé, le président de la CME, le psychiatre responsable du pôle et le médecin généraliste.

Les établissements hospitaliers qui peuvent être sollicités pour l'hospitalisation des patients de l'UMD sont les suivants :

- le centre hospitalier (CH) d'Ussel, distant de 33 km. Il dispose d'un service d'urgences ;
- le centre hospitalier de Tulle distant de 90 km ;
- le centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde distant de 109 km ;
- le centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand distant de 70 km.

Le médecin généraliste, en liaison avec son collègue du SMUR, prend contact avec l'établissement compétent en fonction de la pathologie présentée par le patient¹⁷. L'urgentiste attend l'accord du service qui va recevoir le patient. Il a été rapporté aux contrôleurs que le patient n'était pas dirigé systématiquement aux urgences du CH d'Ussel.

Selon les informations recueillies, il est arrivé que, du fait du « statut UMD » du patient, l'accord ait été long à obtenir : à titre d'exemple, un patient présentant une symptomatologie cardiaque nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensifs de cardiologie a attendu dans le véhicule du SMUR, au sein de l'UMD, plus d'une heure, l'accord de ce service du CHU de Clermont-Ferrand.

Il est prévu que, lors d'une hospitalisation, quels que soient le service et la durée, **un soignant** du CHPE est présent 24h/24 avec le patient au sein du service d'accueil. Selon le degré de dangerosité, un deuxième agent, qui peut être un agent de sécurité, peut être dépêché si le psychiatre le juge nécessaire.

Selon le médecin de l'ARS, une des difficultés résiderait dans la difficulté de disposer effectivement de ces soignants tout au long de l'hospitalisation.

Il a été évoqué la possibilité de faire admettre les patients de l'UMD dans l'une des trois **chambres sécurisées** situées au sein du CH de Tulle.

Sur place, il a été indiqué aux contrôleurs que ces chambres n'étaient pas accessibles aux patients « du fait d'une cour de promenade insuffisamment sécurisée car accessible visuellement des bâtiments d'habitation situés à proximité ».

Selon le médecin de la délégation territoriale de l'ARS de Corrèze, il n'existe pas de cour de promenade dédiée à ces chambres. Celles-ci viennent de recevoir l'agrément de l'ARS (le 22 janvier 2013), puis celui de la commission de sécurité de la préfecture de la Corrèze et de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux.

En tout état de cause, ces chambres sécurisées sont destinées à recevoir des personnes détenues, soit, en ce qui concerne l'UMD, celles admises dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale. Le jour de la visite des contrôleurs, quatre patients entraient dans ce cadre.

Une « procédure concernant l'accueil et la prise en charge des patients de l'UMD du CHPE au centre hospitalier de Tulle » a été rédigée en avril 2012 par le directeur des soins, les cadres de santé des urgences et de la psychiatrie du CH de Tulle et par le directeur des soins

¹⁷ à titre d'exemple, s'il s'agit de neurochirurgie, seul le CHU de Clermont-Ferrand est pourvu d'un service de cette spécialité.

et le cadre supérieur du CHPE. Le document a été vérifié par le chef de pôle urgences-services médico-techniques, responsable du SMUR du CH de Tulle et approuvé par le directeur de cet établissement de santé.

Le document précise que la procédure s'applique « à tous les patients provenant de l'UMD du Centre Hospitalier d'Eygurande pour une hospitalisation faisant suite :

- soit à un premier bilan somatique réalisé par l'équipe du SMUR Ussel ou par le médecin somatique ;
- soit pour une hospitalisation programmée ».

L'hospitalisation du patient se déroule dans l'une des trois chambres sécurisées, situées à proximité de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Le document précise que « quatre situations peuvent se présenter :

- demande de consultations de spécialités (par ex : imagerie, gastro, consultation d'anesthésie dans le cas d'une programmation...) ;
- demande d'hospitalisation programmée (de jour ou complète) ;
- demande d'hospitalisation non programmée ;
- demande d'hospitalisation suite à l'intervention du SMUR d'Ussel ».

Le document ne fait nulle part allusion à la situation spécifique d'un patient-détenu admis dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale.

Il existe deux arbres décisionnels : le premier concernant le cas d'un patient provenant de l'UMD ou de l'USIP et le second concernant celui d'un détenu provenant directement d'un établissement pénitentiaire (maison d'arrêt de Tulle ou centre de détention d'Uzerche).

Il est également précisé : « pour des raisons de sécurité, un patient relevant de l'UMD ou de l'USIP du CHPE **sera systématiquement accompagné durant la totalité de l'hospitalisation par un agent du CHPE qui peut être un agent de sécurité ou un soignant.** Dans le cas où le patient serait particulièrement dangereux, l'effectif du CHPE est renforcé ». Dans son courrier, le directeur modifie les termes ci-dessus, extraits de la procédure mentionnée *supra*, et déclare : « pour des raisons de sécurité, un patient relevant de l'UMD ou de l'USIP du CHPE sera systématiquement accompagné durant la totalité de l'hospitalisation par un **soignant** du CHPE, **voire par une deuxième personne si le médecin psychiatre le décide (et éventuellement un agent de sécurité) ».**

Une réunion était prévue le 3 avril 2013 au CHPE entre les directeurs des quatre établissements de Corrèze (Monestier Merlines, Ussel, Brive-la-Gaillarde et Tulle), les médecins urgentistes et le médecin de l'ARS de Corrèze. Elle avait pour objectif d'améliorer le dispositif des hospitalisations des patients de l'UMD.

Dans son courrier, le directeur du CHPE évoque une évolution depuis la visite des contrôleurs: « le travail en commun avec les centres hospitaliers de Brive, Tulle et Ussel concernant la prise en charge somatique des patients hospitalisés sans leur consentement (projets de convention et de protocole) ».

Le rapport annuel de l'année 2012 indique que « 156 transports de patients [ont été réalisés pour des] consultations, hospitalisations et urgences ».

6 LE RECOURS À L'ISOLEMENT ET À LA CONTENTION

6.1 La procédure d'isolement

Le règlement intérieur précise dans son article 17 : « En cas d'agressivité ou de troubles du comportement, une mise en chambre de soins intensifs sera décidée par l'équipe soignante ».

Il existe un document diffusé le 31 mars 2006 relatif à **la procédure de mise en chambre d'isolement**. Il a été rédigé et signé par deux cadres supérieurs de santé de l'hôpital, validé par le président de la CME et le directeur des soins et vérifié par le responsable de la qualité.

L'objet est « de décrire les différentes étapes d'une mise en chambre d'isolement d'un patient. Cette procédure s'applique à toutes les mises en chambre de soins intensifs ».

Le document consiste en un arbre décisionnel.

Il ne mentionne pas que le service de sécurité est informé du placement d'un patient en chambre de soins intensifs (CSI).

Il mentionne les deux cas de placement en CSI :

- décision d'isolement par le médecin avec prescription ;
- placement en CSI en urgence avec prescription médicale ultérieure ; le délai de validation du placement par la prescription médicale n'est pas indiqué.

Dans sa réponse, le directeur précise : « Ce délai est indiqué sur la prescription ».

Il existe un document daté du 22 décembre 2003 relatif aux « **soins et surveillance infirmière lors de la mise en chambre de soins intensifs** ». Il a été rédigé, validé et vérifié par les mêmes auteurs que le document précédent mais leurs signatures n'y figurent pas.

L'objet est « de définir les règles concernant les soins et la surveillance du patient en chambre de soins intensifs. Ce protocole s'applique durant toute la période de la mise en chambre de soins intensifs du patient selon le rythme prévu de la prescription médicale ».

Le protocole prévoit :

- de planifier les actions infirmières ;
- d'assurer :
 - la surveillance visuelle tous les quarts d'heure ;
 - la surveillance prévue dans la prescription médicale ;
 - la surveillance des constantes sur prescription médicale (tension artérielle, pouls, température) ;
- d'assurer l'observation de l'état psychique, physique et biologique du patient :
 - comportement général, niveau d'excitation et/ou d'expression délirante, niveau de vigilance (éveil, somnolence, sommeil), niveau de conscience (désorientation ou autres signes confusionnels), élocution (dysarthrie) ;
 - agitation, pâleur, rougeur, sudation, sécheresse des téguments ;
 - en cas de contention au lit, l'absence de toute compression vasculo-nerveuse ;
- d'enregistrer toutes les données sur la fiche de surveillance dans le dossier patient ;
- la présence de deux infirmiers pour toute intervention dans la CSI, sauf si le patient est contenu ;
- de respecter les temps hors CSI prescrits par le médecin (pour promenade, cigarette,

- repas...);
- d'accompagner le patient pour le repas et l'hygiène corporelle ;
- de surveiller l'environnement : draps, couvertures, température ambiante, propreté de la chambre...

Il est prévu que la responsable de la qualité effectuera une évaluation de l'application de cette procédure deux fois par an (juin et décembre).

L'arbre décisionnel cité *supra* est joint au document dédié aux infirmiers.

Selon les informations recueillies, la durée des placements en chambre d'isolement est variable. Les infirmiers renseignent une fiche sur le logiciel Osiris ainsi que le dossier de surveillance papier.

Dans le « document de formation soignants 2012 » remis aux contrôleurs, utilisé en février 2013 au bénéfice des agents qui n'avaient pas encore reçu de formation, les contrôleurs ont noté les indications suivantes dans la rubrique « rétention de liberté » :

- « Passage à l'acte physique sur une autre personne ou sur soi-même : CSI de 48 heures ;
- Menace, agressivité verbale, agitation importante : CSI de 24 heures ;
- Non respect du règlement intérieur : CSI de 12 heures ;
- Mal-être, agitation modérée, demande du patient selon le cas : 2 heures.

A l'issue de cet apaisement :

- Retour du patient dans l'espace jour ;
- Mise en CSI de 2 à 12 heures si persistance du mal être.

Au bout des deux heures, évaluation heure par heure de la situation du patient pour envisager sa sortie ou son maintien en CSI ».

A cette évocation, la direction a expliqué aux contrôleurs que cette pratique « d'isolement disciplinaire » était destinée à rassurer le personnel soignant nouvellement recruté. Lors de la réunion de fin de visite, le directeur de l'établissement de santé s'est engagé à modifier le contenu de la formation dispensée la semaine suivant la visite des contrôleurs.

Le président de la commission de suivi médical (CSM) a, quant à lui, précisé : « Cela permet d'apprendre aux patients à respecter les règles de vie en société ». Toutefois, il a ajouté : « Le règlement intérieur, qui imposait un isolement thérapeutique en cas de non respect du règlement de l'organisation institutionnelle par les patients, est en cours de modification afin d'adapter et d'individualiser cet isolement thérapeutique au cas par cas ».

Le personnel soignant procède à la mise en chambre d'isolement du patient lorsqu'il le juge nécessaire puis contacte le médecin psychiatre de garde qui se rend sur place dans les deux heures. **Il a été précisé que, lorsque ce dernier était éloigné géographiquement, la décision médicale pouvait être ordonnée par un médecin généraliste.** Selon les déclarations des soignants, dans un premier temps, le patient agité est invité à se reposer dans une chambre médicalisée pendant deux heures ; si cette mesure s'avère insuffisante, il est placé en chambre d'isolement.

Dans son courrier, le directeur du CHPE précise : « [...] le document cité page 61 a été abrogé ainsi que la pratique qu'il décrivait (les mises en chambre de soins intensifs sont systématiquement signalées au médecin psychiatre présent ou d'astreinte, qui donne son avis et valide ou non cet acte ; [...] ».

6.2 Les chambres de soins intensifs

Il existe deux CSI dans chaque UMD.

A l'UMD 1, les deux CSI sont identiques et situées dans la partie nuit, non loin du poste de soins.

Chacune a une superficie de 15 m² et dispose d'un local sanitaire de 3 m².

La **chambre** est équipée d'un lit métallique de 2,20 m sur 0,97 m fixé au sol, doté de quatre sangles de contention, d'un oreiller avec sa taie, de deux draps et d'une couette. Dans son courrier, le directeur du CHPE signale : « [...] les sangles de contention des CSI sont désormais retirées du lit si le patient n'a pas de prescription pour les contentions ; [...] ».

Une horloge numérique, placée en face du lit, indique l'heure et la date en allemand.

La chambre est équipée d'une caméra de vidéosurveillance, d'un microphone et d'un détecteur de fumée. Cette caméra thermique, qui détecte les rayonnements infrarouges, permet de visualiser des mouvements même dans l'obscurité.

L'éclairage est assuré par deux plafonniers à commande extérieure et par une lucarne de 0,75 m sur 0,34 m aménagée dans la porte donnant accès à la cour spécifique des CSI.

La pièce est peinte en vert d'eau ; le sol est recouvert de carreaux blancs.

Chaque chambre est accessible par une porte donnant dans le couloir de circulation de l'unité et par un accès de secours commun aux deux chambres. Dans cet accès de secours, sont installés les robinets permettant de couper l'eau dans les chambres ; on y trouve un bassin ainsi qu'un urinoir et les lucarnes des locaux sanitaires.

La porte principale est munie d'une lucarne en forme de losange de 0,28 m de côté dépourvue d'un dispositif permettant de l'occulter.

Une patère est posée à l'entrée de chaque chambre.

Le **local sanitaire** comprend une douche à l'italienne, un wc à l'anglaise en inox et un lavabo avec mitigeur, intégré dans un plan elliptique de 1,24 m de long. Il est équipé d'un miroir métallique de 0,60 m sur 0,50 m, d'un plafonnier qui s'allume automatiquement lorsqu'il détecte un mouvement et d'une lucarne de 0,28 m sur 0,26 m équipée d'un store donnant sur le couloir de secours. Il est carrelé jusqu'à une hauteur de 2,20 m.

La chambre comporte une porte d'accès à la cour d'une largeur de 0,91 m.

La **cour** est dédiée aux deux CSI. Elle comporte un petit sas avec une porte permettant l'accès à la cour proprement dite. Elle mesure 10 m sur 6 m soit une surface de 60 m². Elle est entourée d'un grillage en métal vert d'une hauteur de 3 m. Elle est équipée d'un cendrier en béton, d'une table en béton de 1,75 m de long et de deux bancs en béton.



Cour de promenade des deux chambres de soins intensifs

L'UMD 2 dispose de deux CSI de conception identique d'une surface de 14 m². Elles ne comportent pas de sas d'entrée : on y pénètre à partir du couloir soit par la salle d'eau, soit par une porte ouvrant directement dans la chambre.

La chambre est équipée, en son centre, d'un lit métallique de 2,20 m sur 0,90 m fixé au sol. Un matelas, de 0,15 m d'épaisseur, y est placé ; un oreiller avec sa taie et une couverture sont posés dessus. Quatre sangles de contention sont arrimées à quatre points de fixation du lit. **Le patient ne dispose pas de bouton d'appel.**

Une horloge numérique, fixée en haut du mur faisant face au lit, permet au patient de connaître la date, le jour de la semaine – indiqué en allemand – et la température de la pièce.

Une caméra thermique et un microphone permettent d'observer et d'entendre les faits et gestes du patient depuis le poste de soins.

Une salle d'eau est située dans le prolongement de la chambre ; une porte de 0,90 m de large permet d'y accéder. Une douche à l'italienne y est installée avec un pommeau de douche fixe. Un lavabo et un wc à l'anglaise sans couvercle ni abattant, tous les deux en inox, complètent l'équipement. La salle, entièrement carrelée du sol au plafond, est en parfait état.

6.3 Le recours à la contention

Il n'existe pas de procédure de mise sous contention spécifique aux patients hospitalisés en psychiatrie.

Il a été remis aux contrôleurs un document interne à l'établissement, daté du 22 octobre 2009, relatif aux « **bonnes pratiques restrictions de liberté de circulation** ». Les documents qui y sont cités en référence ont trait aux soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en établissements sanitaires et médico-sociaux.

Cette procédure « concerne tous les professionnels susceptibles de réaliser une contention (au fauteuil, au lit) ou un enfermement provisoire dans une pièce (autre qu'une chambre d'isolement pour laquelle des protocoles existent) ».

« La contention doit être exceptionnelle et réduite aux situations d'urgence médicale ».

« En cas de contention ou de restriction de liberté de circulation en urgence, il faut qu'elle soit validée dans les 3 jours par un médecin ».

Selon les informations recueillies, « la mesure de contention n'est appliquée que lorsque le patient est mis en chambre d'isolement car la vidéo permet sa surveillance. Elle est peu utilisée, essentiellement dans les cas d'automutilation ou d'agressivité contre un soignant et pour des durées brèves ».

Un document de l'établissement daté du 27 octobre 2011 concerne le « **matériel de contention pour transport de personnes hospitalisées sans consentement** ». Il a pour objectif de « sécuriser les conditions des transports assurés par les équipes du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande, concernant les personnes hospitalisées sans consentement. L'utilisation de moyens de contention adaptés au brancard permet de maintenir la personne pendant la durée du transport en ambulance. Le patient sera donc sanglé (sécurité) et le soignant (infirmier(ère) ou aide-soignant(e)) évalue la nécessité d'utiliser les moyens de contention. Le médecin validera a posteriori cette utilisation. En cas d'agitation ou de problème somatique grave, appeler le SMUR.

Cas des patients venant du Centre de Détention d'Uzerche : transport en VSL, avec

moyens de contention (pieds, mains avec contention ventrale) ».

Le document précise ensuite la composition du kit, les modalités d'utilisation et les recommandations concernant l'entretien du matériel.

Les quatre CSI sont équipées chacune de quatre sangles de contention. Les quatre chambres médicalisées disposent chacune de quatre dispositifs permettant de poser, le cas échéant, les sangles de contention.

6.4 La traçabilité

Un « registre de l'utilisation des chambres d'isolement », commun aux deux unités permet de suivre l'utilisation des quatre chambres d'isolement de l'UMD.

Il a été ouvert le 21 novembre 2011 à l'UMD 1.

Il comporte les rubriques suivantes :

- « date ;
- nom du médecin prescripteur ;
- unité ;
- nom et le prénom du patient ;
- heure d'entrée ;
- heure de sortie ;
- numéro de la chambre ;
- intervention de renfort : oui/non ;
- existence d'un problème lors de l'intervention de l'équipe de renfort : oui/non ;
- mise sous contention : oui/non ;
- prolongation de la CI¹⁸ : oui/non ;
- information du service de sécurité : oui/non ».

Depuis son ouverture le 3 décembre 2012, le nombre de patients hébergés à l'UMD 2 et le nombre de patients soumis à contention concernent des effectifs réduits.

Depuis cette date, quatre patients de l'UMD 2 ont été placés en CSI pour des durées respectives de 48, 24 et 14 heures (à deux reprises dans la semaine pour un même patient). Deux de ces quatre personnes ont été soumises à contention. L'une d'elles, qui avait regagné sa chambre habituelle, a indiqué aux contrôleurs qu'elle s'automutilait et que la mesure de contention avait été destinée à la protéger.

Les contrôleurs ont examiné le registre concernant les placements en CSI du mois de janvier 2013. Dix-sept mentions sont portées sur le registre :

- une concerne un patient du service des admissions (hors UMD) ;
- une est liée à la période initiale d'observation de 24 heures prévue dans le parcours du patient ;
- les quinze placements en chambre d'isolement concernent sept patients : quatre hommes et trois femmes ;
- une seule mesure de contention est notée pour une femme ; le registre ne permet pas d'en noter la durée ; selon les informations recueillies, la mesure aurait été levée après trente minutes ;
- l'équipe de renfort n'a jamais été sollicitée ;

¹⁸ CI : appellation communément utilisée par les soignants pour désigner les CSI

Patient	Date d'entrée	Type de soin	2012															2013		
			30 mars			25 mai			20 juillet			21 sept			30 nov			1 ^{er} février		
			S*	P*	E*	S	P	E	S	P	E	S	P	E	S	P	E	S	P	E
I	16/1/12	ASPDRE				M							M							
J	5/12/11	IP				M									M					
K	12/12/12	ASPDRE				M									M					
L	16/4/12	ASPDRE					M			M			S		Sorti le 29/10/12					
M	22/2/12	ASPDRE								M								M		
N	14/5/12	ASPDRE										S	Sorti le 8/8/12							
O	4/6/12	IP											M		M					
P	21/5/12	ASPDRE											M		M					
Q	18/6/12	ASPDRE											M		S	Sorti le 20/12/12				
R	9/2/12	ASPDRE										M								
S	24/9/12	ASPDRE													M				M	
T	30/5/12	ASPDRE													M					
U	11/6/12	ASPDRE													M					
V	18/9/12	ASPDRE																M		
W	9/8/12	IP																M		
X	27/8/12	Détenu													Pas encore sorti			S		
Y	1/10/12	ASPDRE																	M	
Z	19/11/12	ASPDRE												Sorti le 20/2/13					S	

- * Motif de l'examen : S -> examen systématique (une fois par an)
 Motif de l'examen : P -> examen sur la demande du patient
 Motif de l'examen : E -> examen sur la demande de l'établissement
 Décision de la CSM : M -> maintien
 Décision de la CSM : S -> sortie
 IP : irresponsabilité pénale

Concernant la patiente de la ligne X, le libellé de la décision prise le 1^{er} février 2013 par la CSM était : « Sortie envisagée MA¹⁹ Limoges. Est améliorée et apparaît prête à comparaître aux assises ». Au moment de la visite des contrôleurs, cette patiente était toujours à l'UMD.

8 L'HOSPITALISATION DES PATIENTS DÉTENUS

Au moment de la visite des contrôleurs, il n'existe pas de protocole concernant l'hospitalisation en UMD d'un patient détenu.

Le règlement intérieur précise : « Si vous venez du milieu carcéral, la réglementation applicable aux détenus s'impose ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que, en l'absence d'un protocole écrit, il n'existait pas de directive précisant l'organisme qui était chargé de faire la demande d'escorte lorsqu'un patient détenu devait être conduit dans un autre établissement de santé ; parfois c'est l'UMD,

¹⁹ MA : maison d'arrêt

d'autres fois c'est l'établissement destinataire.

A la suite de l'ouverture de l'UMD 1, une réunion avait été organisée le 15 février 2012 au CHPE, avec le procureur de la République, le directeur de cabinet du préfet de la Corrèze, le sous-préfet, le médecin inspecteur de l'ARS, des représentants de la gendarmerie et le directeur du CHPE et ses adjoints. L'objet de cette réunion était « les hospitalisations sans consentement, mesures de sécurité, problèmes liés à l'application de la loi ». Il avait été présenté le cadre des hospitalisations en UMD, avec un rappel des articles du code de la santé publique y afférents.

Le compte rendu de cette réunion indique : « Les dispositions applicables ne paraissent pas prendre suffisamment en compte la dangerosité de certains malades placés en UMD, notamment dans l'organisation du débat contradictoire ». Il est également précisé : « La directrice de cabinet du préfet va commencer à rédiger le projet de protocole de l'entrée jusqu'à la sortie en UMD : 1° Entrée en UMD ; 2° Incidents en cours de séjour ; 3° Sortie ; 4° Accompagnement ».

Au moment de la visite des contrôleurs, le directeur de l'établissement venait de recevoir un courrier, cosigné par le préfet et le procureur de la République, dans lequel il lui était demandé « qu'une fiche de liaison spécifique puisse être renseignée par les cadres et médecins du CHPE effectuant l'accueil des patients [...]. Ladite fiche induira un signalement obligatoire de tout détenu placé en hospitalisation sous contrainte aux destinataires suivants :

- procureur de la République ;
- directrice de cabinet du préfet de la Corrèze ;
- commandant de la compagnie de gendarmerie Tulle-Ussel.

Le signalement devra être effectué par mail, dès le lendemain de l'arrivée du patient-détenu (du lundi au vendredi) et par un appel téléphonique au sous-préfet les week-end et jours fériés. S'agissant du parquet, le signalement sera transmis dans les conditions de délai prévues ci-dessus à l'adresse de messagerie [...] ».

Cette lettre faisait suite à l'organisation de l'extraction sanitaire d'urgence d'un patient détenu qui avait nécessité un rendez-vous au milieu du trajet avec l'escorte de gendarmerie car celle-ci avait fait savoir qu'elle n'était pas en mesure de se rendre dans un bref délai au CHPE. Cette opération, réalisée en concertation entre le directeur du CHPE et le commandant de la gendarmerie, n'avait pas été appréciée par le préfet.

Depuis l'ouverture de l'UMD, six patients détenus y ont été hospitalisés :

Patient	Date de naissance	Entré le	Sorti le
A	13/4/77	20/1/12	31/1/12
B	02/3/72	29/3/12	30/4/12
C	18/3/80	27/8/12	Non
D	25/6/68	28/1/13	Non
E	23/9/81	11/2/13	Non
F	19/9/89	19/2/13	Non

Le patient repéré « B » a été admis en soins libres à la suite d'une levée d'écrou qui est intervenue alors qu'il était encore à l'UMD.

9 LA SORTIE DE L'UMD

En cas de sortie de l'UMD, la décision de transfert est notifiée au patient par un soignant ; l'original est retourné à l'ARS et une copie ainsi que l'accusé de réception signé par le patient sont conservés au dossier.

Depuis l'ouverture de l'UMD, les sorties de patients n'ont présenté aucune difficulté, leur établissement d'origine les ayant réadmis. Un patient a dû être transféré dans une autre UMD, car la mixité de l'UMD du CHPE ne permettait pas, pour lui, une prise en charge adéquate.

Lorsque la commission de suivi médical (cf. *supra* § 7) donne un avis favorable pour le retour du patient dans son établissement d'origine, une réunion de synthèse est prévue avant le départ du patient en ambulance.

Les contrôleurs ont pu assister à la réunion préalable au retour d'un patient au CHS Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, le mercredi 20 février 2013 à 13h. Ce patient avait été admis le 19 novembre 2012 à l'UMD 1 où il a passé tout son séjour. Le médecin responsable de l'UMD, le cadre supérieur, la surveillante, la psychologue et deux infirmiers de l'UMD 1 participaient à cette réunion ainsi que deux infirmiers de Sainte-Marie, dont un qui connaissait le patient.

Il a été évoqué le souhait de ce patient de faire une demande d'allocation aux adultes handicapés. Il est actuellement en arrêt de travail. « L'entourage familial apparaît constituer un cocon étayant, même s'il est décrit dépressif. Le patient a besoin d'un accompagnement social pour repartir dans la sphère sociale ».

Ensuite le patient s'est joint à la réunion. Il a exprimé « un sentiment euphorique à l'idée de sa sortie » mais a ajouté : « le chemin n'est pas encore terminé ». Il a évoqué sa difficulté « à être coupé de tout pendant un mois et demi », puis il a dit avoir repris espoir : « au début je voyais à court terme, je vais reprendre la vie active ».

Puis il a signé le registre de la banque des patients où il était crédité d'un montant de 49,48 euros. Cette somme a été remise en espèces, devant le patient, aux infirmiers de Sainte-Marie.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il allait être admis à l'unité d'accueil et d'orientation pendant 24 heures pour une évaluation de son état clinique puis dans une unité fermée.

Pour le trajet, il devait être placé dans une ambulance sous contention en position semi-allongée. Le personnel soignant de l'UMD n'estimait pas cette mesure nécessaire mais le chauffeur de l'ambulance a affirmé en avoir l'obligation s'agissant d'un patient admis en SDRE.

CONCLUSION

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

- Observation n° 1 : L'examen des plannings des mois de décembre 2012 à février 2013 laisse apparaître des effectifs parfois insuffisants en particulier au sein de l'UMD 2 (cf. § 2.2).
- Observation n° 2 : Les informations données par le médecin au patient sur sa situation juridique ne sont pas tracées pas plus que ne l'est formellement le recueil de ses observations (cf. § 3.2).
- Observation n° 3 : Les documents informatifs remis au patients sont pour certains incomplets (livret d'accueil) sur le fonctionnement de l'unité et les droits des patients ; de même, si le patient est informé des modalités de recours contre la décision dont il fait l'objet, il l'est dans des conditions chronologiques disparates qui en rendent difficile la compréhension (cf. § 3.3.2).
- Observation n° 4 : Les propos tenus dans la salle dans laquelle se déroulent les visioconférences sont audibles depuis la salle dans laquelle se tient le personnel soignant pendant que le patient s'entretient avec son avocat. La confidentialité de cet entretien n'est donc pas assurée (cf. § 3.4.1).
- Observation n° 5 : Le nombre d'appels téléphoniques ne devrait pas être limité à deux par semaine ; il devrait être fixé pour chaque patient en fonction de son état clinique (cf. § 3.13.3).
- Observation n° 6 : Il conviendrait de prévoir des dispositions particulières afin de favoriser l'exercice du droit de vote par les patients hospitalisés à l'UMD (cf. § 3.13.5).
- Observation n° 7 : La permanence assurée par la secrétaire de la CRUQPC tous les jours de 13h à 14h n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil (cf. § 3.17.1).
- Observation n° 8 : Le règlement intérieur signale la présence de surveillance vidéo sans enregistrement mais ne précise pas l'existence de microphones (cf. § 4.1).
- Observation n° 9 : En l'absence de règlement intérieur pour l'UMD 2, celui de l'UMD 1 est notifié à tous les patients, qui n'en conservent pas d'exemplaire (cf. § 4.1).
- Observation n° 10 : Les menus de la semaine pourraient être affichés (cf. § 4.2.1).
- Observation n° 11 : Les portions des repas devraient être adaptées à l'âge des patients, les plus jeunes pouvant bénéficier de suppléments (cf. § 4.2.1).
- Observation n° 12 : Il est regrettable que les patients n'aient accès à l'espace social qu'une heure par semaine alors que les activités sont rares dans l'établissement (cf. § 4.2.5.2).
- Observation n° 13 : La somme de 100 euros demandée à l'arrivée des patients afin qu'ils puissent procéder à un minimum d'achat (friandises, tabac) apparaît

excessive et devrait être réduite (cf. § 4.2.6).

Observation n° 14 : Les patients de l'UMD 2 devraient aussi pouvoir bénéficier de l'intervention des éducateurs pour les accompagner tout au long de leur prise en charge (cf. 4.6.3.2.2).

Observation n° 15 : Contrairement aux personnes détenues, les patients admis en UMD ne peuvent pas être admis dans une chambre sécurisée. Il est nécessaire de prévoir des lieux d'hospitalisation dans les services concernés par la pathologie présentée par le patient (cf. § 5).

Observation n° 16 : Le placement d'un patient en chambre d'isolement ne doit se faire que sur des indications cliniques. La notion d'isolement à titre de punition doit être proscrite non seulement dans les documents de formation mais surtout dans les pratiques (cf. § 6.1).

Observation n° 17 : Il est nécessaire de préciser dans la procédure de mise en chambre de soins intensifs le délai de validation du placement par un psychiatre (cf. § 6.1).

Observation n° 18 : Le contrôleur général s'est déjà exprimé sur l'utilisation de la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement ; leur surveillance par microphones apparaît comme une étape supérieure dans l'atteinte à la dignité des patients. Ce type de surveillance ne saurait remplacer un contact régulier et fréquent avec les patients placés en chambre d'isolement (cf. § 6.2).

Observation n° 19 : Au moment de la visite des contrôleurs, la prise en charge de patients placés sous main de justice ne faisait l'objet d'aucun protocole. Il en résulte des prises de décision pour le moins surprenantes : ceux-ci sont informés que « la réglementation applicable aux détenus s'impose », ce qui est totalement incohérent ; par ailleurs, le préfet et le procureur de la République ont demandé au directeur de l'établissement de leur adresser, ainsi qu'à la gendarmerie de Tulle-Ussel, une fiche de liaison spécifique qui serait « renseignée par les cadres et médecins du CHPE ». Cette directive est en totale contradiction avec la distinction indispensable entre les soins et la justice. Il est urgent de réaliser un protocole réglant le mode de prise en charge d'un patient provenant d'un établissement pénitentiaire (cf. § 8).

Sommaire

1	Les conditions de la visite	2
2	Présentation générale de l'établissement	3
2.1	L'implantation.....	3
2.2	Les personnels et les conditions de travail.....	6
2.3	L'activité.....	8
3	L'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits	8
3.1	Les modalités d'admission des patients	8
3.2	Les modalités d'arrivée du patient.....	11
3.3	La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.....	13
3.3.1	Les documents informatifs donnés aux patients.....	14
3.3.2	Les arrêtés préfectoraux.....	16
3.4	Le juge des libertés et de la détention.....	17
3.4.1	Les opérations de visioconférence.....	17
3.4.2	La salle de visioconférence	19
3.4.3	La notification des ordonnances	20
3.5	Le registre de la loi	20
3.6	Le rôle des mandataires judiciaires.....	21
3.7	L'information donnée aux familles.....	22
3.8	La confidentialité de l'hospitalisation	22
3.9	La personne de confiance.....	22
3.10	L'accès du patient au dossier médical.....	22
3.11	Le recueil des observations des patients	23
3.12	Le collège des professionnels de santé	23
3.13	La communication avec l'extérieur	23
3.13.1	Le courrier.....	23
3.13.2	Les visites.....	24
3.13.3	Le téléphone	25
3.13.4	L'informatique et l'accès à Internet.....	27
3.13.5	Le droit de vote	27
3.13.6	Les permissions de sortie de moins de douze heures.....	27
3.14	Les visites des autorités	27
3.15	La commission départementale des soins psychiatriques	28
3.16	L'UNAFAM	28

3.17	Le traitement des plaintes et réclamations.....	28
3.17.1	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).....	28
3.17.2	Les événements indésirables	29
3.17.3	Les enquêtes de satisfaction	30
4	Les conditions matérielles d'hospitalisation.....	33
4.1	Le règlement intérieur.....	33
4.2	Les éléments communs à toutes les unités.....	33
4.2.1	La restauration	33
4.2.2	Les vêtements et le linge.....	35
4.2.3	L'entretien des locaux.....	36
4.2.4	L'accès à l'exercice d'un culte	36
4.2.5	Les activités.....	36
4.2.6	Les ressources.....	40
4.2.7	La gestion du tabac	40
4.2.8	Le cannabis.....	41
4.2.9	La sûreté et la gestion des incidents.....	41
4.3	Le projet thérapeutique.....	42
4.4	Le parcours du patient.....	44
4.5	Les liens avec l'équipe de l'établissement d'origine et la sortie	45
4.6	Les unités de soins.....	46
4.6.1	Les locaux.....	46
4.6.2	Les patients	51
4.6.3	Le fonctionnement	53
5	Les soins somatiques	58
6	Le recours à l'isolement et à la contention.....	61
6.1	La procédure d'isolement.....	61
6.2	Les chambres de soins intensifs	63
6.3	Le recours à la contention.....	64
6.4	La traçabilité.....	65
7	La commission de suivi médical	66
8	L'hospitalisation des patients détenus	67
9	La sortie de l'UMD.....	69
	CONCLUSION	71

