



**Unité pour
malades difficiles
d'Albi**

(TARN)

du 18 au 20 septembre 2012

Contrôleurs :

- Jacques GOMBERT, chef de mission ;
- André FERRAGNE ;
- Lucie MONTROY ;
- Philippe LAVERGNE
- Jane SAUTIERE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite annoncée de l'unité pour malades difficiles (UMD) d'Albi (Tarn) du 18 au 20 septembre 2012.

1 CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'UMD le mardi 18 septembre 2012 à 15h30 et ont quitté les lieux le jeudi 20 septembre à 15h. Ils ont été accueillis par le secrétaire général de la « fondation du Bon Sauveur d'Albi », le médecin-chef responsable de l'UMD et par le cadre de santé.

Il s'agissait d'une visite annoncée.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

L'affichette annonçant la visite des contrôleurs a été immédiatement diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

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

Ils ont disposé de la salle de réunion dans laquelle se tiennent les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Ils tiennent à souligner la qualité de l'accueil de toutes les personnes rencontrées et leur totale disponibilité pour répondre à leurs questions et leur remettre toute documentation.

Le directeur de cabinet du préfet du Tarn a été informé téléphoniquement de cette visite. Les contrôleurs se sont entretenus, au palais de justice d'Albi, avec le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance qui fait également fonction de juge des libertés et de la détention.

Une réunion de restitution a eu lieu en fin de visite. Le directeur du centre hospitalier spécialisé Pierre Jamet, le médecin-chef de l'UMD et le cadre de santé y assistaient.

Un rapport de constat a été transmis le 4 mars 2013 au directeur de l'unité pour malades difficiles Louis Crocq. Aucune réponse n'est parvenue au Contrôleur général.

2 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

La fondation « Bon sauveur d'Albi » poursuit l'œuvre de la communauté des sœurs du Bon Sauveur qui avaient créé un établissement pour sourds à Albi en 1832 et un établissement pour malades mentaux en 1835. Les établissements actuels recouvrent deux secteurs d'activité : le secteur sanitaire et le secteur médico-social. En juillet 2012, la capacité globale était de 506 lits et places. Les statuts de la fondation Bon Sauveur d'Albi ont été approuvés par décret du 24 septembre 1982.

Reconnue d'utilité publique depuis 1982, la fondation Bon Sauveur d'Albi peut affirmer ses compétences dans dix domaines : psychiatrie, déficience auditive, gériatrie, exploration du sommeil, acuponcture, addictologie, lutte contre les addictions, dépistage et prise en charge du handicap, formation.

Dans le cadre de la Fondation Bon Sauveur d'Albi, le centre hospitalier spécialisé (CHS) Pierre Jamet est un établissement de santé à but non lucratif, dont la mission est de dispenser des soins en santé mentale à la population du nord du département du Tarn. Le CHS a été certifié par la haute autorité de santé en mai 2010.

L'unité pour malades difficiles (UMD) « Louis Crocq » est un nouvel établissement de la Fondation, rattachée au centre hospitalier spécialisé Pierre Jamet d'Albi. Elle est située dans la périphérie est de la ville d'Albi, chemin du Séminaire du Roc.

L'UMD, très isolée, n'est pas desservie par les transports en commun. Deux panneaux routiers installés à la sortie sud-est d'Albi indiquent la direction de l'« UMD Louis Crocq ». L'UMD est située à une distance de cinq kilomètres du centre-ville et du CHS Pierre Jamet. Un parking de cinquante-neuf places de stationnement accueille personnel et visiteurs. L'unique voie d'accès débouche directement sur la loge et les sas véhicules et piétons.

L'UMD d'Albi a été réceptionnée en août 2011, après douze mois de travaux pour un montant de 13,5 millions d'euros. Le premier patient a été accueilli le 22 novembre 2011. Le site choisi appartenait déjà à la fondation. L'architecte retenu est celui qui avait élaboré le projet architectural de l'UMD de Plouguernevel. L'UMD pourra accueillir quarante patients. En l'état, seule une première unité de vingt lits (l'unité B) est en service. La seconde unité de vingt lits devrait être mise en service en 2013.

La déclivité naturelle du terrain permet d'atténuer, en partie, l'impact visuel du mur d'enceinte en béton d'une hauteur comprise entre 3,50 et 4,50 mètres. Dans les parties où il est directement visible, le mur est animé d'un jeu de panneaux de couleurs dans un camaïeu de verts et de brun. Ces panneaux s'espacent vers les parties où il est moins visible. Ce jeu graphique dédramatise le mur et lui donne une échelle plus humaine. Afin de renforcer la sécurité, un « saut de loup » a été creusé à l'intérieur, côté ouest. Un talus a été installé côté nord, avant de pouvoir accéder au mur d'enceinte, pourvu d'un système de détection.

La vidéosurveillance est assurée à l'aide de vingt et une caméras, externes et internes. Elles ne sont pas couplées avec un système d'enregistrement.

La surface intramuros de l'UMD est de 19 550 m².

Avant de pénétrer à l'intérieur de l'UMD, les visiteurs doivent décliner leur identité à un agent hospitalier qui se tient dans un poste protégé, derrière de larges baies vitrées blindées qui ont vu sur le parking, les sas et l'accès au bâtiment. Il existe un sas pour les piétons et un

sas pour les véhicules. La manœuvre des portes est commandée électriquement par l'agent du poste protégé. Un portique de détection de masses métalliques a été installé afin, exclusivement, de contrôler les familles venues rendre visite aux patients. Il n'existe pas de tunnel d'inspection à rayons X. Les trois portes qui permettent l'accès à la cour de l'UMD sont toutes asservies entre elles. Le poste protégé est opérationnel pendant la journée ; la nuit, seul le poste de circulation (PC) de l'unité B est occupé.

A son arrivée dans le sas, chaque membre du personnel reçoit un trousseau de clés ainsi qu'un badge magnétique permettant l'ouverture de certaines portes. En cas de perte ou de vol, ce badge peut être désactivé. Un appareil de communication et d'alarme est également remis. Appelés les « DATI » (dispositifs d'alarme pour travailleurs isolés), ils permettent un accès au réseau téléphonique interne et externe, de déclencher une alarme et de réceptionner les appels des patients depuis les chambres ou les sanitaires. Le système DATI permet également la géo localisation de l'incident.

A l'intérieur de l'enceinte, l'UMD est composée de quatre entités : en partie centrale le bâtiment regroupant **le centre médico-administratif, les activités de consultation et l'espace social**, qui fait front face au poste protégé de la porte d'entrée, **les deux unités d'hébergement** développées de part et d'autre au sud et au nord. Enfin, le **pôle activités, sports et ergothérapie** est implanté face à l'espace social, à l'ouest.

Le centre médico-administratif, dans sa partie « non sécurisée », comprend les bureaux des médecins, du cadre infirmier de l'assistante sociale et de la psychologue, une salle de réunion et un local technique informatique. Dans sa partie « sécurisée », il est composé d'un plateau technique (dentiste, sismothérapie) et d'un espace social avec cafétéria, salon de coiffure, magasin et cour de promenade.

Les deux unités d'hébergement se développent au sud et au nord.

La partie diurne, regroupant les locaux de soins et de surveillance ainsi que les locaux de séjour des patients, fait l'articulation entre les espaces centraux et les espaces de nuit. La partie diurne est le point névralgique de l'UMD, là où tout se passe : espace de vie des patients, surveillance constante, interventions logistiques quotidiennes, soins et entretiens médicaux, visites des familles. Cette partie diurne comprend des salles d'activités, une salle à manger, un lieu de cultes, deux salons de télévision qui servent également de salles de jeux, le PC infirmier, une salle de réunion pour le personnel, des locaux techniques, trois bureaux pour le personnel soignant, les vestiaires du personnel, deux salons d'accueil des familles, un local à pharmacie, des sanitaires.

Les ailes nocturnes s'étendent vers le sud pour l'unité A et vers le nord pour l'unité B et permettent d'avoir une orientation est ou ouest pour les chambres. Chaque unité comprend vingt lits dont une chambre réservée aux personnes handicapées, deux chambres d'isolement, un dressing, une salle de bain et des locaux techniques.

La cour est implantée à l'ouest des chambres. Elle permet une vue sur l'extérieur du site, au-delà du mur d'enceinte.

Deux petites cours sont attenantes aux chambres des patients isolés.

Les locaux de sport, médiations thérapeutiques et psychomotricité sont installés dans un bâtiment implanté à l'ouest. Il est accessible par des cheminements extérieurs venant des deux unités de vie et de la circulation principale. Ce bâtiment comprend des salles d'activité (jardinage, poterie, informatique), le bureau du professeur de sport et trois grandes salles de

gymnastique. A l'extérieur se situe un plateau sportif permettant de pratiquer le tennis, le badminton, le volley et le football.

Le personnel médical comportait au moment de la visite des contrôleurs :

- Médecins : 2 dont un à mi-temps ;
- Psychologues : 2 à mi-temps ;
- Psychomotricien : 1 à mi-temps ;
- Ergothérapeute : 1 ;
- Educateur sportif : 1 à mi-temps ;
- Assistante sociale : 1 ;
- Secrétaire : 1 ;
- Cadre infirmier : 1 ;
- Responsable unité de soins : 1 ;
- Infirmiers : 25 ;
- Aides soignants : 8 ;
- Agents de service hospitalier : 7 ;
- Agents accueil de sécurité : 8.

L'hospitalisation dans une UMD est toujours prononcée dans l'établissement d'origine du patient et confirmée par un arrêté du préfet du Tarn, département d'implantation de l'UMD d'Albi.

L'UMD accueille :

- des « médico-légaux » déclarés pénalement irresponsables en application de l'article 122-1 du code pénal ;
- des patients qui présentent des troubles majeurs du comportement que ne peuvent plus contrôler les moyens actuels de surveillance et de soins des unités de secteur en hôpital de psychiatrie générale. Ce sont des patients « perturbateurs » de services psychiatriques traditionnels, placés sous le régime de l'hospitalisation sous contrainte par arrêté préfectoral ;
- des personnes détenues en application de l'article D 398 du code de procédure pénale.

L'UMD d'Albi est localisée à mi-chemin des UMD de Cadillac (Gironde) et de Montfavet (Var). Lorsque ses deux unités de vingt lits seront opérationnelles, l'UMD d'Albi couvrira les besoins spécifiques dans le grand sud de la France. L'UMD d'Albi accueille exclusivement des patients hommes, adultes et mineurs.

Sur la période du 21 novembre 2011 au 18 septembre 2012, l'UMD d'Albi a accueilli trente patients. Le jour du contrôle, vingt patients étaient présents.

La moyenne d'âge des patients sur cette période est de 33,32 ans, étant observé qu'un mineur âgé de seize ans a séjourné à l'UMD du 16 décembre 2011 au 31 janvier 2012 ; l'intéressé était incarcéré à l'établissement pour mineurs (EPM) de Lavaur, dans le département du Tarn.

La durée moyenne de séjour (des patients sortis) est de 136 jours. Sur cette période de dix mois, le nombre de journées d'hospitalisation s'est élevé à 4252 jours.

Les malades viennent de la Haute-Garonne (5), du Tarn (2), de l'Ariège (2), du Lot (2), des Pyrénées Orientales (2), des Hautes Pyrénées (2), des Landes (2), de la Seine Saint-Denis (2), de l'Hérault (2), de la Vendée (1), de Paris (1), de l'Isère (1), des Pyrénées Atlantiques (1), du Gard (1), de l'Aveyron (1), de la Lozère (1), des Charentes-Maritimes (1), de l'Aude (1). Un patient était sans domicile fixe.

Quatre patients étaient détenus dans des établissements pénitentiaires et hospitalisés en application de l'article D398 du code de procédure pénale.

Huit malades avaient déjà séjournés dans des UMD.

3 HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 Les modalités d'admission des patients

La première demande d'admission est généralement formulée par téléphone au secrétariat de l'UMD par un établissement public de santé mentale à qui est expliquée la démarche à suivre. Le service demandeur adresse un courrier au médecin-chef responsable de l'UMD qui lui adresse en retour un dossier à remplir et une liste de documents à renvoyer ayant trait à l'anamnèse du patient ainsi qu'à sa couverture sociale ; l'admission ne peut être effectuée tant que la totalité des pièces demandées n'est pas reçue.

Dans l'éventualité où aucune place n'est disponible, la demande est placée sur une liste d'attente. Au moment de la visite des contrôleurs, cinq dossiers étaient sur liste d'attente. Le délai d'attente moyen des admissions réalisées était de quarante-trois jours ; le délai le plus court avait été d'une journée et le plus long de 156 jours.

Les demandes émanant d'un service médico-psychologique régional (SMPR) sont soumises à la même procédure que celles des EPSM.

Quand l'admission est possible, l'avis favorable est communiqué à l'ARS, au bureau des admissions du bon sauveur et à l'EPSM demandeur. L'ARS envoie en retour un arrêté d'admission à l'UMD et un arrêté de transfert à l'EPSM. Ce dernier est ensuite avisé par courrier de la date et de l'heure d'admission. Les familles sont informées de l'orientation par l'hôpital initial ou sous quarante-huit heures par l'UMD, à la condition toutefois de recueillir l'accord du patient.

3.2 Les modalités d'arrivée du patient

Les détenus relevant de l'article D398 du CPP font l'objet d'une escorte policière. Les autres patients arrivent dans une ambulance de l'hôpital d'origine.

Dans l'heure qui suit son arrivée, le patient a un premier entretien avec un psychiatre ainsi qu'un entretien infirmier. Si son état le permet, l'arrêté préfectoral de son admission lui est notifié par écrit. Il est également examiné par un médecin somaticien dans la journée.

Tous ses effets personnels sont retirés au patient, un inventaire en est réalisé et ils sont rangés dans le placard de sa chambre. Un pyjama de L'UMD lui est remis.

Toute arrivée de patient implique un passage de ce dernier par le régime d'isolement pour observation clinique. Pendant cette phase, il est vu toutes les deux heures par un soignant.

Hormis la notification des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation qui n'est pas systématique, il n'existe pas de support d'information sur ses droits et devoirs donné au patient. Selon les indications recueillies par les contrôleurs, ce type d'information peut le perturber : « il est urgent de ne pas se précipiter ».

Un traitement médicamenteux est mis en place ; il ne fait que reconduire le traitement initial du patient avant d'envisager une éventuelle modification.

Cette phase d'accueil en isolement peut varier d'une journée à plusieurs semaines : « tout s'évalue et se réévalue au jour le jour ». Des sorties progressives hors de la chambre sont effectuées au fur et à mesure de la stabilisation du patient. Des objets personnels peuvent lui être rendus. Il ne peut accéder à l'espace social qu'une fois « stabilisé », soit dans la semaine, soit plusieurs mois plus tard.

Les observations réalisées pendant cet isolement vont permettre de poser les bases de la prise en charge thérapeutique.

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

Le placement dans une unité pour malades difficiles s'exerce dans un cadre législatif et réglementaire très précis :

- Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation psychiatrique qui crée des unités spécifiques à vocation interrégionale pour des « patients présentant pour autrui un danger tel, que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique » ;
- L'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles : modalités d'admission et de séjour, commission de suivi médical (CSM) formulant un avis sur le maintien et la sortie des patients ;
- Loi du 5 juillet 2011 (applicable le 1^{er} août 2011), relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Cette loi a notamment mis en place un contrôle des hospitalisations sous contrainte par l'autorité judiciaire ;
- Les décrets N°2011-846 et 2011-847 du 18 juillet 2011, pris en application de la loi du 5 juillet 2011.

Les personnels soignants rencontrés par les contrôleurs ont parfaitement intégré les nouvelles dispositions législatives et réglementaires : « il s'agit d'un progrès incontestable pour garantir les droits des malades et l'intervention d'un juge est la bienvenue ». Les autorités judiciaires ont précisé aux contrôleurs qu'elles n'avaient ressenti aucune hostilité de la part des personnels soignants.

3.3.1 Le juge des libertés et de la détention

La loi du 5 juillet 2011 a introduit le contrôle systématique de la mesure d'hospitalisation sous contrainte par le juge des libertés et de la détention au bout de quinze jours d'hospitalisation complète, puis, plus tard, au bout de six mois d'hospitalisation complète continue. La saisine facultative demeure possible à tout moment.

Les contrôleurs ont rencontré, au palais de justice d'Albi, le président du tribunal de grande instance qui fait fonction de juge des libertés et de la détention (JLD).

Le juge se déplace systématiquement accompagné de son greffier à l'UMD pour tenir des audiences foraines et ce, au grand soulagement du personnel soignant. Il convenait en effet de tenir compte de la dangerosité des patients et de leur état de santé. En revanche, les malades hospitalisés sous contrainte dans les services du CHS Pierre Jamet sont emmenés au palais de justice. Le Parquet ne se déplace pas et prend des réquisitions écrites.

Le rôle des audiences n'est pas fixé à l'avance. Le juge se déplace « autant de fois que cela est nécessaire ». De manière générale, les audiences se déroulent tous les quinze jours environ, le plus souvent le lundi.

Un « avis d'audience » est remis au patient quelques jours avant la tenue de l'audience. Il est informé qu'il peut avoir accès au dossier qui sera soumis au juge en formulant une demande au secrétariat du directeur de l'établissement. La possibilité d'être assisté par un avocat est également notifiée à l'intéressé : « vous pouvez vous faire assister d'un avocat de votre choix ou demander qu'il vous en soit désigné un d'office. Dans ce dernier cas, vous voudrez bien nous adresser au plus vite votre demande par l'intermédiaire de votre directeur de l'établissement ou directement au greffe. Les honoraires de cet avocat seront à votre charge sauf si vous remplissez les conditions pour obtenir l'aide juridictionnelle ».

Les audiences ne sont jamais publiques. Elles se déroulent en chambre du conseil dans la salle de réunion située dans la partie non sécurisée du bâtiment administratif.

Sont présents lors de cette audience : le greffier, le malade, son avocat, éventuellement le tuteur, des membres du personnel soignant. Les médecins ne sont jamais présents. Les parents du patient se rendent parfois à l'audience lorsqu'un retour au domicile familial est envisagé.

Le juge revêt sa robe de magistrat. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il existait très souvent une confusion chez les patients qui ressentent alors un sentiment de culpabilité : « je n'ai rien fait de mal ; pourquoi dois-je comparaitre devant un juge ? ». Le magistrat, dès le début de l'audience, tente de les rassurer : « je leur demande qui je suis et pourquoi ils sont devant moi ; éventuellement je réexplique. On leur dit qu'on ne leur reproche rien et que l'on va statuer uniquement sur le bien fondé de l'hospitalisation ». Il a été indiqué aux contrôleurs que l'on abordait nécessairement la pathologie du patient et que, par conséquent, « le secret médical était mis à mal ». Il a été dans un premier reproché aux médecins de ne pas « motiver avec suffisamment de soin les certificats médicaux ». Selon le JLD, « ce sont des justiciables ordinaires ; il y a une empathie pour les patients qui sont dans un grand état de souffrance ».

Le juge délibère immédiatement, puis la décision est notifiée sur le champ au patient.

Un seul incident s'est déroulé lors de la tenue de ces audiences foraines : un patient s'est volontairement frappé la tête contre un mur lorsque le juge lui a notifié son maintien sous le régime de l'hospitalisation sous contrainte.

Depuis la mise en service de l'UMD le 28 novembre 2011, aucun placement sous contrainte n'a été levé sur décision du juge.

3.3.2 Le collège des professionnels de santé

Un collège de professionnels de santé se réunit systématiquement lorsqu'il s'agit d'envisager la sortie de patients qui avaient été hospitalisés suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale ou qui sont hospitalisés dans une UMD. Cette procédure s'applique aussi pour les patients hospitalisés sous contrainte « classique » lorsqu'ils ont connu de tels antécédents au cours des dix années précédentes ; à noter que le séjour précédent en UMD doit avoir duré au moins un an.

Avant l'audience du juge des libertés et de la détention, ce collège d'experts se réunit systématiquement pour donner un avis. Il comprend deux psychiatres et un membre de l'équipe pluridisciplinaire : « actuellement, c'est toujours le médecin-chef, le deuxième psychiatre de l'UMD et le cadre de santé ».

La direction provoque la réunion du collège ; les échanges ont lieu dans la salle située dans la zone administrative non sécurisée. Le collège émet un avis écrit. Le collège expose, dans son avis, la cause de la présence du patient à l'UMD et les troubles du comportement qui justifient le maintien de la mesure. Depuis la mise en service de l'UMD d'Albi, le collège a toujours émis un avis favorable à la comparution du malade à l'audience qui se tient au sein même de l'unité.

3.3.3 La commission du suivi médical

Une commission du suivi médical a été instaurée par le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ainsi que par l'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.

Cette commission formule un avis destiné au préfet sur le maintien ou la sortie des personnes hospitalisées dans les UMD. Elle comprend un médecin inspecteur de la santé et trois psychiatres hospitaliers à temps plein. Elle se réunit au moins une fois par mois. Une fois par semestre, la commission examine systématiquement le dossier de chaque patient hospitalisé à l'UMD.

La commission se réunit le premier jeudi de chaque mois de 9h à 12h30. Ses membres rencontrent systématiquement les patients avant le délibéré. Cette instance, depuis la mise en service de l'UMD d'Albi, a émis un avis favorable au transfert de onze patients vers leur hôpital d'origine.

La dernière réunion de la commission remontait au 2 août 2012. La commission a examiné la situation de cinq patients. Cette instance était composée de quatre membres : un médecin inspecteur de santé publique de l'agence régionale de santé (ARS) délégation territoriale du Tarn et trois praticiens hospitaliers. Etaient également présents, en tant que tiers sachant, le médecin-chef de l'UMD d'Albi et un interne exerçant à l'UMD.

Lors de cette réunion du 2 août 2012, un patient a été présenté pour un retour vers l'établissement de santé d'origine qui a été accepté. Un patient avait saisi par écrit la commission le 28 juin 2012 pour un retour vers son hôpital d'origine ; il a été débouté. La situation de trois autres malades a été présentée à titre systématique : deux ont fait l'objet d'une décision de maintien à l'UMD ; le troisième a été dirigé vers son établissement de santé d'origine.

3.4 Les informations données aux malades arrivant et possibilités de recours

Un règlement intérieur spécifique à l'UMD d'Albi a été réalisé. Il est remis à chaque patient entrant. Ce document, de onze pages, présente sommairement l'UMD, évoque l'existence de la commission du suivi médical, le contrôle a posteriori des décisions d'hospitalisation « exercé par le préfet, la commission départementale des soins psychiatriques, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, le juge des libertés ». Les équipes de soins sont présentées. La rubrique « votre séjour » est décliné en plusieurs thèmes : la chambre, les repas, le nécessaire de toilette, le tabac, les boissons alcoolisées et substances toxiques, le téléphone, le courrier, l'argent et les objets de valeur, les visites, les services divers, les achats personnels, les activités en lien avec le contrat de soins.

Les contrôleurs ont constaté que ce livret ne délivrait aucune information concernant les droits des patients et les possibilités de recours contre les décisions d'hospitalisation sous contrainte et l'admission en UMD.

Les arrêtés préfectoraux de placement en UMD sont tous notifiés aux malades dès leur arrivée si leur état le permet. Effectivement, ces décisions préfectorales précisent in fine : « « recours contre cette décision peut être formé : sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) devant le tribunal administratif 68 rue Raymond IV, BP 7007 31 000 Toulouse dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ; sur le bien fondé de la mesure (pour demander qu'il y soit mis fin) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance d'Albi. La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) peut également être saisie par courrier adressé à son président 69 avenue du Maréchal Foch 81 000 Albi ».

3.5 Les registres

Les registres de la loi sont tenus par le bureau des admissions du CHS du Bon Sauveur. Il n'existe pas de registre spécifique pour l'UMD. Tous les patients admis au CHS, quelle que soit leur affectation, notamment à l'UMD, sont inscrits sur cet unique registre. Les contrôleurs ont examiné la situation des dix derniers patients admis.

Le premier a été admis le 15 mars 2012. Il est âgé de 29 ans. Il est domicilié dans le département des Landes. Il a été adressé à l'UMD par le centre hospitalier de Mont-de-Marsan (40). Il a été incarcéré une fois. Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 13 mars 2012, son hospitalisation sous contrainte ayant antérieurement été décidée par arrêté du préfet des Landes en date du 12 décembre 2011, pris à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale. Il a regagné son établissement d'origine le 22 août 2012, à la suite d'un arrêté du préfet du Tarn en date du 6 août 2012.

Le deuxième a été admis le 2 février 2012. Il est âgé de 27 ans. Il est domicilié dans le département de l'Hérault. Il a été adressé à l'UMD par le centre hospitalier de Béziers (34). L'intéressé a déjà séjourné dans les UMD de Montfavet et de Cadillac. Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 27 janvier 2012, son hospitalisation sous contrainte ayant antérieurement été décidée par arrêté du préfet de l'Hérault en date du 5 mars 2007. Il a regagné son établissement d'origine le 22 juin 2012, à la suite d'un arrêté du préfet du Tarn en date du 12 juin 2012.

Le troisième a été admis le 26 mars 2012. Il est âgé de 31 ans. Il est domicilié dans le département de Seine-Saint-Denis. Il a été adressé à l'UMD par l'établissement public spécialisé de Ville-Evrard (93). Il a été incarcéré quatre fois. Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 15 mars 2012, son hospitalisation sous contrainte ayant

antérieurement été décidée par arrêté du préfet de Seine-Saint-Denis en date du 18 aout 2011. Il a regagné son établissement d'origine le 22 aout 2012, à la suite d'un arrêté du préfet du Tarn en date du 6 aout 2012.

Le quatrième a été admis le 21 mars 2012. Il est âgé de 32 ans. Il est domicilié dans le département du Lot. Il a été adressé à l'UMD par le centre hospitalier de Leyme (46). Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 15 mars 2012, son hospitalisation sous contrainte ayant antérieurement été décidée par arrêté du préfet du Lot en date du 14 février 2012. Il est encore présent à l'UMD, une décision du JLD en date du 6 aout 2012 ayant maintenu la mesure de placement.

Le cinquième a été admis le 16 juillet 2012. Il est âgé de 50 ans. Il est domicilié dans le département de la Haute-Garonne. Il a été adressé à l'UMD par le centre hospitalier de Casselardit (31). Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 12 juillet 2012, son hospitalisation sous contrainte ayant antérieurement été décidée par arrêté du préfet de la Haute-Garonne en date du 13 juin 2012. Il est encore présent à l'UMD, une décision du JLD en date du 3 septembre 2012 ayant maintenu la mesure de placement.

Le sixième a été admis le 30 avril 2012. Il est âgé de 40 ans. Il est domicilié dans le département de l'Aveyron. Il a été adressé à l'UMD par le centre hospitalier de Sainte-Marie (12). Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 16 avril 2012, son hospitalisation sous contrainte ayant antérieurement été décidée par arrêté du préfet de l'Aveyron en date du 30 décembre 2009. Il est encore présent à l'UMD, une décision du JLD en date du 16 aout 2012 ayant maintenu la mesure de placement.

Le septième a été admis le 9 janvier 2012. Il est âgé de 37 ans. Il est écroué au centre pénitentiaire de Lannemezan. Il a été adressé à l'UMD par le centre hospitalier de Lannemezan (65). Il est placé à sous le régime de l'art. D-398 du code de procédure pénale. Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 6 janvier 2012, son hospitalisation sous contrainte au centre hospitalier de Lannemezan ayant antérieurement été décidée par arrêté du préfet du Tarn (il s'agit probablement d'une erreur dans les visas) en date du 12 décembre 2011. Il a été remis aux autorités pénitentiaires le 29 mars 2012, à la suite d'un arrêté du préfet du Tarn en date du 26 mars 2012, intervenu après avis de la commission de suivi médical, du collège institué à l'art. L3211-9 du code de la santé publique et de deux experts psychiatres.

Le huitième a été admis le 18 avril 2012. Il est âgé de 43 ans. Il est écroué à la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré. Il a été adressé à l'UMD par le centre hospitalier de La Rochelle (17). L'intéressé a déjà séjourné dans l'UMD de Villejuif. Il a été incarcéré quatre fois. Il est placé à sous le régime de l'art. D-398 du code de procédure pénale. Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 17 avril 2012, son hospitalisation sous contrainte ayant antérieurement été décidée par arrêté du préfet de la Charente-Maritime en date du 6 avril 2012. Il est encore présent à l'UMD. Le JLD n'a pas encore eu à se prononcer sur le maintien de la mesure.

Le neuvième a été admis le 27 juin 2012. Il est âgé de 37 ans. Il est domicilié dans le département de la Lozère. Il a été adressé à l'UMD par le centre hospitalier François Tosquelles (48). L'intéressé a déjà séjourné dans les UMD de Montfavet et de Villejuif. Il a été incarcéré plusieurs fois. Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 19 juin 2012, son hospitalisation sous contrainte ayant antérieurement été décidée par arrêté du préfet de la Lozère en date du 14 mai 2012. Il est encore présent à l'UMD. Le JLD n'a pas encore eu à se prononcer sur le maintien de la mesure.

Le dixième a été admis le 13 février 2012. Il est âgé de 31 ans. Il est domicilié dans le département de l'Ariège. Il a été adressé à l'UMD par le centre hospitalier Ariège Couserans (09). Il a été admis en UMD par arrêté du préfet du Tarn en date du 9 février 2012, son hospitalisation sous contrainte ayant antérieurement été décidée par arrêté du préfet de l'Ariège en date du 10 janvier 2012. Il a regagné son établissement d'origine le 21 mai 2012, à la suite d'un arrêté du préfet du Tarn en date du 4 mai 2012.

Les deux volumes du registre de la loi présentés aux contrôleurs ont été régulièrement cotés et paraphés par un juge du tribunal de commerce d'Albi. Ils ont été visés par le Président du TGI d'Albi, qui exerce également la fonction de JLD, le 17 février 2011 et le 11 avril 2012, ainsi que par le Procureur de la République le 11 avril 2011 et le 22 mars 2012. Le registre de la loi est parfaitement tenu, les arrêtés préfectoraux et certificats médicaux sont collés sur les registres ; les décisions de maintien du JLD sont simplement mentionnées.

3.6 L'information donnée aux familles

Les familles sont prévenues du départ vers l'UMD par l'établissement d'origine. Il n'y a pas d'appel de l'UMD au moment de l'arrivée.

Lorsque les familles appellent, des informations leurs sont données par téléphone. Le patient est informé de cet appel. S'il n'y a pas de contre-indication relative à une visite, la famille ou les proches remplissent un document intitulé : « Réponse à la demande de visite ».

L'imprimé porte l'indication que la visite est accordée, qu'il convient de se présenter muni des pièces d'identité de chacun des visiteurs.

Est ensuite déclinée la liste des objets non autorisés pendant les visites (sac à main, téléphone portable, objet tranchant, produits illicites) avec la précision qu'un coffre permet de déposer ces objets le temps de la visite.

La liste des produits autorisés figure également : friandise, pâtisserie, biscuits, boisson en contenant cartonné ou plastique.

Il est précisé qu'un colis peut être apporté au patient et qu'il sera inventorié et géré par l'équipe infirmière. La liste des produits non autorisés est indiquée : produits alcoolisés, produits illicites, rasoir, objet tranchant ou dangereux, contenant de métal ou de verre, boissons ou denrées périssables, briquet, allumettes.

La décision du médecin est précédée de son nom et suivie du motif du refus, le cas échéant.

Les familles peuvent joindre l'UMD si elles le souhaitent, ce qui se produit assez régulièrement, lorsqu'elles sont inquiètes pour leur proche. Les patients sont toujours informés de ces communications.

Un entretien avec la présidente de l'UNAFAM d'Albi a permis de constater que l'association a été associée à la mise en œuvre de l'UMD, qu'elle a par ailleurs visitée. L'UNAFAM n'a pas les moyens humains de tenir une permanence à l'UMD, mais il serait utile que le feuillet remis aux familles au moment de la demande de visite porte la mention des coordonnées de cette association et indique son rôle. En effet, des familles pourraient ainsi savoir qu'une association de familles et de proches concernés par la maladie mentale existe, ce qui, déjà en soi, exprime l'existence d'une solidarité. D'autre part, cette association, indépendante des dispositifs officiels, peut permettre également de mieux informer les familles des droits relatifs aux patients ainsi qu'à leurs droits propres.

3.7 La confidentialité de l'hospitalisation

Lorsque par téléphone, un interlocuteur souhaite avoir une précision sur une hospitalisation ou une information sur un patient, aucune réponse ne lui est donnée sans avoir vérifié d'abord la qualité de la personne demandeuse. Le patient est ensuite prévenu de l'appel et de sa provenance ; c'est lui qui rappelle s'il le juge utile. Les tuteurs ou avocats ne reçoivent pas d'information et sont réorientés vers l'assistance sociale.

3.8 L'accès au dossier médical par le patient

Les demandes de communication du dossier médical relèvent de la compétence de « la direction des usagers, de la qualité et des risques » de la fondation du Bon Sauveur d'Albi. Le patient doit remplir un formulaire ad hoc si la demande est formulée oralement. Si la demande est adressée par écrit au directeur de manière précise et complète, elle sera prise en compte telle qu'elle ; si des éléments manquent, un accusé de réception sera adressé au demandeur accompagné d'un formulaire ad hoc. Un délai de réflexion de 48 heures est observé avant que la communication du dossier soit faite. La direction des usagers, de la qualité et des risques adresse une copie de la demande au médecin-chef de l'UMD. Le dossier est, le plus souvent, consulté sur place par l'intermédiaire d'un médecin. Les informations recueillies auprès des tiers ou concernant des tiers ne sont jamais transmises.

Il a été affirmé aux contrôleurs qu'un seul patient de l'UMD avait formulé une demande d'accès à son dossier médical. La procédure serait en cours sans que des informations complémentaires aient pu être communiquées à la mission.

3.9 Le recueil des observations des patients

Pour les observations des patients, il existe un suivi informatique appelé « CORTEX ».

Le logiciel a été conçu pour recueillir les éléments suivants :

- Les prescriptions médicales ;
- Les observations des personnels infirmiers et paramédical ;
- La traçabilité de tous les soins ;
- Les prescriptions de placement en chambre d'isolement ou sous contention.

Le personnel médical n'utilise plus les supports papier.

3.10 La communication avec l'extérieur

3.10.1 Le courrier

Le livret de présentation de l'UMD délivre les informations relatives aux modalités d'envoi et de réception des correspondances. En effet, les patients disposent du droit de recevoir et d'émettre des courriers.

Les correspondances des patients de l'UMD, tant à l'arrivée qu'au départ, ne sont soumises à aucun contrôle, à l'exception des patients détenus.

Pour ces derniers, les règles relatives à la correspondance sont celles prévues par le code de procédure pénale. Le courrier départ et arrivée est soumis au contrôle de l'administration pénitentiaire. Ainsi, les lettres sont scannées par le secrétariat de l'UMD et envoyées par courriel à l'établissement pénitentiaire (en l'espèce, la maison centrale de Saint-

Martin-de-Ré) pour contrôle et autorisation de les remettre au destinataire. Cette procédure *via* les courriels permet d'accélérer la remise des correspondances au patient.

Les patients ont la possibilité d'acheter des timbres à la cafétéria. Ils remettent leurs courriers à un personnel soignant au PC infirmier avant dix heures. Il est ensuite ramassé par la responsable de l'unité de soins aux fins d'envoi le jour même.

Le courrier arrivée est distribué aux patients à 14 heures, en présence des soignants.

Les patients, à l'exception de ceux détenus, peuvent recevoir des colis de l'extérieur. Ils sont soumis à un contrôle de la part des soignants, en présence du patient, afin d'y rechercher d'éventuels objets ou substances interdits.

Le jeudi 20 septembre, les contrôleurs ont constaté qu'une correspondance adressée à un patient détenu avait été adressée par l'établissement pénitentiaire d'origine à l'UMD pour remise au destinataire : la lettre datait du 7 septembre, le patient a donc reçu son courrier treize jours après la date d'envoi initial.

En principe, les correspondances ne sont pas remises aux patients placés à l'isolement. Néanmoins, en fonction de l'évolution de son état clinique, le patient peut avoir son courrier si son état clinique le permet et qu'il ne présente pas de risque d'aggravation.

3.10.2 Les visites

Le livret de présentation de l'UMD informe les patients des modalités d'accès aux visites : autorisation médicale, procédure et déroulement.

Les visites sont supprimées pendant toute la durée du placement à l'isolement du patient.

Les visites se déroulent dans deux salons familles situés en face du bureau de la responsable de l'unité de soins. L'accès à ces salons se fait directement par l'extérieur de l'UMD, une fois la porte d'entrée franchie. Ces salons sont entièrement vitrés.

Le premier est composé de deux fauteuils, d'un canapé deux places et d'une table. Le second, d'un bureau et de trois chaises. Il a été indiqué aux contrôleurs que le premier salon, plus convivial, est attribué aux familles tandis que le second est davantage utilisé pour les entretiens des patients avec leurs avocats, leurs tuteurs, etc.

Durant les visites, un infirmier demeure dans l'autre salon non occupé. Dans certains cas, les visites sont médiatisées et se déroulent avec la présence de l'infirmier dans le même salon où se trouvent le patient et ses proches. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'au-delà d'une mesure de sécurité, il s'agit surtout de rassurer les familles.

Les familles des patients sont informées que les visites sont soumises à autorisation médicale.

La demande est formulée par la famille par écrit (courrier, télécopie, courriel) et la réponse du médecin est fonction de l'état clinique du patient. Un formulaire intitulé « *Réponse à la demande de visite* », prévu à cet effet, est rempli par le médecin et envoyé à la famille. Il précise si la demande de visite est autorisée ou pas, la façon dont elle est programmée (date, heure et durée), ainsi que les règles applicables aux visites. Celles-ci sont de plusieurs ordres : les objets non autorisés durant la visite (sac à main, téléphone portable, objets tranchants, produits illicites), les produits autorisés durant la visite (friandise, pâtisserie, biscuits, boisson contenant cartonné ou plastique) ainsi que les produits non autorisés dans un colis (boissons et produits de toilette alcoolisés, produits illicites, rasoir,

objet tranchant ou dangereux, contenant métal ou verre, boissons ou denrées périssables, briquet et allumettes).

La durée de la visite est également définie par le médecin ; elle est en principe d'une heure et peut être de deux heures en cas d'éloignement familial. Il est convenu qu'il ne peut y avoir plus de trois visiteurs. Les médecins ont indiqué aux contrôleurs ne pas avoir d'opposition de principe aux visites des mineurs de moins de seize ans, à la condition qu'ils soient accompagnés d'un adulte.

Les visiteurs peuvent apporter des denrées périssables (des gâteaux par exemple) mais elles doivent être consommées sur place, lors de la visite ; les autres produits sont conservés par le patient et il peut les consommer durant les droits de retrait dans sa chambre. Les patients peuvent également apporter des denrées ; ainsi, l'un d'entre eux amène des bonbons achetés à la cafétéria pour son fils, lequel lui offre des dessins.

Pour les patients détenus, les visites sont autorisées exclusivement pour les personnes détentrices d'un permis de visite. En principe, ces documents doivent être transmis par l'administration pénitentiaire au moment de l'admission du patient à l'UMD mais il a été indiqué aux contrôleurs qu'il revient systématiquement au secrétariat de l'UMD de prendre l'attache de l'établissement pénitentiaire d'origine afin de se faire envoyer une copie desdits permis de visite. S'agissant des patients prévenus (mis en examen), la difficulté résiderait dans l'absence d'information délivrée à l'UMD par les magistrats relativement aux autorisations et aux modalités des visites de ces patients.

Les visiteurs doivent se présenter à l'entrée du site avec une pièce d'identité contrôlée à la loge. Ils déposent leurs effets personnels dans des casiers prévus à cet effet et passent ensuite sous le portique de détection de masse métallique avant de pouvoir pénétrer dans l'enceinte de l'UMD et ainsi accéder aux salons familiaux.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec deux visiteurs qui venaient voir un patient le jeudi 20 septembre de 14 heures à 15 heures. Ces derniers ont souligné les qualités d'accueil et de disponibilité de l'ensemble des soignants (médecin psychiatre et infirmiers). Ils ont néanmoins regretté l'aspect sécuritaire des locaux, en particulier s'agissant du parcours d'entrée des visiteurs, précisant « *cela ressemble à une prison* ».

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une seule visite a été annulée au motif d'une suspicion d'entrée de produits illicites de type stupéfiants via les visiteurs.

Depuis l'ouverture de l'UMD, dix-sept patients ont reçu des visites de leurs proches :

- cinq à une reprise ;
- six à deux reprises ;
- trois à trois reprises ;
- deux à cinq reprises ;
- un à six reprises.

Sur les vingt patients présents au jour de la visite, douze patients ont bénéficié de visites :

- quatre à une reprise ;
- quatre à deux reprises ;

- deux à trois reprises ;
- deux à cinq reprises.

	Date d'arrivée	Date de la 1 ^{ère} visite	Durée de la 1 ^{ère} visite	Nombre de visiteurs	Nombre de visites	Délai entre la date d'arrivée et la 1 ^{ère} visite
Patient 1	02/04/12	17/08/12	1h	2	1	4 mois et 15 jours
Patient 2	20/02/12	30/03/12	1h	2	5	1 mois et 10 jours
Patient 3	06/08/12	16/08/12	1h	1	2	10 jours
Patient 4	26/04/12	18/07/12	1h	1	3	2 mois et 22 jours
Patient 5	27/06/12	06/07/12	1h	3 ¹	4	9 jours
Patient 6	09/07/12	17/08/12	1h	2	1	1 mois et 8 jours
Patient 7	16/07/12	05/09/12	1h	3	1	1 mois et 20 jours
Patient 8	30/05/12	04/07/12	1h	3	2	1 mois et 4 jours
Patient 9	25/06/12	03/08/12	1h	2	1	1 mois et 9 jours
Patient 10	24/01/12	27/04/12	45 min	1	2	3 mois et 3 jours
Patient 11	19/12/11	17/01/12	1h	3	9	19 jours
Patient 12	09/05/12	26/08/12	1h	3	2	3 mois et 17 jours

3.10.3 Le téléphone

Les appels téléphoniques sont supprimés pendant toute la durée du placement à l'isolement du patient.

A leur arrivée à l'UMD, les patients se voient retirer leurs téléphones portables, lesquels sont placés au coffre jusqu'à leur sortie de l'établissement.

Le livret de présentation de l'UMD précise les horaires d'appels téléphoniques : du lundi au samedi de 9 heures à 18 heures 30, en dehors des heures de repas. Il rappelle aux patients que l'accès au téléphone est soumis à l'autorisation du médecin et géré par les équipes soignantes.

¹ Deux adultes accompagnant une jeune fille mineure.

Pour les patients détenus, l'administration pénitentiaire donne les consignes pour les condamnés et l'autorité judiciaire pour les prévenus : liste limitative des numéros et des correspondants autorisés.

Il n'existe pas de cabine téléphonique. Les appels téléphoniques sont passés dans l'un des deux bureaux médicaux, séparés par une porte. Ainsi, le patient se tient dans le premier bureau tandis que les soignants restent dans le second bureau avec la porte ouverte. Pour les appels médiatisés, deux soignants demeurent alors aux côtés du patient, dans le même bureau. Toutefois, il est à noter que la conversation téléphonique demeure confidentielle, le haut-parleur n'est pas allumé et les soignants n'entendent pas le contenu de la conversation du correspondant.

La prise en charge financière des appels téléphoniques revient à l'établissement ; les appels ne sont jamais facturés aux patients.

Les appels sont limités à deux par semaine (à l'exception des appels aux avocats et aux tuteurs) pour une durée maximale de dix minutes.

Les familles qui appellent à l'UMD ne peuvent joindre téléphoniquement leur proche hospitalisé mais un message est transmis au patient l'informant de l'appel. Cette information a été confirmée par les patients et familles rencontrés par les contrôleurs lors de la visite.

Un planning – affiché au PC infirmier - rappelle la fréquence des appels téléphoniques pour chaque patient : jour, heure et correspondant. Les contrôleurs ont pu en prendre connaissance.

Ainsi, sur les vingt patients hospitalisés au jour de la visite des contrôleurs, deux ne disposent pas de l'accès au téléphone (patients N°7 et N°11 du tableau ci-dessous). En effet, le premier n'a pas obtenu l'autorisation du médecin en charge de son suivi en raison de son état clinique. Le second a indiqué à son médecin qu'il n'aurait pas de famille ; des recherches ont néanmoins été initiées pour trouver les coordonnées du grand-père du patient.

Sur les dix-huit patients ayant accès aux appels téléphoniques ; seize ont le droit à deux appels téléphoniques hebdomadaires et deux à un seul appel téléphonique par semaine.

Patient	Fréquence	Jours	Correspondant(s)
1	Bi-hebdomadaire	Lundi et vendredi	/
2	Bi-hebdomadaire	Mercredi et samedi	/
3	Bi-hebdomadaire	Mardi et vendredi	Parents, épouse et fils
4	Bi-hebdomadaire	Lundi et jeudi	/
5	Hebdomadaire	Le vendredi	/
6	Bi-hebdomadaire	Lundi et samedi	/
7			

Patient	Fréquence	Jours	Correspondant(s)
8	Bi-hebdomadaire	Lundi et jeudi	/
9	Bi-hebdomadaire	Mercredi et dimanche	/
10	Bi-hebdomadaire	Lundi et jeudi	/
11			
12	Bi-hebdomadaire	/	/
13	Bi-hebdomadaire	Mercredi et samedi	Tante et frère
14	Bi-hebdomadaire	Mardi et samedi	Père et mère
15	Hebdomadaire	Le lundi	Mère
16	Bi-hebdomadaire	Mercredi et dimanche	Sœur
17	Bi-hebdomadaire	Mardi et vendredi	Amie
18	Bi-hebdomadaire	Mercredi et samedi	Mère
19	Bi-hebdomadaire	/	/
20	Bi-hebdomadaire	Lundi et vendredi	Famille

3.10.4 L'accès à Internet

Les patients ne disposent pas d'un accès à Internet aux motifs de leur protection et de leur sécurité. Il a par ailleurs été indiqué aux contrôleurs que les personnels de l'UMD n'avaient aucun moyen de sécuriser cet accès.

Lors des entretiens confidentiels des contrôleurs avec les patients, certains d'entre eux ont regretté de ne pouvoir utiliser un tel outil à la fois pour maintenir leurs liens familiaux et préparer leur sortie.

3.11 Les visites des autorités

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) n'a jamais visité l'UMD.

Le procureur de la République et le président du TGI d'Albi se sont rendus à deux reprises à l'UMD. Les registres de la loi ont été visés par le Président du TGI, qui exerce également la fonction de JLD, le 17 février 2011 et le 11 avril 2012, ainsi que par le Procureur de la République le 11 avril 2011 et le 22 mars 2012.

3.12 Les permissions de sortie

Elles n'ont pas encore été mises en place, le médecin chef souhaitant préalablement stabiliser le fonctionnement de son service avant d'engager des permissions de sortie.

Lors du contrôle, deux patients (qui avaient déjà connu d'autres UMD), ont indiqué avoir bénéficié de permissions à visée culturelle et ont exprimé le besoin que ce dispositif soit mis en place à Albi.

3.13 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques

Aux termes des arrêtés de la préfète du Tarn en date des 28 janvier et 4 novembre 2011, elle comprend le vice-président chargé du tribunal d'instance de Castres, un psychiatre expert près la cour d'appel de Toulouse, un représentant du conseil départemental de l'ordre des médecins, un médecin psychiatre, un représentant de la section tarnaise de l'union nationale des familles de malades mentaux (UNAFAM), un représentant d'associations agréées de personnes malades (en cours de désignation).

La commission départementale des soins psychiatriques s'est réunie pour la dernière fois le 14 mai 2012. Le représentant de l'UNAFAM a « regretté l'absence du magistrat aux réunions et pense qu'il serait souhaitable qu'un autre magistrat, plus impliqué, puisse être désigné ». Par ailleurs, le représentant de l'UNAFAM a dénoncé le fait que « la commission n'a pas rempli en 2011 son obligation de faire deux visites par an des établissements accueillant des patients en soins psychiatriques ».

3.14 Le traitement des plaintes et des réclamations

La fondation du Bon sauveur d'Albi a créé le poste de responsable du droit des patients. Cette création est récente, et la responsable vient d'être nommée en référence à la loi de 2011 qui a permis la création de ce poste. Elle est en position de médiateur dans le champ du droit des patients.

Elle a d'ores et déjà prévu d'intervenir à l'UMD. A la fondation du Bon sauveur, elle est présente lorsqu'un patient est présenté au JLD (ou une autre autorité judiciaire) pour faire le lien entre les services de soins et l'ARS. Elle sera également présente lors de la rencontre avec le JLD et les personnels début octobre.

Il serait utile que son existence et la nature de sa fonction apparaissent sur le livret d'accueil à l'UMD

Elle étudie également les questionnaires de satisfaction et les plaintes des patients lui sont remontées. Ainsi, un patient de l'UMD s'est plaint de devoir payer le forfait de l'UMD alors qu'il n'y séjourne pas de son plein gré. Par ailleurs, elle traite une demande de rapprochement familial souhaité par la famille d'un patient de l'UMD de Cadillac vers l'UMD d'Albi. Les questionnaires de satisfaction des patients de l'UMD seront transmis à la commission de relation avec les usagers (CRU), ce qui n'est pas encore le cas. La responsable du droit des patients participe à cette commission ainsi que la présidente de l'UNAFAM.

4 CONDITIONS MATÉRIELLES D'HOSPITALISATION

4.1 Les unités de l'UMD

L'UMD d'Albi comporte deux unités de vingt chambres chacune. Ces unités, symétriques, sont dénommées A et B. Un espace commun regroupant les bureaux des

médecins, la salle de réunion, le secrétariat, les bureaux de consultations spécialisées et la cafeteria sépare les deux unités. L'ouverture de l'unité A étant prévue pour le 15 octobre 2012, seule l'unité B était en activité lors de la visite des contrôleurs.

4.1.1 L'unité B

Les locaux de l'unité B se décomposent comme suit :

- dix-neuf chambres de 16 m² chacune dont 3 m² de salle d'eau ;
- une chambre pour personne à mobilité réduite de 19 m² dont une salle d'eau de 5 m² ;
- deux chambres d'isolement respectivement de 17 et 18 m² chacune équipées d'un sas de 3m² et d'une salle d'eau de 2,9 m² ;
- d'un salon d'isolement de 11,3 m² ;
- d'une salle de bains de 15,5 m² ;
- de deux pièces de 10 m² chacune utilisées l'une pour entreposer le linge propre, l'autre le linge sale ;
- de deux pièces destinées au rangement du matériel d'entretien de 7 et 9 m² ;
- d'un vestiaire de 24 m² permettant d'entreposer les effets des patients qui ne sont pas rangés dans le placard de leur chambre ;
- d'un couloir de 145 m² desservant l'ensemble de l'unité depuis l'espace social.

4.1.2 L'équipement des chambres

Les chambres simples possèdent toutes un aménagement identique ; elles sont équipées d'un lit métallique de 2,15 m de longueur et de 0,95 m de largeur, de deux placards superposés de 0,6 m de profondeur, fermant à clé. Seul l'élément bas est librement accessible aux patients ; les soignants conservent la clé de l'élément haut. La salle d'eau comprend une douche à l'italienne, un lavabo et des toilettes anglaises en faïence.

Chaque chambre est séparée de celle qui lui est contiguë par un couloir qui donne accès aux vannes de fluides. Ce couloir est équipé d'un judas optique et d'une porte permettant aux soignants d'entrer dans la chambre autrement que par la porte du couloir. Un second judas optique permet, depuis le couloir, de vérifier éventuellement la présence du patient dans la salle d'eau.

La chambre pour personne à mobilité réduite comprend les mêmes équipements. Seules les surfaces varient : 5 m² pour la salle d'eau et 14 m² pour la chambre.

Les chambres d'isolement comprennent le même ameublement mais elles sont complétées chacune par un sas fermé par deux portes : la première ouvrant sur le couloir et la deuxième, équipée d'un judas optique et ouvrant sur la chambre. Les équipements des deux salles d'eau sont toutefois différents des autres chambres : la cuvette des toilettes et le lavabo sont en acier inoxydable.

Il se dégage une impression générale de froideur des chambres qui sont totalement nues ; il en est de même pour le couloir central, exempt de toute décoration.

4.2 La restauration

La salle à manger est aménagée de la manière suivante :

- un espace pour un « atelier cuisines », fermé par un volet roulant ;

- un évier ;
- sept tables avec des chaises ;
- un chariot de récupération des plateaux et un chariot pour les sacs poubelle ;
- un distributeur de boissons chaudes et une fontaine à eau ;
- deux fours à micro-ondes ;
- un office « propre », à température maintenue à 12°, pour la préparation des repas ;
- un local de livraisons, accessible de l'extérieur, maintenu à une température de 5° ;
- un office « sale », qui abrite la plonge et permet la sortie des poubelles.

Les menus sont affichés à l'entrée de la salle à manger, visibles depuis l'extérieur.

Les patients prennent leurs repas dans la salle à manger ; ils sont servis sur des plateaux. Les malades disposent d'une vaisselle en plastique coloré et de couverts classiques en métal, sauf lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement. Les couverts sont comptés après chaque service. Outre les trois repas, les patients bénéficient d'un goûter dont la composition varie chaque jour et entre dans l'équilibre alimentaire quotidien.

Les mets sont préparés par la cuisine centrale de la Fondation qui assure la préparation quotidienne d'environ 3 000 repas. Les denrées cuisinées sont livrées à l'UMD en liaison froide, une fois par jour. Elles sont conditionnées en barquettes de quatre rations, puis réparties en plateaux individuels, une heure environ avant chaque service. Les plateaux sont placés dans un chariot « bi-température » qui réchauffe automatiquement la partie chaude tandis que l'autre côté est conservé au frais. Ces opérations sont exécutées par un des membres de l'équipe d'agents de service hospitalier, désigné pour cette fonction pour une semaine. Ces agents ont tous été formés par l'hygiéniste et la diététicienne de la Fondation et par le responsable de la cuisine centrale.

On propose chaque jour un menu type, des plats de complément prévus pour les patients qui ont des aversions particulières (jambon, œufs durs, pâtes, salade, riz, haricots verts, purée) et une gamme de repas de régime adaptée aux diverses situations (indications médicales, allergies, texture modifiée, prescriptions religieuses). Une diététicienne est à la disposition des unités de soin pour personnaliser les régimes. Les patients sont interrogés à l'arrivée sur leurs goûts alimentaires et leurs aversions.

Une commission des menus examine les projets de menus une fois par mois ; cette réunion est également mise à profit pour procéder à une actualisation de la formation.

Au jour de la visite des contrôleurs, les régimes particuliers suivants étaient pratiqués :

- sans porc : deux ;
- diabétiques : trois ;
- végétariens : deux ;
- sans purée : un ;
- allergie aux kiwis : un ;
- sans fruits durs : un.

Il existe des repas à thème avec des animations et une décoration assorties en fonction de l'actualité, notamment pour les fêtes de toute nature. Le dimanche matin, on propose des viennoiseries ; une pâtisserie accompagne systématiquement le déjeuner du dimanche.

Le repas est pris en salle à manger, sauf lorsqu'un patient est placé en chambre d'isolement ; une pièce annexée à cette chambre est prévue à cet effet.

La cuisine centrale ne récupère que les containers vides ; les reliefs alimentaires et les emballages jetables sont éliminés directement par l'équipe qui fait la plonge et assure le nettoyage de l'office après chaque service. Les opérations de nettoyage sont enregistrées de manière systématique sur un document contrôlé chaque semaine et conservé deux mois.

Le moment du repas est en général marqué par une certaine tension, notamment en raison de tentatives de captation de nourriture. En outre, il n'est pas toujours facile de placer quatre patients autour d'une seule table, raison pour laquelle il y a plus de places dans la salle à manger que de patients, certains n'acceptant de manger que seuls ou à deux. Il y a normalement quatre à cinq infirmiers ou aides soignants dans la salle à manger pendant toute la durée du repas. Il n'y a pas de repas thérapeutiques, afin que les infirmiers demeurent très vigilants pendant le repas des patients.

La qualité de la cuisine n'appelle pas de commentaires défavorables des patients qui, en revanche, se plaignent de sa quantité. En réalité, les quantités servies sont conformes aux normes. Cette plainte résulte du fait que la prise de neuroleptiques fait disparaître la sensation de satiété ; elle est connue des médecins et de l'administration du centre hospitalier. Parallèlement, les médecins déplorent une prise de poids régulière de leurs patients. Des mesures ont donc été prises, avec le concours de la diététicienne de la Fondation, pour répondre à la demande des patients sans les laisser tomber dans l'excès.

De manière systématique, le plat principal est complété par un plat de complément : s'il contient des légumes, on ajoute un féculent ; si c'est un féculent, on ajoute un légume. De cette manière, les patients peuvent compléter les quantités servies sans provoquer de déséquilibre alimentaire. En moyenne, la consommation quotidienne des plats de complément équivaut à sept rations individuelles, c'est à dire environ un tiers de part par personne. Les services de la Fondation, étonnés de cette consommation, ont craint des commandes de précaution et ont contrôlé qu'il ne s'agissait pas d'un gaspillage ; il a été confirmé à cette occasion que la nourriture est effectivement consommée.

En sens inverse, des mesures ont été prises pour lutter contre le risque d'obésité, notamment un encadrement de la consommation de pain et de confiture au petit déjeuner ou de l'usage de la mayonnaise, des mesures d'information des patients et la limitation des consommations payantes de la cafeteria.

L'hygiène de la salle à manger et des offices est irréprochable.

4.3 La cafétéria

L'UMD dispose d'une cafeteria que l'équipe médicale dénomme « espace social » afin de souligner que l'accès à ce lieu n'est pas une simple occupation ni une récompense, mais l'occasion de mettre en œuvre des mesures thérapeutiques spécifiques.

Cette salle comporte :

- un bar ;
- une table où sont déposés des livres en libre service ;

- un billard ;
- un babyfoot ;
- trois tables entourées de quatre chaises ;
- un poste de télévision également utilisé pour des séances thérapeutiques ;
- une terrasse équipée de quatre tables avec des bancs.

Les patients ont accès à l'espace social, par groupe, un jour sur deux, de 17 à 18 heures. L'accès le week-end est plus souple.

La liste des produits vendus est arrêtée par l'équipe médicale avec le concours de la diététicienne, de manière à ne pas contrarier les mesures prises pour le respect de l'équilibre alimentaire des patients. Cette liste a été récemment revue. Elle conserve un éventail de boissons et de friandises salées ou sucrées, ainsi que des glaces en été, mais on a réduit la taille des conditionnements et choisi des produits moins caloriques. Chaque patient ne peut consommer qu'une friandise et une boisson par jour.

Les produits sont vendus au prix de gros auquel on ajoute la TVA, c'est à dire à des tarifs très significativement inférieurs aux prix courants. Les patients disposent d'un compte virtuel alimenté par l'argent qu'ils ont déposé à l'économat de la Fondation et leurs ressources régulières, notamment l'allocation pour adultes handicapés. Il n'y a pas d'argent liquide en circulation.

Les patients peuvent également acheter du tabac ; ils le commandent le mercredi et le reçoivent le lendemain. Leur consommation est régulée par l'équipe médicale qui n'autorise que dix cigarettes par jour.

4.4 Le linge

L'entretien du linge est effectué par la blanchisserie centrale de la Fondation. Le linge est livré à l'UMD trois fois par semaine, le lundi, le mercredi et le vendredi.

Le linge hôtelier est changé autant que de besoin et au minimum :

- après chaque repas pour les serviettes de table ;
- chaque jour pour les serviettes de toilette ;
- chaque mercredi pour les draps.

Le linge personnel des résidents est changé autant que de besoin et entretenu aussi par la blanchisserie de la Fondation. Il n'existe pas d'entretien du linge par les patients eux-mêmes à titre thérapeutique. Ce linge bénéficie des navettes organisées pour le linge hôtelier ; la durée de son nettoyage n'excède jamais l'intervalle de deux navettes.

Les patients ne manquent en principe pas de linge dans la mesure où l'UMD impose au service qui lui adresse un patient de lui constituer au préalable un trousseau assez volumineux. Le linge des résidents est marqué dès leur arrivée, l'opération se déroule pendant leur séjour d'observation en chambre d'isolement. Si un patient a besoin de linge au cours de son séjour, soit en raison d'une détérioration, soit en raison d'une prise de poids trop importante, une employée de la Fondation est chargée d'effectuer ces achats, laissés à la charge du patient, qui peut choisir ses vêtements sur catalogue avec l'aide d'un soignant.

L'UMD dispose par ailleurs de crédits et d'un petit stock, notamment de sous-vêtements, pour pallier un besoin imprévu.

4.5 L'hygiène

L'entretien des locaux repose exclusivement sur l'équipe d'agents de service hospitalier présents à l'UMD. En effet, la Fondation ne gère en sous traitance que ses services extra hospitaliers, ses locaux administratifs et les nettoyages de fin de chantier. Ces agents sont aujourd'hui au nombre de sept et devraient passer à dix pour l'ouverture de la seconde unité de soins.

Il existe des protocoles, conformes aux recommandations nationales du CCLIN, transposées sous le contrôle du CLIN de la Fondation.

Ces protocoles sont portés à la connaissance du personnel pendant sa formation et disponibles dans chaque service, sur papier ainsi que sur l'intranet de la Fondation.

Des feuilles de traçabilité des opérations de nettoyage sont remplies par le personnel, visées chaque semaine par la responsable des soins et archivées deux mois. Il existe une traçabilité générale pour le ménage, ainsi qu'une traçabilité spécifique pour ce qui concerne l'office et la salle à manger. Ces feuilles permettent aussi de rappeler en permanence aux agents la liste exhaustive des opérations à réaliser.

L'ensemble des locaux est nettoyé chaque jour, les toilettes communes le sont trois fois par jour, celles des chambres des patients, le matin et, au besoin, après la période de retrait obligatoire de la mi-journée.

4.6 Les cultes

Une seule aumônerie intervient à l'UMD, l'aumônerie catholique. Cette situation est liée à l'origine confessionnelle de la fondation du Bon Sauveur.

Deux aumônières sont présentes à l'UMD tous les 15 jours, le lundi. L'aumônerie a été associée à la mise en place de l'UMD et un travail préparatoire a été mené pour établir leur souhait d'intervention et pour recueillir l'avis des personnels. Elles ont été présentées à l'ensemble de l'équipe ainsi qu'aux patients au moment de leur arrivée. Elles interviennent auprès de patients depuis Pâques. Une affichette dans l'espace collectif indique leur présence. Une salle dédiée a été mise à leur disposition ; cette salle s'est avérée rapidement trop petite et elles interviennent maintenant dans la salle à manger.

Une dizaine de patients fréquentent l'aumônerie et sont très assidus. Les aumôniers n'interviennent pas auprès des patients en isolement.

Elles ont constaté « beaucoup de respect de la part des patients et des personnels ». Elles signalent, par ailleurs, « la grande attention des soignants à l'égard des patients, notamment, si leur intervention dépasse un peu le temps prévu, les soignants attendent les patients pour la pause cigarette ».

Elles tiennent compte dans leur intervention des difficultés de concentration des patients.

Il arrive qu'un prêtre vienne célébrer la communion ; autrement, il s'agit surtout d'un groupe de prières. Elles apportent des livres de prières à la demande des patients. Elles ont le projet de célébrer Noël par une messe.

Les intervenantes trouvent que la question de la diversité culturelle ne se pose pas beaucoup. Ainsi, elles n'ont jamais reçu de demande de Coran ou de tapis de prière. Les patients musulmans prient dans leur langue. Un patient musulman a même reçu la communion à sa demande.

Aucune demande n'a été formulée pour un pasteur (il n'y en a d'ailleurs qu'un pour la commune d'Albi).

Lors du contrôle, il a été indiqué que des patients musulmans ont souhaité observer le jeûne du Ramadan, ce qui n'est pas possible, du fait de la nécessité de prendre les médicaments et de la difficulté d'aménager l'horaire des repas. Ceci montre néanmoins que des questions relatives à l'exercice du culte musulman se posent et qu'un référent (aumônier ou imam d'une mosquée proche) serait utile pour que les réponses données ne soient pas du seul fait du médecin et uniquement sur le plan thérapeutique. En effet, pour l'Islam comme pour toutes les religions, les périodes de jeûne ne peuvent pas être imposées aux malades ; il serait intéressant qu'une autorité religieuse puisse le préciser aux patients.

4.7 Les activités

4.7.1 Les activités au sein de l'unité de soins

Des activités occupationnelles (individuelles ou collectives) sont organisées par des personnels soignants au sein de l'unité : les jeux de société (échecs, Scrabble®), la télévision, le tennis de table, le baby-foot, les jeux de carte (tarot).

Les patients peuvent également regarder des DVD et emprunter des livres à la cafétéria, ouverte tous les après-midis et accessible aux patients après accord du médecin psychiatre.

Deux téléviseurs sont installés dans les salles collectives de l'unité de soins puisqu'aucune chambre ne comporte de téléviseur, ce que regrettent les patients qui souhaiteraient pouvoir regarder la télévision le soir, après le dîner.

L'activité cinéma - d'analyse de films et de dessins animés - semble appréciée par les patients, bien qu'ils regrettent qu'elle ne soit pas assez régulière.

Une activité cuisine, au cours de laquelle sont utilisés les produits de l'activité jardinage (cf. *infra*), est organisée ponctuellement avec les patients.

Un atelier informatique de remédiation cognitive avec des logiciels informatiques est mis en place, encadré par un psychiatre. Deux patients rencontrés par les contrôleurs ont fait part de leur incompréhension quant à l'impossibilité qui est la leur de posséder un ordinateur au sein de cette unité, en particulier comme activité de loisirs notamment pour l'écriture.

4.7.2 L'unité d'ergothérapie

Cette unité assure une prise en charge pluridisciplinaire des patients de l'unité grâce à l'intervention de spécialistes : 2 ETP d'ergothérapeute, 1,5 ETP d'éducateur sportif et 1 ETP de psychomotricien.

Au jour de la visite, 1 ETP d'ergothérapeute, 0,5 ETP d'éducateur sportif et 1 ETP de psychomotricien étaient occupés.

A quelques semaines de l'ouverture de la seconde unité, les spécialistes ont émis des craintes quant à un possible manque de personnel pour gérer les activités de l'ensemble des patients des deux unités. Ainsi, il a été indiqué aux contrôleurs qu'1 ETP de psychomotricien et 0,5 ETP d'éducateur sportif supplémentaires permettraient une prise en charge adaptée de chaque patient.

Chaque activité est soumise à une prescription médicale de la part du médecin psychiatre en charge du suivi du patient.

Il est à noter que les spécialistes sont toujours accompagnés d'un soignant, affecté à cette tâche.

Les activités sont conduites dans la « zone d'activité autonome » comportant notamment :

- Un bâtiment spécifique avec :
 - la salle d'activité « espace verts », d'une surface de 27,5 m², dont la porte fenêtre donne sur la terrasse et le coin jardin : elle est composée d'une table, de trois chaises, d'un placard et d'un évier ;
 - la salle d'activité « espace d'expression et de créativité », d'une surface de 48,5 m², où se déroule l'activité modelage : elle est composée de deux tables et quatre tabourets, de trois tables disposées dans le coin de la pièce où sont déposés les créations, d'un placard et d'un évier, d'une porte fenêtre donnant sur le jardin ;
 - la salle d'activité « espace de socialisation et de fonction cognitive », d'une surface de 37,5 m², est réservée aux activités de relaxation : elle est composée de deux lits de relaxation, de cinq tapis de sol, d'un autoradio, d'un bureau, de deux chaises, d'un vélo d'appartement, de balles, de deux étagères, d'un placard et d'un évier ;
 - la salle d'activité « espace activités psychomotricité/kinésithérapie et gym douce », d'une surface totale de 73,8 m², est utilisée par le psychomotricien pour la pratique de jeux d'équilibre, de jonglage, etc. ; elle est composée de deux échelles, d'un barre, de placards, d'un placard avec évier, d'une étagère et de divers outils/instruments (balles, plots, diverses formes en mousse, ballons en plastique, mini filets, cerceaux, tapis de sol, tableau Velléda, etc.) ;
 - la salle d'activité « espace d'expression et de créativité », d'une surface de 55,5 m², accueille l'activité peinture/dessin/collage/coloriage/cartonnage : elle est composée d'une grande fenêtre et d'une porte-fenêtre donnant sur une petite terrasse (permettant aux patients de fumer à l'extérieur), d'un grand bureau et d'une machine à cartonnage le long du mur de droite, de cinq tables et sept tabourets au centre et de quatre chevalets le long du mur de gauche, d'un placard et d'un évier ;
 - le gymnase vitré, d'une surface de 89 m² et dont le toit est très bas, composé de deux paniers de basketball (placés à un mètre du plafond), d'un trampoline, d'une table de ping-pong, d'appareils de cardio (tapis de course, un vélo d'appartement et deux rameurs) ; il a été indiqué aux contrôleurs que des filets pour le tennis et le badminton sont en attente de livraison ;
 - un bureau de 11 m² pour les spécialistes composé de deux bureaux avec deux ordinateurs et deux chaises, deux placards et un téléphone ;
 - quatre sanitaires ;
 - un vestiaire réservé aux patients ;
 - deux buanderies : l'une réservée au linge propre et la seconde au linge sale ;
 - un local technique
- à l'extérieur de ce bâtiment, d'une surface totale de 738 m² :

- un terrain sportif avec des filets de football, handball et basketball ;
- un terrain de tennis ;
- un espace recouvert de faux gazon.

L'ergothérapeute propose trois activités :

- l'activité modelage : tous les patients participent – à un moment donné de leur hospitalisation – à cette activité ; cette activité est réalisée individuellement ou collectivement (jusqu'à trois patients au maximum) et les fruits de cette activité sont soit conservés par le patient soit offerts par leurs soins.
- l'activité peinture/dessin/collage/coloriage/cartonnage : il s'agit de permettre aux patients de réaliser des œuvres créatives à l'aide d'outils mis à leur disposition : feutres, peinture acrylique, marqueurs, colle, scotch, feuilles cartonnées, etc.
- l'activité jardinage : un espace est utilisé par l'ergothérapeute spécialisé responsable des activités de jardinage ; y sont cultivés des fruits (tomates) et des légumes (courgettes, carottes). Elle est beaucoup plus libre ; un espace de vie devant le coin jardinage permet aux patients et aux spécialistes d'y prendre le goûter (composé un gâteau et d'un verre de sirop à l'eau) ; les contrôleurs ont pu y assister le mercredi 19 septembre dans un climat chaleureux en présence de six patients, de l'infirmier, de l'éducateur sportif et de l'ergothérapeute.

Dix-neuf patients participent à au moins l'une des activités décrites *supra*.

Le psychomotricien intervient, sur prescription médicale en fonction de l'état clinique du patient, pour des activités de relaxation et de jeux. Il établit un premier contact avec le patient en réalisant un bilan psychomoteur pour observer les difficultés et les troubles chez le patient (une entrevue individuelle durant deux-trois semaines est organisée entre le patient et le psychomoteur) ; un projet thérapeutique est ensuite construit, présenté et retenu le cas échéant lors de la synthèse quotidienne auxquels participent tous les acteurs de l'UMD. Il effectue trois synthèses durant l'hospitalisation de chaque patient : à l'entrée, au milieu et à la fin du séjour. La durée de ces activités varie entre cinq et quarante-cinq minutes, selon l'état du patient.

L'activité relaxation se déroule individuellement ou par deux selon diverses modalités :

- l'écoute passive de CD relaxants ;
- une écoute semi-active : l'objectif étant d'acquérir la méthode pour se l'appliquer après ;
- la technique de mobilisation passive avec une manipulation douce des membres, permettant une incidence sur la perception du schéma corporel ;
- les massages à l'huile d'amande douce des bras, du dos, des mains et des pieds.

Des jeux d'équilibre et de jonglage sont organisés à l'aide de supports d'activité de cirque : briques de jonglage, bâton du diable, plateau d'équilibre, etc. L'objectif de ces activités étant triple : intégrer des règles, attendre son tour et maintenir son attention. Ainsi, il a été indiqué aux contrôleurs que la pratique du trampoline, avec la réalisation d'exercices-type cardio et toniques, permet de faire travailler l'ensemble du corps afin d'enchaîner des exercices complexes et stimuler la mémoire motrice.

Dix-huit patients bénéficient de ces activités, dont six deux fois par semaine.

L'éducateur sportif propose des activités variées, adaptées à l'état de santé de chaque patient au regard de sa prise en charge ; l'accord du psychiatre et du médecin somatique sont ensuite recueillis avant l'inscription définitive du patient.

S'en suivent trois semaines d'évaluation en activité individuelle avant la mise en place ou non d'activités collectives.

Le mercredi après-midi, les contrôleurs ont pu assister à un match de football entre trois patients, le soignant de permanence et l'éducateur sportif. A l'issue de chaque activité sportive, les patients prennent leur douche au sein de cette zone ; des serviettes de toilette sont mises à leur disposition.

Il est à noter que le chef de service de l'UMD a interdit la pratique de la musculation et de tout sport de combat. D'autres activités sportives, telles que la corde à sauter et la gymnastique douce seraient à l'étude avant leur validation.

L'éducateur sportif dispose d'un matériel (ballons, raquettes, etc.) suffisant. Il a été précisé aux contrôleurs que seules les balles molles sont autorisées.

Il ressort de l'examen des plannings d'activités que chaque patient bénéficie au moins d'une heure d'activité dans chaque discipline.

Seize patients pratiquent une activité sportive, dont certains plusieurs fois par semaine (jusqu'à cinq fois pour un même patient).

Le tableau ci-dessous présente les activités sportives proposées chaque après-midi avec le nombre de participants à chacune d'entre elles.

	Lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
14h30-15h30	Basketball : 1 Tennis : 4	Tennis : 3	Basketball : 1 Vélo/rameur : 1	Multi-activité : 1 Ping-pong : 3	Basketball : 2 Cardio : 3
15h30-16h30	Basketball : 4	Cardio : 1 Vélo/rameur : 2 Ping-pong : 2	Football : 5	Cardio : 1 Basketball : 3	Tennis : 1
16h45-17h15	Ping-pong : 1	Ping-pong : 1	Ping-pong : 1	Ping-pong : 1	Ping-pong : 1

C'est l'équipe de l'ergothérapie qui va chercher les patients dans leurs unités : c'est l'occasion pour les différentes équipes de se rencontrer et aux ergothérapeutes de voir le contexte de vie des patients. Il a été expliqué aux contrôleurs que les patients appréciaient beaucoup ces occasions de sortir de leur unité.

L'ensemble des patients rencontrés par les contrôleurs ont fait part de leur participation aux multiples activités proposées par le plateau d'ergothérapie.

Nombre d'entre eux ont par ailleurs émis le souhait de bénéficier d'une activité de musicothérapie. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il s'agit d'un projet en cours dans l'attente du budget nécessaire à sa réalisation. Un atelier de pratique musicale serait également envisagé.

4.8 Les ressources

La création de l'UMD a été financée par une subvention accordée dans le cadre du plan gouvernemental de relance de l'économie adopté en 2008. La Fondation a bénéficié d'une subvention initiale de 10 M €, complétée en 2010 par une seconde subvention de 3,5 M €. Elle a apporté le foncier ainsi qu'un financement complémentaire de 0,08 M €.

Le budget d'exploitation de l'UMD est composé d'une part d'une subvention annuelle de fonctionnement, d'autre part, depuis l'ouverture, du forfait psychiatrique journalier.

Les subventions sont les suivantes :

- 2011 : 1,032 M € ;
- 2012 : 5,100 M € qui devraient être complétés en fin d'année à hauteur de 0,7 M € ;
- 2013 : 6,4 M€ pour un besoin estimé à 6,7 M €.

L'augmentation de la subvention de 2012 à 2013 ne reflète pas l'accroissement de la capacité de l'UMD. Toutefois, cette situation est compensée d'une part par le fait que, dès 2012, l'UMD est dotée en personnel pour la totalité de son effectif, dans la mesure où elle a été amenée à recruter les agents pour les former avant l'ouverture de la seconde unité, d'autre part par le fait que l'augmentation du forfait journalier sera, elle, proportionnelle à celle du nombre des résidents.

La direction de la Fondation anticipe toutefois une insuffisance voisine de 0,3 M € en 2013. Cette situation pourrait être en partie palliée par une évolution des règles d'amortissement de l'investissement initial. La question de savoir si les subventions accordées au titre du plan de relance de l'économie sont amortissables au même titre que les financements versés par l'ARS ne semble en effet pas clairement tranchée. Il ne semble, en revanche, pas envisageable qu'un déficit de l'UMD soit financé par la Fondation dans la mesure où celle-ci a récemment connu un plan de retour à l'équilibre et ne s'est que récemment séparée de sa dernière activité déficitaire. Au jour de la visite des contrôleurs, on ne pouvait donc pas considérer que le financement de l'UMD pour 2013 était stabilisé au bon niveau.

En 2012, le forfait hospitalier psychiatrique est estimé par la fondation à 71 294 € ; ce montant devrait passer à 183 000 € en 2013.

Les ressources de l'UMD sont entièrement fléchées et suivies de manière distincte au sein du budget de la Fondation, tant par la Fondation elle-même que par la tutelle.

Les dépenses de l'UMD comportent des coûts directs, des facturations internes et des imputations de comptabilité analytique. La Fondation ne formalise pas de facturation interne ; elle utilise des clés de répartitions pour la répartition des coûts de structure sur les unités. Les données de comptabilité analytique sont communiquées à la tutelle.

5 SOINS SOMATIQUES

Un médecin généraliste appartenant à l'équipe médicale de l'Hôpital du Bon Sauveur est référent somaticien de l'UMD pour un temps d'intervention correspondant à 0,25 équivalent temps plein. De plus, il existe, pour les urgences de l'ensemble du centre hospitalier, un tour de garde assuré par neuf médecins généralistes qui peuvent intervenir, le cas échéant, à l'UMD.

Le médecin référent est présent à l'UMD le lundi après-midi, le jeudi matin ou le mercredi après-midi en fonction de ses gardes à l'hôpital.

Tous les patients sont examinés à leur arrivée : soit le premier jour, soit dans les quarante-huit heures si l'état du patient nécessite qu'il se repose. Tous les patients arrivent en ayant déjà effectué un bilan global dans leur établissement d'origine. Cependant, l'équipement médical de la salle d'examen permet tous les examens « de base » : électrocardiogramme, prise des constantes. Les dossiers médicaux étant partiellement informatisés, le médecin a accès instantanément au dossier en réseau de chaque patient : « quand on demande un examen sanguin, on a les résultats le jour même ».

Parallèlement aux soins généralistes, un dentiste vient tous les jeudi après-midi ; tous les autres soins somatiques peuvent avoir lieu sans délai à l'hôpital général ou à la polyclinique d'Albi. Le médecin conserve la liberté complète de décision en la matière. Selon les indications recueillies par les contrôleurs, le statut d'un patient détenu n'a jamais ralenti son orientation vers un service hospitalier extérieur.

6 RECOURS À L'ISOLEMENT ET À LA CONTENTION

Le recours à l'isolement et à la contention est encadré par une procédure de douze pages. Un logigramme synthétise de manière claire les neuf étapes de celle-ci : la décision en urgence ou non, la prescription médicale qui doit préciser les conditions de surveillance, une vérification de conformité où l'équipe médicale doit veiller au respect de la dignité du patient, la vérification de tous les éléments concourant à la sécurité du patient, l'accompagnement dans la chambre d'isolement, la surveillance, la réévaluation clinique de l'opportunité de la mesure, la sortie et la une nouvelle vérification de conformité de la chambre.

Si le principe retenu par l'équipe médicale de l'UMD est que la mesure d'isolement doit être la plus courte possible, l'absence d'un système centralisé permettant le recoupement des informations ne permet pas pour le moment d'avoir des données fiables et précises sur la durée moyenne des séjours en chambre d'isolement.

Le patient qui a passé le plus de temps en chambre d'isolement a fait l'objet de 114 prescriptions d'isolement dans la période comprise entre le 2 février 2012, jour de son arrivée et le 21 juin 2012. Ce chiffre ne correspond pas cependant à 114 jours d'isolement ; en effet, un isolement peut être prescrit à 18 h et peut cesser le lendemain à 10 h, le mode de saisie actuel prendra en compte deux dates : celles du début et celle de la fin de l'isolement, ces deux dates ne correspondent pas à une durée de la mesure.

7 HOSPITALISATION DES PATIENTS DÉTENUS

Les patients qui proviennent d'un établissement pénitentiaire et qui se trouvent à l'UMD dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale avec la prescription UMD sont pris en charge, à quelques détails près, dans les mêmes conditions que les autres patients. Leur courrier transite par la détention. Pour les visites, les règles mises en œuvre sont semblables à celles des parloirs ; enfin, les patients ne bénéficient pas de sorties thérapeutiques.

Depuis la mise en service de l'UMD, le 22 novembre 2011, quatre patients-détenus ont été accueillis, dont un mineur en provenance de l'EPM de Lavaur.

Le personnel soignant a déploré le fait que « l'administration pénitentiaire était avare d'informations concernant les détenus et qu'il fallait sans arrêt la solliciter ».

8 CONDITIONS DE TRAVAIL

Les conditions matérielles de travail n'appellent pas de remarque particulière car le bâtiment est neuf et a été bien conçu. Quelques aménagements marginaux ont été effectués : la salle de repos des soignants a été agrandie à leur demande, le vestiaire a été réaménagé de sorte qu'il ne reste plus de demande en instance. Il y a des visites régulières du CHSCT qui ne soulève pas de points significatifs.

L'organisation du travail des soignants a été mise en œuvre avec une certaine difficulté. En effet, les exigences de sécurité particulières à l'UMD impliquent, à tout instant, la présence de deux tiers au moins d'agents de sexe masculin capables de maîtriser les patients en cas de crise. Il faut aussi veiller à ce que des infirmiers expérimentés dans le domaine de la psychiatrie soient présents aux côtés des jeunes diplômés. Ces deux exigences ont présenté des difficultés dans l'organisation du service pendant les premières semaines de fonctionnement de l'UMD. On les a résolues en intégrant les aides-soignants à la base de calcul du ratio des agents de sexe masculin, ce qui a permis d'alléger le service des infirmiers, aujourd'hui comparable à celui des autres services.

Les conditions de travail ont également bénéficié de l'effort important de formation qui a été fourni avant l'ouverture du service. Cette formation, pilotée par l'équipe locale, avec l'intervention de médecins et infirmiers d'autres UMD, a permis de former et de souder l'équipe. A la date de la visite, une formation comparable était en cours pour le personnel de la deuxième unité.

Au total, l'équipe est cohérente et homogène. Depuis sa constitution, seul, un infirmier qui n'avait pas d'expérience antérieure en psychiatrie, a souhaité rejoindre un autre service. A la date de la visite, un autre infirmier avait des difficultés d'adaptation et devait être orienté vers un autre service de la Fondation. En principe, les difficultés rencontrées peuvent être résolues en gestion car la Fondation dispose en permanence d'emplois vacants. Le service des ressources humaines a fait état devant les contrôleurs de son souhait de ne pas laisser l'UMD s'isoler des autres services de psychiatrie et d'organiser, le moment venu, une mobilité des agents affectés à l'UMD.

Bien qu'une indemnité spéciale de 260 € soit liée à l'affectation en UMD, le CHS considère que les agents qui ont rejoint l'unité l'ont fait en raison de leur adhésion au projet plutôt que par intérêt d'ordre financier.

9 APPRECIATION GENERALE

Au premier abord, il est difficile de distinguer l'UMD d'un établissement pénitentiaire : porte d'entrée avec sas, mur d'enceinte, moyens de vidéosurveillance. Cette première impression est cependant bien vite dissipée tant l'attention portée aux patients est manifeste : la prise en charge du malade est fondée sur un dialogue permanent et non sur une médication à outrance. Il est notable d'ailleurs de constater que le volume et la nature des médicaments utilisés baissent pendant la durée de séjour à l'UMD.

Le projet thérapeutique est central ; il est fondé sur la psychiatrie criminelle québécoise en référence à l'institut Pinel et à la méthode Omega (méthode canadienne de gestion de l'agressivité et de la violence). L'ensemble de la vie des patients relève de ce projet, ce qui peut paraître à certains moments étouffant, mais les pathologies sont si lourdes qu'il est difficile d'évaluer ce point.

Le bâtiment est bien conçu. On observe qu'une grande attention a été portée au bien-être du patient, les ouvertures permettent de recevoir le soleil, d'apercevoir un paysage. En revanche, l'intérieur des locaux est froid et peu stimulant pour les patients. Il serait sans doute possible d'améliorer ce point sans tomber dans le travers de la « décoration », mais de l'envisager comme une stimulation des patients.

Parmi les patients reçus en entretien (six sur les vingt-quatre hospitalisés), beaucoup ont souhaité bénéficier d'activités supplémentaires, et surtout, pouvoir reculer (après 21h) le moment de la fermeture des chambres. A 21h, les malades se retrouvent effectivement seuls et enfermés, sans aucune activité. Cette situation est anxiogène et certains patients ont exprimé le souhait de pouvoir bénéficier d'une occupation après cette fermeture.

Enfin, si le livret d'accueil est bien conçu, il n'existe aucune information concernant les droits des patients et les voies de recours à leur arrivée. Il serait également souhaitable que toutes les coordonnées des services et associations chargés de veiller au respect des droits des malades figurent dans ce livret.

CONCLUSIONS

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

- 1) La notification des arrêtés d'hospitalisation aux patients doit être systématique dès l'arrivée à l'UMD. De même, un support d'information relatif aux droits et devoirs des patients devrait être systématiquement remis et ce, dès la phase d'accueil. Des considérations sur l'état de santé des personnes concernées à l'arrivée ne doivent pas servir de prétexte pour éluder ou retarder ces formalités protectrices des libertés publiques (Cf. § 3.2).
- 2) Les contrôleurs ont noté avec satisfaction que le juge des libertés et de la détention se déplaçait systématiquement à l'UMD pour tenir des audiences foraines (Cf. § 3.3.1).
- 3) Le règlement intérieur de l'UMD d'Albi est remis à chaque patient entrant. Il est cependant regrettable qu'il ne contienne aucune information concernant les droits des patients et les possibilités de recours contre les décisions d'hospitalisation sous contrainte et l'admission en UMD (Cf. § 3.4).
- 4) L'association UNAFAM d'Albi a été associée à la mise en œuvre de l'UMD qu'elle a, par ailleurs, visitée. Il est cependant regrettable que les familles ne soient pas informées de l'existence de cette association (Cf. § 3.6).
- 5) L'organisation des visites est satisfaisante du point de vue des patients comme des visiteurs. La pratique consistant en la mise à disposition d'un salon famille dédié doit être conservée (Cf. § 3.10.2).
- 6) Les contrôleurs ont noté avec satisfaction que la confidentialité des communications téléphoniques des patients était assurée. Néanmoins, il serait utile de prévoir, en fonction de l'état clinique du patient, un rythme plus soutenu de contacts téléphoniques (Cf. § 3.10.3).
- 7) Une réflexion devrait être menée par les personnels de l'UMD concernant la possibilité pour les patients de se connecter à Internet, aux fins du maintien de leurs liens familiaux (accès à une messagerie) et de la préparation à la sortie (recherche de structures médicales et d'hébergement, par exemple) (Cf. § 3.10.4).
- 8) La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne remplit pas son obligation d'effectuer deux visites par an à l'UMD (3.13).
- 9) L'existence, récente, d'un « responsable du droit des patients » à la fondation Bon Sauveur d'Albi, devrait être mentionnée sur le livret d'accueil de l'UMD (Cf. § 3.14).
- 10) Il n'est pas acceptable que seule l'aumônerie catholique intervienne à l'UMD. Des contacts doivent être pris avec des représentants d'autres cultes (Cf. § 4.6).

- 11) Les initiatives prises en matière d'activités dites occupationnelles – en particulier les activités cinéma, cuisine et l'atelier informatique de remédiation cognitive – doivent être poursuivies et développées (Cf. § 4.7.1).
- 12) Les activités thérapeutiques mises en place à l'unité d'ergothérapie sont multiples et variées compte tenu de l'engagement des spécialistes et de la qualité des équipements ; elles permettent une prise en charge pluridisciplinaire de qualité des patients (Cf. § 4.7.2).
- 13) Un système centralisé des données concernant les séjours en chambre d'isolement devrait être mis en place afin de pouvoir disposer d'informations fiables et précises sur la durée moyenne des séjours à l'isolement (Cf. § 6).

Table des matières

1	Conditions de la visite	2
2	Présentation générale de l'établissement	3
3	Hospitalisations sans consentement et exercice des droits	6
3.1	Les modalités d'admission des patients	6
3.2	Les modalités d'arrivée du patient	6
3.3	La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011	7
3.3.1	Le juge des libertés et de la détention.....	8
3.3.2	Le collègue des professionnels de santé.....	9
3.3.3	La commission du suivi médical.....	9
3.4	Les informations données aux malades arrivant et possibilités de recours.....	10
3.5	Les registres.....	10
3.6	L'information donnée aux familles.....	12
3.7	La confidentialité de l'hospitalisation.....	13
3.8	L'accès au dossier médical par le patient.....	13
3.9	Le recueil des observations des patients	13
3.10	La communication avec l'extérieur	13
3.10.1	Le courrier.....	13
3.10.2	Les visites.....	14
3.10.4	L'accès à Internet.....	18
3.11	Les visites des autorités	18
3.12	Les permissions de sortie	19
3.13	La commission départementale des hospitalisations psychiatriques.....	19
3.14	Le traitement des plaintes et des réclamations.....	19
4	Conditions matérielles d'hospitalisation	19
4.1	Les unités de l'UMD	19
4.1.1	L'unité B.....	20
4.1.2	L'équipement des chambres	20
4.2	La restauration	20
4.3	La cafétéria	22
4.4	Le linge.....	23
4.5	L'hygiène	24
4.6	Les cultes.....	24
4.7	Les activités.....	25
4.7.1	Les activités au sein de l'unité de soins	25
4.7.2	L'unité d'ergothérapie	25
4.8	Les ressources.....	29
5	Soins somatiques	29
6	Recours à l'isolement et à la contention	30
7	Hospitalisation des patients détenus	30
8	Conditions de travail	31
9	Appréciation générale	31