



**Unité pour  
malades difficiles  
de Montfavet**

**(Vaucluse)**

***du 3 au 5 janvier 2012***

**Contrôleurs :**

- Gino NECCHI, chef de mission ;
- Khadoudja CHEMLAL ;
- Martine CLEMENT-DOLLE ;
- Thierry LANDAIS.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Montfavet (Vaucluse) du 3 au 5 janvier 2012.

**1 CONDITIONS DE LA VISITE**

Les contrôleurs sont arrivés à l'UMD le mardi 5 janvier 2012 à 9h et ont quitté les lieux le jeudi 7 janvier à 15h25. Ils ont été accueillis par le directeur du centre hospitalier (CH) de Montfavet et par le cadre supérieur de santé du pôle de soins intensifs sécurisés et en milieu pénitentiaire (PSISMP).

La visite était inopinée.

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 souhaitent, et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Ils ont disposé du local dans lequel se tiennent les audiences du juge des libertés et de la détention.

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 de Vaucluse, le procureur de la République près le tribunal de grande instance d'Avignon et le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) ont été informés de cette visite dès son commencement.

Une réunion de restitution a eu lieu en fin de visite. Le directeur du CH, les deux directeurs adjoints, la directrice générale des soins et le président de la commission médicale d'établissement (CME) y assistaient.

Un rapport de constat a été adressé le 12 mars 2012 au chef d'établissement aux fins d'observations éventuelles ; le 18 avril 2012, celui-ci a fait connaître ses observations, parvenues le 23 avril au contrôle général ; elles sont intégrées dans le présent rapport.

Le médecin-chef a en outre adressé une lettre au Contrôle général, en date du 10 avril, reçue le 16 avril 2012. Les observations contenues dans ce courrier sont également intégrées dans le présent rapport.

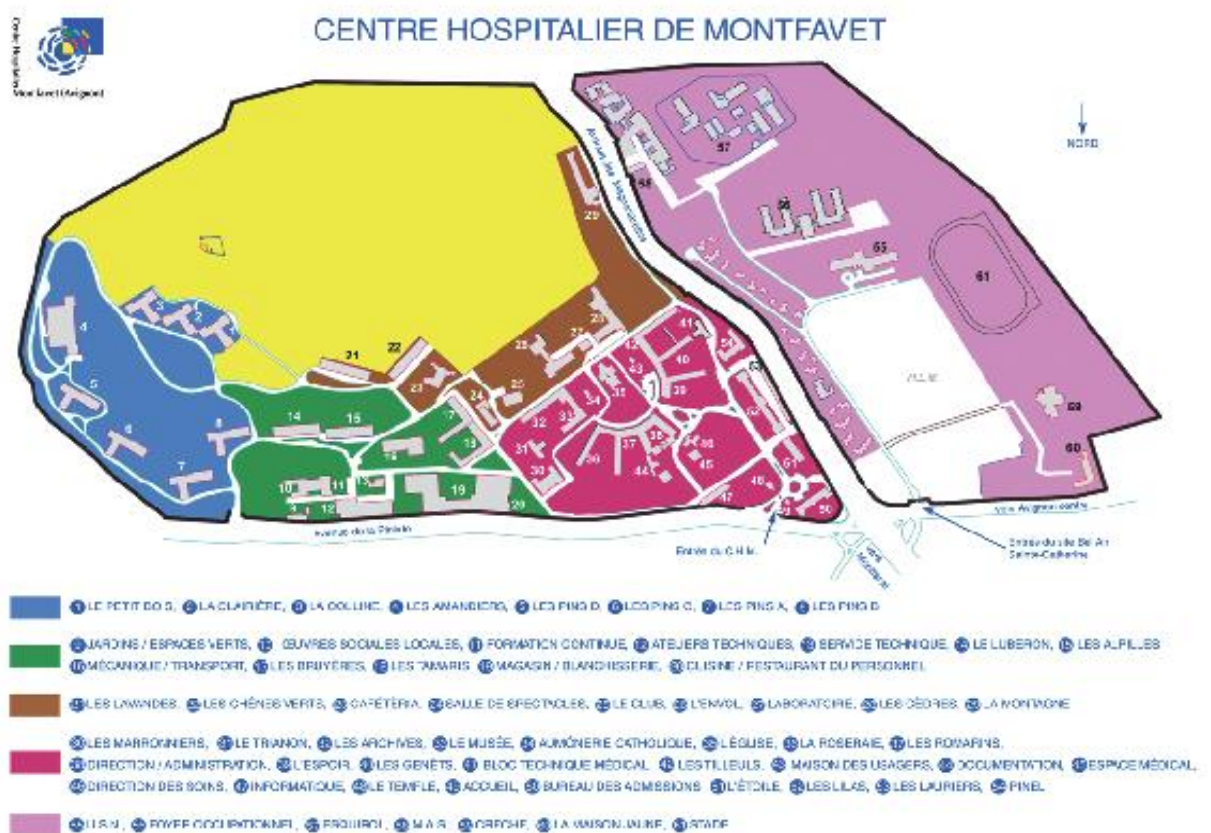
## 2 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

L'UMD est située sur le site du centre hospitalier de Montfavet qui occupe une superficie de 62 000 m<sup>2</sup> dont 30 000 m<sup>2</sup> de collines.

La ligne de bus n°8 conduit à partir du centre-ville à l'entrée du CH.

Des panneaux de signalisations indiquent clairement la direction du CH. Des places de parking sont situées à l'entrée et, près de chaque unité constitutive du CH, se trouvent de nombreuses places de stationnement.

Le CH est divisé en deux parties : une partie principale et une partie annexe, de part et d'autre de la route qui traverse Montfavet, commune associée à Avignon.



L'UMD de Montfavet est rattachée au pôle de soins intensifs sécurisés et en milieu pénitentiaire (PSISMP) du CH qui regroupe l'UMD et le service psychiatrique en milieu pénitentiaire, avec deux unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), l'une au centre pénitentiaire d'Avignon-le-Pontet et l'autre au centre pénitentiaire de Tarascon.

L'UMD est composée de la façon suivante :

- l'unité d'accueil C (« l'Amourié »), avec quinze lits d'hospitalisation et trois chambres d'isolement ;
- l'unité A (« Le Coudrier »), avec quinze lits et une chambre d'isolement ;

- l'unité B (« l'Olivier »), avec quinze lits et une chambre d'isolement ;
- l'unité de pré-sortie D (« Les Chênes verts ») avec seize lits et une chambre d'isolement ;
- l'unité E (« Les Tilleuls ») accueillant les femmes, avec dix-huit lits et une chambre d'isolement.
- l'unité ergothérapie, sociothérapie et sport (« L'Harmas »).

Les unités C, A, B et de « L'Harmas » forment un ensemble appelé aussi « Esquirol ».

Au total, l'UMD dispose de **soixante-dix-neuf lits**.

Tous les patients sont admis sous le régime des soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat et après accord d'admission du médecin-chef de l'UMD sur présentation d'un dossier complet avec notamment, de la part de l'établissement d'origine, l'engagement de retour. Les patients « présentent pour eux-mêmes ou pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet<sup>1</sup>».

Deux unités se trouvent sur le site principal : l'unité de préparation à la sortie « Les Chênes Verts » D et l'unité d'hospitalisation des femmes « les Tilleuls » E. Elles ne se trouvent pas dans une enceinte sécurisée.

Les unités C, A et B ainsi que l'unité ergothérapie, sociothérapie et sport (« L'Harmas ») de l'UMD se trouvent sur un site annexe, dans le quartier « Bel Air-Sainte Catherine » et occupent une surface de 15 282 m<sup>2</sup>. Le terrain est entouré d'un mur d'enceinte en béton de 4,20 m de haut avec un grillage au dessus du sas d'entrée pour piétons. Il existe une entrée distincte pour les véhicules. Entre ces deux entrées se situe un poste de contrôle : la conciergerie où se tient en permanence un agent. Chaque personne qui se présente doit être connue de l'agent présent ou justifier sa demande d'accès.

On entre à pied par un sas en franchissant une première porte à serrures électriques commandée à partir de la conciergerie, située à gauche, puis après avoir franchi 20 m, on arrive devant une deuxième porte desservie par un visiophone avec caméra et sonnettes. Un agent de l'un des services vient chercher la personne qui s'est manifestée puisqu'il existe une sonnette pour chacune des unités C, A et B ainsi que pour le bâtiment administratif.

Les véhicules ont accès à l'UMD par un sas qui donne dans une cour où peuvent stationner un véhicule léger et un minibus de neuf places affectés à l'UMD.

---

<sup>1</sup> Arrêté du 14 octobre 1986.



*Entrée des véhicules à l'UMD*

Derrière le mur d'enceinte, il existe un saut-de-loup d'une profondeur de 2,10 m et d'une largeur de 2,60 m. Ce saut-de-loup longe toute la périphérie du site hors le sas d'entrée.

Un chemin de ronde d'une largeur de 3,50 m longe le saut-de-loup pour permettre, en cas de besoin, la circulation des véhicules de pompiers.



Après avoir parcouru 7 m à partir du sas piétons, on quitte la zone 1 et on se retrouve devant un grillage de 2,50 m de haut qui limite la zone 2.

Avant d'entrer dans la zone 2, on longe, à gauche, un terrain de football et un terrain de boules, de 10 m de long.

Une porte permet l'accès à cette zone 2. Celle-ci est équipée d'un visiophone en relation avec chacune des unités du site. Sur un cadran sont fixés des boutons ; face à chaque bouton apparaît l'intitulé d'une unité. C'est le deuxième contrôle d'accès.

Une fois dans la zone 2, on trouve :

- à gauche, le bâtiment dédié aux services administratifs ;

- sur la droite, à 5 m de la porte du deuxième accès, un bâtiment dit de maintenance (local de rangement et vestiaire des personnels) ;
- sur la droite, en parcourant 10 m, le bâtiment de l'ergothérapie ;
- en continuant tout droit à partir de la porte du deuxième accès, le bâtiment de balnéothérapie ;
- en contournant sur la droite ce dernier bâtiment, à 25 m de la porte, l'unité C ;
- en passant sur la gauche du bâtiment de balnéothérapie, en parcourant 20 m, le bâtiment A ;
- en longeant sur la gauche le bâtiment A, on rejoint après avoir parcouru 20 m, le bâtiment B ;
- face au bâtiment de balnéothérapie, l'espace social ;
- en contournant cet espace, on atteint la salle des sports.

Le **personnel médical** comporte au moment de la visite des contrôleurs :

- un praticien hospitalier (PH) à temps plein, chef de service, chef de pôle ;
- trois psychiatres dont deux à temps plein ;
- un interne.

Pour la médecine générale, il existe un service compétent pour l'ensemble de l'hôpital et non exclusivement dédié à l'UMD.

Le **personnel non médical** comporte :

- un cadre supérieur de santé à temps plein, cadre de pôle ;
- 6,8 équivalents temps plein (ETP) de cadres de santé dont 2,8 ETP de femmes ;
- 95,4 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat dont 38,6 ETP de femmes ;
- une psychologue ;
- 30 aides-soignants, dont 13 femmes ;
- 16 agents de service hospitalier, femmes ;
- 2 assistantes sociales, chacune exerçant à mi-temps ;
- 3,8 ETP d'ergothérapeutes ;
- 2,1 ETP de secrétaires médicales.

### **Les patients**

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

Le 3 janvier 2012, à 14h, étaient présents à l'UMD :

- cinquante-neuf hommes dont neuf dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale et treize dans le cadre de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal ;

- quinze femmes dont deux dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale et une dans celui de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal.

L'activité de l'UMD se décline ainsi :

	2010	2011
Entrées hommes	51	60
Entrées femmes	20	23
Sorties hommes	36	53
Sorties femmes	19	17

2010 Unités	Moyenne jours patient /	Taux d'occupation	Age Mini	Age Maxi	Age moyen
Coudrier	93	93,9%	17,7	59,6	34,8
Olivier	34	64,6%	20,2	41,6	39
Amourié	68	99,8%	20,4	59,6	34
Chênes verts	127	100,4%	19,6	59,9	33,8
Tilleuls	138	63,2%	18	64,4	32,7

2011 Unités	Moyenne jours / patient	Taux d'occupation	Age Mini	Age Maxi	Age moyen
Coudrier	89	97,8%	19	60,6	34,2
Olivier	96	94,4%	17,7	59,9	32,7
Amourié	63	90,0%	19	56,9	34,8
Chênes verts	129	92,7%	22,4	60,9	37,7
Tilleuls	170	80,0%	19,7	65,4	34

### 3 HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

#### 3.1 Les modalités d'admission des patients

L'UMD de Montfavet comprend quatre unités dédiées aux hommes (soixante et un lits) et une unité pour les femmes (dix-huit lits) pour les femmes.

Selon le chef du pôle et le personnel d'encadrement, l'UMD accueille des patients toujours orientés par un service hospitalier ou du milieu pénitentiaire. C'est un courrier qui est adressé au chef de pôle parfois accompagné par un appel téléphonique. Il faut que le

patient se trouve sous un régime d'hospitalisation de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ; parmi des patients, il existe trois sous-groupes :

- soins psychiatriques sans consentement ;
- patients qui proviennent du milieu pénitentiaire (admis en application des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale) ;
- patients qui ont bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale, dans le cadre de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal, suivie d'une décision du représentant de l'Etat.

Il faut préciser qu'il peut arriver qu'un patient passe, alors qu'il est à l'UMD, du sous-groupe 2 au sous-groupe 3.

Le 3 janvier à 14h, l'UMD accueillait cinquante-neuf patients hommes dont neuf provenant du milieu pénitentiaire (D.398 du code de procédure pénale) et treize ayant bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale. Chez les femmes, quinze étaient présentes, avec deux provenant du milieu pénitentiaire (D.398 du code de procédure pénale) et une ayant bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale. Le médecin peut demander des précisions. L'admission est réalisée si le patient présente une pathologie psychiatrique telle qu'elle entraîne un danger pour lui-même et (ou) pour autrui nécessitant des protocoles de soins intensifs avec des mesures de sûreté particulières<sup>2</sup>.

Le chef de pôle renseigne le diagnostic, les antécédents... S'il n'a pas assez d'informations, il adresse au médecin qui l'a saisi une demande complémentaire écrite. Il peut aussi avoir un entretien téléphonique avec lui. Les réponses, de la seule responsabilité du médecin-chef de pôle, sont faites dans la semaine qui suit la demande. Le médecin refuse en explicitant sa décision ou donne son accord pour une admission immédiate ou différée. Les admissions immédiates sont très rares. « La règle, c'est l'accord différé », ce qui signifie que le nom du patient se trouve inscrit sur une liste d'attente.

Le 3 janvier 2012, cinq patients hommes se trouvaient en liste d'attente ainsi qu'une femme. « Lorsqu'une demande est faite, il est présumé qu'elle est justifiée sauf pour deux motifs : s'il s'agit d'un trouble aigu (les UMD n'ont pas vocation à recevoir des patients en crise aiguë) ou si la crise perdure dans le temps (les psychoses infantiles vieilles ; c'est-à-dire les adultes qui présentent des déficits intellectuels majeurs anciens ; l'UMD n'est pas un lieu de relégation) ».

Le département à l'origine de la demande doit s'engager à reprendre le patient.

Les critères d'accord sont les suivants : la pathologie, la gravité du passage à l'acte, leur répétition, les antécédents de séjour à l'UMD, la résistance au traitement, l'aire géographique de la demande. On privilégie le grand Sud-Est pour maintenir des liens avec la famille et les équipes qui les envoient. Le 3 janvier 2012, le délai d'attente pour une admission était de quatre semaines.

Les contrôleurs ont constaté que des médecins saisissent en même temps plusieurs UMD. « Il faut favoriser la concertation : mettre en place un logiciel qui permettrait de croiser les demandes et qui serait tenue par les secrétariats des UMD. En effet, des retards peuvent être constatés en raison de la multiplication des demandes. Il arrive que l'accord de principe soit donné et que, au moment de la mise en œuvre de la décision, le transfert ne soit plus

---

<sup>2</sup> Arrêté du 14 octobre 1986.



d'actualité puisque le patient a, entre-temps, été accepté dans une autre UMD. De toute façon, l'ordre des priorités est par définition toujours muable et on peut utiliser, en cas d'urgence, une chambre d'isolement ».

### 3.2 Les modalités d'arrivée du patient

Lorsqu'un patient arrive à l'UMD, il est accompagné par deux soignants du centre hospitalier d'où il provient. Il est transporté par l'ambulance du centre hospitalier (CH) d'origine ou par une ambulance privée missionnée par ce dernier et accompagnée de membres de l'équipe soignante du CH d'origine.

L'ambulance pénètre dans l'établissement par le « sas véhicules » ; le concierge ouvre et ferme une première porte, extérieure, puis ouvre une seconde porte intérieure ; les deux grilles sont commandées à tour de rôle depuis le bureau du concierge ; le patient peut alors descendre de l'ambulance ; il est accueilli par une des infirmières de l'équipe de l'unité C, chargée des arrivants. Les infirmiers qui l'ont accompagné déposent au secrétariat de l'unité C diverses pièces et notamment la synthèse « infirmier » ; des pièces accompagnent toujours le patient ; elles sont remises dès son arrivée à l'équipe soignante : la fiche de liaison et l'ordonnance prescrivant le traitement en cours. Le dossier a, de toute façon, déjà été adressé au secrétariat de pôle au moment de l'initiation de la procédure.

Une **réunion** est alors organisée avant que les infirmiers de l'établissement d'origine ne partent ; c'est pourquoi, il est souhaitable que l'équipe accompagnante arrive à une heure raisonnable pour permettre des transmissions orales : cette réunion rassemble les membres de cette équipe – et même le chauffeur de l'ambulance qui a pu connaître le malade – ainsi que, pour l'UMD : le cadre de santé, l'infirmier désigné responsable de l'admission et les personnels disponibles ; « en effet, il ne faut pas abandonner les autres patients » ; le psychologue y assiste si l'admission a lieu pendant son temps de travail. Le patient n'est pas présent lors de cet échange.

Dès son arrivée à l'unité, le patient remet à l'équipe accueillante son argent, ses cigarettes, ses pièces d'identité, ses documents sociaux et ses vêtements. Un **inventaire** exhaustif est dressé par l'infirmier ou l'aide-soignant ; si le patient n'est pas présent, en raison de son état clinique, un autre personnel atteste la réalité de l'inventaire. La carte d'identité est déposée au bureau des entrées, les numéraires, à la banque des usagers sous enveloppe sécurisée et les valeurs – bijoux et cartes de crédit –, à la trésorerie. Un document est établi avec la liste des biens ainsi remis. Ce document est signé par le régisseur et deux soignants « ainsi que par le patient en fonction de son comportement et de ses capacités à comprendre au moment de son arrivée ». Ces documents sont conservés à l'unité, dans le dossier du patient. Des bordereaux de dépôt sont délivrés par le récipiendaire et annexés au dossier du patient. Il a été souligné devant les contrôleurs « qu'à ce jour, aucun problème n'avait été soulevé s'agissant des dépôts et de leur restitution ».

Un entretien avec le patient est réalisé par le psychiatre et le personnel soignant dans les plus brefs délais après l'arrivée ; les dates et heures des entrées sont prévues à l'avance puisque le feu vert est donné par l'unité et « on essaie de ne pas faire le même jour deux entrées à la fois ».

Le patient est placé systématiquement dans une chambre d'isolement aux fins d'observation dans un univers sécurisé. « Sa durée est très variable, de quelques heures à un jour ; c'est à l'appréciation du médecin ; une telle pratique ne se conçoit que dans une perspective médicale ; c'est une prescription ». Les infirmiers n'ont aucun pouvoir en ce

domaine. « Cette durée varie en fonction de l'état du patient, de sa compliance, s'il est connu ou non de l'unité et de la nécessité de l'observer avant de lui donner accès à la vie communautaire, car l'entrée d'un nouveau patient aura une interférence sur les autres patients ».

Le médecin somaticien reçoit également systématiquement le patient ; il a l'habitude de procéder à des bilans complets. L'étendue du contrôle médical est à l'appréciation du praticien.

Lorsque des patients viennent de l'outre-mer, c'est une équipe soignante du CH d'origine qui accompagne le patient jusqu'à l'UMD et une ambulance du CH de Montfavet est, dans ce cas, missionnée. Ce véhicule va les chercher à l'aéroport de Provence-Marignane. Il n'existe pas d'ambulance dédiée.

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

Les personnels affectés au bureau des admissions, chargés du suivi des patients ont à leur disposition un document élaboré d'initiative par un adjoint des cadres. Ils ont bénéficié chacun d'une journée d'information sur la loi, animée par une juriste dans le courant du mois de septembre 2011.

Sur l'intranet, la direction du CH a mis en ligne des documents relatifs à la loi du 5 juillet 2011.

Ils travaillent sur un logiciel qui fait apparaître toutes les informations nécessaires à la gestion des patients se trouvant sous contrainte : nom, prénom, date de naissance, date d'admission, date du début de la privation de liberté, date des décisions administratives, date butoir de la saisine du JLD, date des certificats médicaux légaux depuis le 1<sup>er</sup> août 2011. « Sans cet échéancier, on ne pourrait pas travailler. L'ARS a été d'une grande utilité, par ses conseils et sa disponibilité, pour la fabrication d'un tel outil ».

La direction du centre hospitalier a aménagé dans la partie principale de l'hôpital une **salle d'audience** d'une surface de 25m<sup>2</sup>. Elle est meublée d'un bureau pour le magistrat, d'une table pour la personne qui comparaît avec deux chaises, d'une table pour le greffier, d'un téléphone et de dix chaises puisque les audiences sont publiques. Il existe également, au bout du couloir donnant accès à cette salle d'audience, un espace d'attente avec dix chaises.

A plusieurs reprises, divers interlocuteurs ont appelé l'attention des contrôleurs sur une grande confusion dans l'esprit des patients, née de la loi du 5 juillet 2011. « Beaucoup de patients ont déjà des rapports avec la justice : certains ont commis des infractions et ont comparu devant une juridiction répressive, d'autres sont suivis par le juge d'application des peines ou sont en cours d'instruction ; certains ont connu la justice civile : divorce, garde des enfants, tutelle... Avec le juge des libertés et de la détention ; les patients ont du mal à se repérer d'autant plus que certains sont convoqués distinctement devant une juridiction saisie pour une autre cause que leur présence à l'UMD ».

Une seconde difficulté de compréhension apparaît ; « les patients ont du mal à distinguer le rôle de la commission de suivi médical identifiée comme instance souveraine de celui du JLD ; ce dernier devient dans leur esprit une instance supplémentaire dont la mission est peu précise. De ce fait, il est nécessaire de rappeler l'information aux patients sur la compétence des uns et des autres très régulièrement ». Les médecins rencontrés estiment que cette charge leur incombe et ils le font à plusieurs reprises lors du séjour du patient à l'UMD.

Un des médecins rencontrés par les contrôleurs a trouvé cependant un aspect positif à l'actuelle législation : « la multiplication possible des recours peut avoir un effet bénéfique si, à force d'explications données, le patient fait des progrès de compréhension et qu'il commence à distinguer le rôle de chacune des institutions ; on pourra constater ses progrès et en tenir compte dans nos appréciations sur son état. L'institution peut être structurante et éveiller à une meilleure conscience ».

### 3.4 Les informations données aux malades arrivant et les voies de recours

Il existe un **livret d'accueil** qui est commun à tous les services du centre hospitalier de Montfavet.

L'information concernant ses droits est donnée par le médecin « selon les facultés du patient à recevoir cette information. Concrètement, son état clinique détermine le moment de la délivrance de l'information ».

A la demande des contrôleurs, il leur a été remis un exemplaire du document mis à la disposition des patients dès leur arrivée. Ce document portait la date du 1<sup>er</sup> avril 2010. Son titre était le suivant : « hospitalisation d'office ». Son contenu est le suivant :

- «si vous contestez le bien-fondé de la décision d'hospitalisation, vous pouvez :
  - saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques du Vaucluse ;
  - faire une requête écrite au procureur de la République d'Avignon ;
  - faire une requête écrite au juge des libertés et de la détention près le tribunal de grande instance d'Avignon ;
- si vous contestez la légalité de la décision d'hospitalisation, vous pouvez faire un recours écrit au tribunal administratif de Nîmes dans le délai de deux mois à compter de la date de cette notification ».

Une partie du document porte sur « information sur les droits de la personne hospitalisée sans consentement » :

« Vous avez le droit de :

1. de communiquer avec les autorités suivantes : le préfet ou son représentant ; le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant, le procureur de la République ;
2. de saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques ;
3. de prendre conseil d'un avocat ou d'un médecin de votre choix ;
4. d'émettre ou de recevoir des courriers. Si vous êtes détenu, la réglementation pénitentiaire vous est applicable. Il en est ainsi notamment en ce qui concerne vos relations avec l'extérieur ;
5. de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
6. d'exercer votre droit de vote ;
7. de vous livrer aux activités religieuses ou philosophiques de votre choix ;
8. de conserver votre domicile aussi longtemps qu'il reste à votre disposition.

Enfin, vos parents ou les personnes susceptibles d'agir dans votre intérêt peuvent exercer à leur demande les droits décrits aux points 1, 2, 3 et 5 ».

Ce document est signé par le patient : « Je soussigné ...reconnais avoir été informé(e) de mon hospitalisation d'office au centre hospitalier Montfavet et avoir eu communication de mes droits ci-dessus mentionnés ».

Au cas où l'intéressé(e) ne peut pas ou ne veut pas signer ou encore n'est pas actuellement en mesure de comprendre la portée de cette notification, deux membres de l'équipe soignante attestent que « X... a été informé(e) de la décision d'hospitalisation d'office qui le concerne ainsi que de ses droits et des voies de recours qui lui sont ouverts ».

Quant au livret d'accueil, il présente le CH dans ses grandes lignes ainsi que l'UMD avec une explication sur l'« hospitalisation d'office » ; des développements sont consacrés respectivement « à la commission de suivi médical, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, des droits et garanties des hospitalisés, aux formalités administratives, à l'arrivée dans le service, à la vie quotidienne, aux soins, aux activités de vie sociale, au culte et à la sortie du patient hospitalisé dans l'UMD de Montfavet ».

Sont joints à ce livret « la charte de la personne hospitalisée » et un questionnaire d'évaluation.

Dans sa réponse le chef d'établissement précise : « le livret d'accueil est en cours de refonte et soumis à la relecture d'un comité de rédaction. Il intègre la mise à jour de toutes les dispositions législatives et réglementaires notamment à l'égard des personnes hospitalisées aux UMD ».

Depuis le 22 novembre 2011, il existe une lettre qui est destinée à être remise au patient au moment de son arrivée ; ce courrier explique en une page le rôle du « juge des libertés ». La liste des droits telle que présentée dans le document de notification est reprise avec deux modifications : il est fait mention de « la commission départementale des soins psychiatriques et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté » avec à chaque fois leur adresse postale.

S'agissant de l'information pratique sur la vie collective dans chaque unité, ces informations sont données oralement par le personnel soignant et par des affiches qui se trouvent dans la salle commune de chaque unité.

« L'ensemble de l'information est délivrée le plus tôt possible et répétée. Il n'y a pas de fractionnement ».

Les quatre praticiens de l'UMD ont une position commune et cette règle est applicable pour tous.

Les médecins exposent à chaque patient les **recours** possibles à la disposition du patient et les voies de recours devant la commission du suivi médical.

Un document est présenté au patient ; il est agrafé à la lettre avec accusé de réception que le vaguemestre remet en main propre à chaque décision de l'autorité publique avec la mention spécifique « UMD ».

Les médecins ont insisté auprès des contrôleurs sur la réflexion suivante : « le praticien ne décide pas du moment où le patient arrive ni du moment où il part en liberté, ce qui fait favoriser l'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin. On encourage, en

conséquence, toutes les voies de recours. Le regard du tiers favorise l'intervention du médecin aux yeux du patient ».

### 3.5 Le juge des libertés et de la détention

D'après les éléments donnés par le bureau des admissions, le juge des libertés et de la détention (JLD) a tenu au centre hospitalier neuf audiences en octobre 2011, huit en novembre 2011 et huit également en décembre 2011.

Il a rendu vingt ordonnances en octobre, quinze en novembre et dix-neuf en décembre.

Ces décisions intéressaient, en ce qui concerne l'UMD, neuf patients en octobre, dix en novembre et neuf en décembre. Toutes les mesures concernant les patients de l'UMD mesure ont été maintenues.

Le patient est conduit à l'audience à partir de son unité par un ou deux soignants, selon son état. Le greffe du JLD convoque les patients de quinze minutes en quinze minutes.

Le juge des libertés et de la détention qui se rend deux fois par semaine au CH pour tenir une audience le lundi et le vendredi a développé les points suivants :

« - les conditions matérielles pour assurer la tenue des audiences sont tout à fait satisfaisantes et il faut saluer les initiatives prises en ce domaine par la direction du CH ;

- deux agents assistent aux audiences : l'un appartient au CH et remplit les fonctions d'huissier-audiencier ; il fait le lien entre les personnes qui comparaissent et la juridiction en les appelant, les faisant patienter et les introduisant ; le second est un agent de sécurité appartenant à une société privée et rémunéré par le CH ;

- un problème se pose s'agissant des patients présents dans le cadre de l'article D 398 et qui sont conduits sans escorte de la force publique du bâtiment où ils séjournent jusqu'à la salle d'audience ; on peut craindre des tentatives d'évasion ; c'est pourquoi le magistrat a décidé d'écrire au préfet pour appeler son attention sur ce point ;

- les psychiatres du pôle ne motivaient pas jusqu'au 15 novembre 2011 leurs avis, ce qui ne facilitait pas le travail juridictionnel ; depuis, ils ont accepté de modifier leur position de principe et désormais leurs avis sont motivés, ce qui paraît comme indispensable ;

- l'intervention d'un juge peut être estimée comme positive dans la mesure où le plus souvent les patients donnent l'impression de comprendre la procédure qui se déroule et qu'elle peut être l'occasion d'un échange structurant ;

- les avocats venaient, au début assister les patients mais désormais pour des raisons financières de non prise en compte de leurs prestations, on ne peut que constater leur absence sauf dans les cas où le patient ne comparaît pas en raison d'une prescription ; dans ce cas, le patient est représenté par un avocat désigné par l'ordre ; il est très rare qu'un patient fasse le choix d'un avocat personnel ; on peut considérer qu'un avocat, en moyenne, se déplace une fois par semaine ».

Le bâtonnier des avocats du barreau d'Avignon a appelé l'attention des contrôleurs sur « le fait que l'assistance par un avocat d'office ne relève pas dans ce domaine du pénal mais du civil ; qu'il faut en conséquence pour assurer la rémunération du conseil solliciter l'aide judiciaire ; or les patients sont bien incapables selon leur état psychologique de remplir le dossier pouvant déboucher sur l'attribution d'une telle aide et s'ils en étaient capables, en la forme, ils ne pourraient pas satisfaire à la réunion de tous les justificatifs exigés ; c'est

pourquoi, le barreau espère que l'aspect financier de la prise en charge sera revu dans les meilleurs délais pour permettre la mise en œuvre de la loi ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients de l'UMD ne comprenaient pas bien l'objectif de l'audience. « Ils confondent ce dernier avec celui de la commission de suivi médical ». Il a été insisté sur le caractère trop intrusif de l'audience « car le magistrat évoque les faits qui ont conduit le patient à être hospitalisé en UMD ». Pour certains, « le rappel des faits déjà examinés par une juridiction ajoute à leur confusion ».

### 3.6 Les registres de la loi

Les registres de la loi sont tenus par la cellule « soins sans consentement » du bureau des admissions.

Cette cellule fonctionne avec un agent exerçant son activité à 80 % qui, en cas d'absence, est remplacé par un autre agent. Il gère les registres de la loi où sont inscrits les patients qui arrivent au CH de Montfavet, quelle que soit leur affectation, notamment à l'UMD, cette dernière structure faisant partie du CH.

Il existe deux registres qui sont tenus cumulativement : l'un pour les hommes et l'autre pour les femmes.

Pour les **femmes**, le registre en cours, ouvert le 29 juillet 2011 et signé par le « conseiller municipal délégué à Montfavet, vice-président du Grand Avignon », à la première page, comprend cent folios. Il porte le numéro 163 A.

Sur ce registre, il apparaît que dix patientes ont été conduites à l'UMD sur quatorze personnes admises.

- La première a 43 ans. Elle est sans domicile fixe. Un arrêté du préfet du Nord du 13 mars 2009 a décidé son hospitalisation d'office à l'établissement public de santé mentale de Lille-Métropole à Armentières. Le 27 juillet 2011, le préfet du Vaucluse a ordonné son admission « en hospitalisation d'office » par transfert en unité pour malades difficiles au centre hospitalier spécialisé de Montfavet dans les meilleurs délais. Le préfet vise un certificat médical en date du 12 juillet 2011 ; l'intéressée « a agressé un membre du personnel dans un contexte délirant ; son état de santé se manifeste par un processus délirant actif avec absence de critique de son acte et risque de récurrence ». Elle a été hospitalisée à l'UMD le 29 juillet 2011. Elle est toujours présente. L'arrêté qui apparaît au registre est suivi de six certificats médicaux et dont un portant sur une sortie thérapeutique et d'un avis du collège des experts ;
- la deuxième a quarante-huit ans. Elle est domiciliée dans la Manche. Un arrêté du préfet de ce département en date du 18 février 2011 a décidé de son admission au centre hospitalier de Pontorson. Elle a été hospitalisée à l'UMD de Montfavet le 23 août 2011 ; d'après l'arrêté du préfet du Vaucluse, « son état de santé se manifeste par des troubles du caractère et du comportement dans un contexte de psychose chronique non délirante et de déficit intellectuel évoluant depuis l'enfance ». Un arrêté portant sortie de l'UMD et réintégration dans son département a été signé le 13 décembre 2011 ; le 7 janvier 2012, cette personne était toujours présente à l'UMD de Montfavet. Une ordonnance du juge des libertés et de la détention et huit certificats médicaux sont reproduits et collés sur le registre ;

- la troisième a 37 ans. Elle est domiciliée en Haute-Garonne. Un arrêté du préfet de ce département du 2 février 2011 a ordonné son hospitalisation d'office au centre hospitalier spécialisé Marchant à Toulouse. Un arrêté du préfet du Vaucluse du 9 septembre 2011 a ordonné son admission à l'UMD. Il vise un certificat médical du 25 juillet 2011 : « son état de santé se manifeste par des éléments délirants toujours présents et un déni de troubles ». Cette personne a été hospitalisée à l'UMD le 20 septembre 2011. Cinq certificats médicaux et une ordonnance du juge des libertés et de la détention sont reproduits et collés sur le registre ;
- la quatrième est âgée de 27 ans. Elle est domiciliée dans l'Hérault. Un arrêté du préfet de ce département, en date du 6 décembre 2010, a ordonné son hospitalisation d'office au centre hospitalier du Bassin de Thau à Sète. Le 15 septembre 2011 le préfet du Vaucluse a ordonné son admission à l'UMD, en visant un certificat médical du 10 août 2011. Elle a été hospitalisée à l'UMD le 26 septembre 2011. Cinq certificats médicaux, un avis du collège d'experts et une ordonnance du juge des libertés et de la détention sont reproduits et collés sur le registre. Cette personne a bénéficié d'une sortie thérapeutique ;
- la cinquième est âgée de 27 ans. Elle est domiciliée à Reims. Un arrêté du préfet de la Marne a ordonné son admission en soins psychiatriques à l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Châlons-en-Champagne, le 6 septembre 2011. Un arrêté du préfet du Vaucluse du 29 septembre 2011 a ordonné son admission par transfert à l'UMD : « est hospitalisée depuis plus d'un an pour des troubles à type hallucinations, vécu délirant et angoisses massives qui résistent à toute thérapeutique mise en œuvre ». La patiente a été hospitalisée à l'UMD le 3 octobre 2011 ;
- La sixième est âgée de 36 ans. Elle est domiciliée à Strasbourg. Le préfet du Bas-Rhin a ordonné son hospitalisation d'office, le 26 septembre 2009, au centre hospitalier spécialisé d'Erstein. Le 30 septembre 2011, le préfet du Vaucluse a ordonné son admission « en hospitalisation d'office » par transfert à l'UMD. Il vise un certificat médical du 7 septembre 2011. Elle a été hospitalisée à l'UMD le 11 octobre 2011. Trois certificats médicaux ont été reproduits et collés sur le registre ;
- la septième est âgée de 30 ans. Elle est domiciliée dans le Bas-Rhin. Le préfet de ce département a ordonné son hospitalisation d'office, le 12 avril 2010, au centre hospitalier spécialisé d'Erstein. Le 9 novembre 2011, le préfet du Vaucluse a ordonné son admission par transfert à l'UMD : « l'état de santé se manifeste par des conduites hétéros agressives, répétées envers sa famille et les soignants nécessitant une prise en charge en chambre de soins intensifs de manière quasi-continue ». La patiente a été hospitalisée à l'UMD le 15 novembre 2011 ;
- la huitième est âgée de trente-cinq ans. Elle est domiciliée à Marseille. Le préfet des Bouches-du-Rhône a ordonné, le 28 octobre 2011, son admission en soins psychiatriques au centre hospitalier spécialisé Edouard Toulouse à Marseille. Le 29 novembre 2011, le préfet du Vaucluse a ordonné son admission par transfert à l'UMD, visant un certificat médical du 22 novembre 2011 : « l'état de santé qui se manifeste par des troubles du comportement, de l'hétéro agressivité et

une tristesse de l'humeur ». La patiente a été hospitalisée à l'UMD le 30 novembre 2011. Aucun certificat médical n'est collé sur le registre. « C'est en attente de collage ». Une ordonnance du juge des libertés et de la détention a été reproduite et collée ;

- la neuvième est âgée de 28 ans. Elle est domiciliée en Guadeloupe. Le préfet de ce département a ordonné le 5 août 2011 son admission en soins psychiatriques au centre hospitalier spécialisé de Monterau à Saint-Claude. Le 9 décembre 2011, le préfet du Vaucluse a ordonné son admission à l'UMD : « l'état de santé se manifeste par un placement en chambre d'isolement compte-tenu du risque de fugue et de passages à l'acte sexuel non protégé (risque de contamination) et des risques de passage à l'acte agressif ». La patiente a été hospitalisée à l'UMD le 13 décembre 2011. Sur le registre, a été collée une ordonnance du juge des libertés et de la détention de Point-à-Pitre ;
- la dixième personne est âgée de 29 ans. Elle est sans domicile fixe. Le 21 novembre 2011, le préfet des Pyrénées-Atlantiques a ordonné son admission en soins psychiatriques au centre hospitalier de la Côte Basque à Bayonne. Le 5 décembre 2011, un arrêté du préfet du Vaucluse a ordonné son admission par transfert à l'UMD : « l'état de santé se manifeste par des troubles du comportement de type auto et hétéro agressivité avec multiples passages à l'acte (agression du soignant) ». La patiente a été admise à l'UMD le 15 décembre 2011. Sur le registre, a été collée une ordonnance du juge des libertés et de la détention de Bayonne.

Pour **les hommes**, le registre en cours, ouvert le 28 mai 2011, signé par le « conseiller municipal délégué à Montfavet, vice-président du Grand Avignon », à la première page, comprend cent folios. Les entrées jusqu'au 31 décembre 2011 y ont été enregistrées. Le 6 janvier 2012, aucune entrée n'avait été portée sur ce registre depuis cette date. Les cent folios avaient été renseignés et sur cent entrées, trente concernaient l'UMD.

Les contrôleurs ont examiné la situation des dix derniers patients admis.

- le premier a 43 ans. Il est sans domicile fixe. Un arrêté du préfet des Bouches-du-Rhône du 23 septembre 2011 a décidé son « hospitalisation d'office » au centre hospitalier spécialisé Montperrin à Aix-en-Provence. Le 24 octobre 2011, le préfet du Vaucluse a ordonné son admission par transfert à unité pour malades difficiles de Montfavet. Le préfet vise un certificat médical en date du 11 octobre 2011 : « comportements délictueux successifs avec violences physiques et violences sexuelles sur mineur ». Il a été hospitalisé à l'UMD le 7 novembre 2011 ;
- le deuxième est âgé de 50 ans. Il est domicilié à Tarare, dans le Rhône. Le 11 octobre 2011, le préfet de ce département a ordonné son admission en soins psychiatriques et le 19 octobre, en visant un certificat médical du 4 octobre 2011, le préfet du Vaucluse a prononcé son admission à l'UMD : « état psychique et comportemental très instable et violent sans aucune critique ». Il a été hospitalisé à l'UMD le 3 novembre 2011 ;
- le troisième est âgé de vingt-huit ans. Il est domicilié à Paris. Dans son arrêté du 28 octobre 2011, le préfet du Vaucluse fait référence à celui du « préfet de police de Paris » en date du 11 octobre 2011 admettant l'intéressé en soins psychiatriques



et à un certificat médical en date du 24 octobre 2011 et écrit : « processus délirant pour lequel l'établissement est dans l'impasse thérapeutique avec passage à l'acte imprévisible nécessitant une prise en charge en chambre sécurisée » Le patient a été admis à l'UMD le 23 novembre 2011 ;

- le quatrième est âgé de 32 ans. Il est domicilié dans le département de l'Isère. Le préfet de ce département a ordonné le 18 octobre 2011 « l'hospitalisation d'office » de ce patient au centre psychothérapeutique Nord Dauphiné à Bourgoin-Jallieu. Par arrêté du 9 novembre 2011, son admission à l'UMD a été décidée par le préfet du Vaucluse : « idées délirantes de persécution avec des menaces de passages à l'acte hétéro agressifs envers les soignants ». Il a été hospitalisé à l'UMD le 21 novembre 2011 ;
- le cinquième est âgé de 26 ans. Il est sans domicile fixe. Son admission aux soins psychiatriques a été décidée par arrêté du préfet de la Drôme, le 12 septembre 2011 au centre hospitalier Drôme Nord à Saint-Vallier. En faisant référence à un certificat médical du 15 septembre 2011, le préfet du Vaucluse a admis le patient à l'UMD, le 13 octobre 2011 : « l'état de santé se manifeste par un comportement d'agitation, d'agressivité et de crises clastiques ». Il a été hospitalisé à l'UMD le 16 novembre 2011 ;
- le sixième est âgé de 28 ans. Il est domicilié dans l'Ain. Le préfet de ce département a décidé des soins psychiatriques au centre hospitalier spécialisé de Bourg-en-Bresse, le 22 décembre 2011. Le préfet du Vaucluse l'a admis à l'UMD le 12 novembre 2011, en faisant référence à un certificat médical du 20 octobre 2011. Le patient est arrivé à l'UMD le 9 novembre 2011 ;
- le septième est âgé de 39 ans. Il est domicilié à Nice. Par arrêté du 12 janvier 2011, le préfet des Alpes-Maritimes a décidé son placement d'office au centre hospitalier Sainte-Marie à Nice. Le 7 décembre 2011, le préfet du Vaucluse a ordonné son admission à l'UMD, en visant un certificat médical du 23 novembre 2011 : « état de santé qui se manifeste par un sentiment de persécution vis-à-vis de l'équipe soignante, un refus de soins et des éléments de dangerosité psychiatriques ». Le patient est arrivé à l'UMD le 19 décembre 2011 ;
- le huitième est âgé de 36 ans. Il est domicilié à Châlons-sur-Saône. Le préfet de Saône-et-Loire a prononcé son admission à des soins psychiatriques sans consentement le 3 novembre 2011 au centre hospitalier spécialisé de Sevrey. Le préfet du Vaucluse l'a admis le 2 décembre 2011 en faisant référence à un certificat médical du 22 novembre 2011. Il est arrivé le 14 décembre 2011 à l'UMD ;
- le neuvième est âgé de 38 ans. Il est domicilié à Grenoble. Le préfet de l'Isère a signé le 7 octobre 2011 un arrêté portant « hospitalisation d'office » au centre hospitalier Alpes-Isère à Saint-Egrève. Le 17 novembre 2011, le préfet du Vaucluse l'a admis à l'UMD : « état délirant de mode interprétatif et de thème persécutoire avec passage à l'acte ». Le patient est arrivé le 30 novembre 2011 ;
- Le dixième est âgé de 29 ans. Il est domicilié à Angers. Le préfet des Bouches-du-Rhône a signé le 8 novembre 2011 un arrêté portant admission en soins psychiatriques au centre hospitalier spécialisé Montperrin à Aix-en-Provence. Le préfet du Vaucluse l'a admis à l'UMD le 10 novembre 2011 : « état de santé

manifesté par un vécu persécutoire délirant avec des troubles graves du comportement dans un contexte de refus de soins ».

Les contrôleurs ont constaté que les deux registres qu'ils ont consultés étaient parfaitement tenus sans aucune rature ni annulation de page. Pour le registre concernant les entrées des femmes à l'UMD, jusqu'au 15 novembre 2011, il est fait mention en titre de « HO à l'UMD » et pour celui des hommes, il en est de même jusqu'au 23 novembre 2011.

Les contrôleurs ont constaté que les arrêtés préfectoraux, les certificats médicaux – à l'exception d'un seul – et les décisions du JLD étaient collés sur les registres ; il est cependant à déplorer que la reproduction des documents est réalisée dans un format tel qu'il rend très difficile leur lecture.

Quant aux arrêtés signés par le représentant de l'Etat, certains rédigés après le 1<sup>er</sup> août 2011, utilisent à plusieurs reprises l'expression « hospitalisation d'office » (cinq fois pour vingt patients au total).

### **3.7 L'information donnée aux familles**

Il est indiqué aux contrôleurs que lors de l'admission dans une des cinq unités d'hospitalisation, la famille du patient était jointe par téléphone. Lors de l'entretien téléphonique, il lui est donné toutes les informations pratiques et utiles relative aux règles d'hospitalisation, en particulier celles concernant l'organisation des visites. Il est rappelé aux familles qu'elles peuvent demander un rendez-vous avec le médecin ou le joindre par téléphone.

L'union nationale des familles et amis des personnes malades et handicapées psychiques (UNAFAM) assure une permanence à l'hôpital, au sein de la maison des usagers, dès lors que des familles souhaitent rencontrer un de ses représentants : « à l'heure et au jour souhaité par les familles, un des trois bénévoles se rendra disponible ». Il a été dit aux contrôleurs que des familles de patients de l'UMD en avaient rarement exprimé le besoin mais que lorsqu'il y avait eu un entretien avec elles, celles-ci étaient satisfaites de la prise en charge de leurs malades.

Il est précisé que l'information aux familles concernant la tenue de cette permanence de l'UNAFAM n'est pas portée à connaissance des patients hospitalisés à UMD et de leurs familles. Les contrôleurs ont pu constater qu'aucune affichette n'était apposée dans le local dédié aux visites des familles et que le livret d'accueil ne comportait pas les coordonnées des associations d'aide aux patients et à leur famille.

Dans sa réponse, le chef d'établissement précise : « le livret d'accueil réactualisé comporte désormais les coordonnées des associations d'aide aux patients et leur famille ».

### **3.8 La confidentialité de l'hospitalisation**

S'agissant des personnes détenues hospitalisées en chambre d'isolement de l'UMD, aucune directive n'a été prise en faveur du respect de la confidentialité de leur hospitalisation *via* le standard. Il suffit de joindre le standard téléphonique pour connaître si une personne est hospitalisée dans l'hôpital. Ce dernier dirigera son interlocuteur vers le poste téléphonique de l'unité où le patient séjourne.

Il est indiqué aux contrôleurs que l'annonce de l'hospitalisation est faite aux familles par l'établissement pénitentiaire.

### 3.9 L'accès au dossier médical par le patient

Le directeur adjoint chargé de l'offre de soins et de la qualité a en charge la procédure de communication des dossiers médicaux. Il est également président délégué de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Chaque demande d'accès au dossier médical fait l'objet d'un dossier individuel.

En 2011, quatre-vingt-dix-huit demandes de dossiers médicaux ont été faites auprès du directeur de l'établissement. Quatre relevaient de l'UMD.

Une demande d'un patient était datée du 21 janvier 2011, une du 18 juin 2011, une autre du 8 juillet 2011 et la dernière du 25 octobre 2011. Le délai de l'accusé de réception émanant de la direction varie de deux à dix jours. Aucune traçabilité n'est mise en œuvre en ce qui concerne les suites qui sont données. Les demandes sont en effet transmises au chef de service concerné. La direction de l'établissement n'est pas en mesure de connaître si ces demandes ont été satisfaites.

Dans sa réponse, le chef d'établissement précise : « la direction de l'établissement met à jour périodiquement un tableau de bord permettant de savoir si les demandes d'accès ont été satisfaites. Les praticiens sont relancés le cas échéant ».

### 3.10 Le recueil des observations des patients

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

Les règles de confidentialité et de respect du secret professionnel dans le cadre de l'utilisation du dossier informatisé sont rappelées au début de chaque usage. Une mention apparaît à l'écran : « Vous ne devez pas accéder à un dossier de patient si vous n'êtes pas impliqué dans sa prise en charge. Cimaise tient automatiquement à jour un journal des accès. Des contrôles aléatoires seront effectués très régulièrement pour vérifier la légitimité des accès ». Cette fenêtre s'ouvre systématiquement à chaque accès au logiciel « Cimaise ».

Le médecin recueille de façon pluri-hebdomadaire le compte rendu des entretiens qu'il a eus avec le patient. Chaque observation est horodatée avec date et heure de saisie. La saisie peut être en temps réel ou différé. Quand elle est différée, elle se fait le jour même. Pour chaque saisie d'une observation, il apparaît les mentions suivantes : « information, bénéfice, risque : oui ou non ; consentement : oui ou non ». L'observation doit être suivie de la signature électronique du médecin. La signification des mentions est la suivante : « chaque option thérapeutique a été clairement exposée au patient en précisant son bénéfice et son risque : exemple, en cas de prescription médicamenteuse, quel bénéfice peut-on en attendre et quels en sont les effets secondaires ? La deuxième partie vise à préciser si le consentement du patient a été recueilli par rapport à l'option choisie ».

Ce logiciel est disponible dans plusieurs hôpitaux et « il est affiné par rapport aux demandes des médecins qui l'adaptent en fonction des besoins. Ces observations vont de trois à quatre mots à plusieurs dizaines de lignes ». Toutes les personnes qui participent à la prise en charge du patient peuvent avoir accès à ces informations sauf si les observations sont consignées dans le paragraphe « notes personnelles » avec la mention « texte privé ». Dans ce cas, seul le médecin qui a rédigé ces annotations peut y avoir accès.

« Systématiquement ce que dit le patient est rapporté sous la forme de phrases entre guillemets dans la bouche du patient. Cette méthode a un avantage : les phrases rapportées entre guillemets permettent d'avoir une photographie de l'état du patient ; en effet, les phrases restituées permettent une évaluation à un moment donné, sinon les paroles du

patient non transcrites au style direct sont analysées après une sélection opérée par le psychiatre ; on n'est alors plus dans l'objectivité ; le seul problème qui subsiste, c'est celui de la sélection des phrases. Cette méthode fait vivre le patient, sinon les phrases deviennent stéréotypées et désincarnées. A la lecture, on prend connaissance des émotions et des affects ; sur le plan médical, c'est important notamment dans le cas de changement dans l'équipe chargée du suivi du patient ; cette restitution crée du lien et assure la continuité ».

### **3.11 Le collège des professionnels de santé**

Avant l'audience du juge des libertés et de la détention, un collège d'experts se réunit pour donner un avis ; celui-ci est obligatoire s'agissant des patients se trouvant à l'UMD sur prescription médicale et pour tous ceux qui ont bénéficié d'une décision prise dans le cadre de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal ; ce collège d'experts comprend deux psychiatres et un membre de l'équipe pluridisciplinaire. « Actuellement, c'est toujours un cadre de santé. Ce professionnel pourrait être une psychologue, un éducateur... ».

Le collège s'est réuni le 22 décembre 2011 pour quatre patients et le 2 janvier 2012 pour trois. La direction provoque la réunion du collège ; les échanges ont lieu dans une salle et « les experts ne se contentent pas de discussions informelles au gré de leur rencontre. L'institution vit ». Le collège émet un avis écrit ; dans un premier temps, jusqu'à mi-novembre, celui-ci n'était pas circonstancié ; le juge des libertés et de la détention a demandé un avis circonstancié : c'est ainsi que le collège expose, dans son avis, la cause de la présence du patient à l'UMD, les troubles du comportement qui justifient le maintien de la mesure ; dans l'avis, il est précisé si le patient est placé sous une mesure de protection : tutelle ou curatelle.

Dans son courrier, le médecin-chef précise : « la problématique de la dangerosité des patients ne guide pas les pratiques professionnelles ; celles-ci sont guidées par une visée thérapeutique, la dangerosité, ou plutôt la difficulté des patients n'étant qu'un des éléments pris en compte, tant pour les protéger que pour éviter des problèmes au personnel ; il est d'ailleurs à noter le peu d'évènements indésirables à type d'auto ou d'hétéro agressivité survenant en une année ».

### **3.12 La communication avec l'extérieur**

#### **3.12.1 Le courrier**

La correspondance est libre. Il est possible de recevoir ou d'envoyer du courrier du lundi au samedi. L'affranchissement est à la charge des patients. Cependant, comme à l'unité de « L'Olivier », les courriers adressés à l'avocat ou à une autorité administrative ou judiciaire sont expédiés au frais de l'hôpital.

Le personnel ne contrôle pas son contenu mais peut en avoir connaissance du fait des patients, notamment lorsque ceux-ci le sollicitent pour sa rédaction. Les colis sont ouverts par le personnel en présence du patient concerné. Il en va de même lorsque l'épaisseur d'une enveloppe laisse supposer la présence d'autre chose qu'une lettre.

Le courrier rédigé (enveloppe non refermée) ou reçu par des personnes détenues est normalement transmis à l'établissement pénitentiaire qui le retourne à l'hôpital après contrôle ou se charge de son expédition.

Les patients peuvent acheter, par l'intermédiaire de l'hôpital, du papier à lettres, des timbres et des enveloppes.

Il n'existe aucune boîte à lettres dans les unités. Le courrier est déposé au poste infirmier et transmis par le personnel à la conciergerie pour être levé par le vaguemestre de l'hôpital.

Aux « Chênes Verts », les courriers ne sont pas contrôlés. Seuls les courriers des personnes hospitalisées au titre de l'article D.398 sont vérifiés. Toutefois, il est indiqué aux contrôleurs qu'ils ne sont pas adressés à l'administration pénitentiaire pour un contrôle. Lorsque le courrier arrive en matinée à l'unité, il est immédiatement remis aux patients. Deux courriers par jour, en moyenne, sont distribués aux patients.

Aux « Tilleuls », le courrier est libre et part tous les jours. Il n'est pas contrôlé. Il est nécessaire toutefois de demander un stylo au personnel soignant pour écrire. L'enveloppe est déposée dans la boîte aux lettres située dans le hall d'entrée. Le soignant dit d'accueil et de réception va chercher les timbres des patientes dans un classeur à feuillets nominatifs situés dans la salle administrative des infirmiers. Le courrier destiné aux personnes détenues est adressé au greffe de l'établissement pénitentiaire à des fins de contrôle.

Les colis sont ouverts en présence du personnel soignant qui les contrôle. Les friandises sont stockées dans des grands casiers de la salle polyvalente et sont distribués par le personnel soignant.

### 3.12.2 Les visites

Dans les trois unités situées à Bel Air-Sainte-Catherine, les visites se déroulent dans la salle installée à l'entrée. Une seule visite peut avoir lieu à la fois. Prises sur rendez-vous et d'une durée d'une heure (à « l'Amourié » et au « Coudrier ») ou d'une heure et demie (à « l'Olivier »), les visites autorisées par le médecin ont lieu avec deux visiteurs au maximum. L'autorisation préalable de l'administration pénitentiaire est sollicitée, s'agissant des patients détenus.

Le personnel soignant de « l'Amourié » ou du « Coudrier » est présent dans la salle de visites alors qu'à « l'Olivier », la porte est laissée ouverte. Il est interdit de fumer, de manger ou de boire et d'utiliser un téléphone et de prendre des photographies ou des vidéos durant une visite.

Les visites sont rares, de l'ordre d'une visite mensuelle pour les familles domiciliées dans la région et d'une visite semestrielle pour les autres ;

Au moment du contrôle, sept des treize patients présents à « l'Olivier » et sept patients sur quinze au « Coudrier » n'avaient jamais reçu de visite depuis le début de leur séjour dans l'unité.

A « l'Amourié », une note de service du 15 janvier 2008 affichée dans l'unité prévoit que les visites ont lieu tous les jours entre 9h30 et 11h30 et entre 14h15 et 16h15, la demande devant en être faite une semaine à l'avance. Selon les règles de fonctionnement de l'unité, les familles ne sont pas autorisées à apporter des denrées alimentaires. Les personnels rencontrés ont avancé les arguments du contrôle du poids des patients et du risque introduit par des aliments en rupture de la chaîne du froid. Néanmoins, la note de service autorise sous le contrôle du personnel la « remise d'objets divers, de denrées alimentaires, de courrier, de livres, de revues et documents divers, de cassettes audio et vidéo, de cigarettes et d'argent », de même que « la consommation de pâtisseries, de bonbons sous emballage plastique d'origine, de boissons non alcoolisées ».

A « **l'Olivier** », les règles de vie prévoient que les visites ont lieu entre 10h et 12h et entre 14h et 16h. Une note fixant les modalités de visite indique qu'aucune denrée alimentaire n'est acceptée « par souci d'équité et afin d'être conforme aux règles de vie de l'unité ». En revanche, il est possible de déposer de l'argent sur le compte d'un patient pour ses commandes hebdomadaires.

Au « **Coudrier** », les visites ne sont possibles que le week-end entre 9h et 11h et entre 14h et 17h. Les visiteurs venant de loin peuvent bénéficier de créneaux le samedi et le dimanche. Elles peuvent se dérouler à la cafétéria de l'unité d'ergothérapie lorsqu'un enfant est présent. Les familles ne sont pas autorisées à apporter des plats cuisinés.

Aux « **Chênes Verts** », les visites des familles sont programmées comme dans toutes les unités après que ces dernières ont pris un rendez-vous par téléphone, la semaine précédant leur visite. Si elles le souhaitent, un infirmier peut aller les chercher devant la porte d'entrée principale de l'hôpital. Avant d'entrer dans la salle de visite, elles déposent leur téléphone portable dans un casier prévu à cet effet. Il est indiqué que peu de patients sont visités : souvent, en raison de frais de transports trop élevés et parfois, parce que les patients ont commis des faits qui les ont éloignés de leurs proches : « on essaie de rétablir durant leur hospitalisation le lien avec leur famille ». Si les familles viennent de loin, elles sont autorisées à rester plus longtemps avec le patient si son état de santé le permet.

Les visites comme les communications téléphoniques sont soumises à l'accord du médecin. En dehors des personnes détenues hospitalisées en chambre d'isolement pour des raisons sécuritaires, les patients de l'UMD, placés en chambre d'isolement, peuvent recevoir des visites.

Aux « **Tilleuls** », les visites des familles ont lieu sur rendez-vous pour une durée maximale d'une heure et en accord avec l'équipe médicale. Il n'y a pas d'interdiction de principe de la visite des enfants des patientes mais il a été précisé aux contrôleurs que ce cas de figure, uniquement sur prescription médicale, était extrêmement rare et soigneusement préparé. La quantité de denrées alimentaires apportées par les familles doit être raisonnable (un ou deux litre de sodas, un ou deux paquets de gâteaux, un ou deux sachets de bonbons etc.). Les cigarettes sont remises au personnel soignant dans la limite d'une cartouche. L'argent est également remis directement au personnel soignant.

Au mois de décembre 2011, quatre personnes sur les quinze présentes ont reçu de la visite.

### 3.12.3 Le téléphone

Dans les **trois unités situées à Bel Air-Sainte-Catherine**, l'usage des téléphones portables est interdit. Après avis médical et autorisation judiciaire ou pénitentiaire pour les patients détenus, les personnes ont le droit de téléphoner à la famille, une fois par semaine, pendant quinze minutes depuis le poste infirmier (et une fois par mois au tuteur, au « Coudrier »). Les communications sont passées en présence du personnel. Les personnes doivent s'exprimer en français, le haut-parleur de l'appareil étant activé pour les patients détenus<sup>3</sup>. Les appels sont gratuits pour les patients. Les familles qui appellent ne peuvent joindre téléphoniquement leur proche hospitalisé mais un message peut lui être transmis.

Un téléphone portable est confié à la personne en chambre d'isolement.

<sup>3</sup> Règles de vie de l'unité de « l'Olivier ».

Aux « **Chênes Verts** », les communications téléphoniques aux proches sont autorisées une fois par semaine avec un seul interlocuteur et pour une durée d'un quart d'heure à vingt minutes. Les communications en direction de leur tuteur, de leur avocat ou d'une institution peuvent être passées à tout moment. Les téléphones portables ne sont pas autorisés. Le téléphone utilisé est celui du poste de soins qui ne donne lieu à aucune confidentialité des appels puisque toujours passés en présence de soignants. Le coût des communications est gratuit. Il est indiqué que, dans les faits, le patient peut, durant ces vingt minutes attribuées, joindre un ou deux membres de sa famille ou de ses connaissances.

Aux « **Tilleuls** », hormis la période initiale de l'arrivée, les conditions d'appels téléphoniques sont identiques pour toutes les patientes quel que soit leur niveau (à l'exception de celles qui se trouvent en chambre d'isolement). Un appel téléphonique est autorisé une fois par semaine le week-end pour dix minutes maximum. L'appel est passé dans la salle de visites des familles sous surveillance d'un personnel soignant. La conversation peut être interrompue en cas de problème. Aucun appel téléphonique n'est passé aux patientes mais celles-ci en sont informées. Les téléphones portables ne sont pas autorisés. Il n'y a pas accès à Internet pour les patientes.

#### **3.12.4 L'informatique**

Les patients ne sont pas autorisés à détenir un ordinateur. L'accès à l'informatique est seulement possible dans le cadre des activités organisées par l'unité d'ergothérapie. Néanmoins, faute de Wifi et de la possibilité d'utiliser le réseau de l'hôpital, les patients ne peuvent pas se connecter à Internet pour consulter leur messagerie.

Au moment du contrôle, l'unité de « l'Olivier » réfléchissait à cette perspective.

#### **3.13 Les visites des autorités**

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques a visité l'établissement en 2009 : les 9 avril et 10 décembre, en 2010 : les 22 avril et 7 décembre. En 2011, la visite a eu lieu le 7 juillet.

Quant au ministère public, il a dépêché sur les lieux un substitut du procureur de la République près le tribunal de grande instance d'Avignon les 19 mars 2009, 7 juillet 2010 et 6 janvier 2011.

#### **3.14 Les sorties de moins de douze heures**

Les sorties thérapeutiques, de moins de douze heures, sont toujours accompagnées d'un ou plusieurs membres de l'équipe soignante ; « elles ont un rôle précis dans la prise en charge : connaître les réactions du patient dans un lieu public après plusieurs mois d'enferment, tester ces habilités sociales ; c'est un soin sur prescription médicale ». Elles dépendent aussi des disponibilités des équipes. « Ces sorties sont fondamentales pour apprécier l'évolution du patient. Les dernières ont eu lieu par exemple au Mont Ventoux et aux Saintes-Maries-de-la-Mer. Elles font partie de l'argumentation clinique par rapport à la sortie de l'UMD.

On ne peut que déplorer leur baisse en nombre : pour le bâtiment C, douze en 2010 et huit en 2011 ».

### 3.15 La commission départementale des soins psychiatriques

Le praticien hospitalier exerçant dans l'unité « Les Tilleuls » vient d'être nommé président de la Commission départementale des soins en psychiatrie (CDSP). Une réunion était prévue le 26 janvier 2012. La commission comprend également un représentant de l'UNAFAM, un représentant d'une association d'usagers « La vie en rose » et un médecin généraliste.

Les contrôleurs ont pris connaissance du dernier rapport annuel établi par la commission départementale des soins psychiatriques. Il porte sur l'année 2009 ; la commission portait le nom de commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Ce rapport de trois pages, porte sur l'ensemble du CH.

Il convient de retenir les éléments suivants :

- « la commission a procédé à deux visites au centre hospitalier de Montfavet ;
- au cours de ces visites, la commission s'est rendue au bureau des entrées et a procédé à l'examen du registre de la loi avant de le signer. Aucune remarque particulière n'a été portée sur la tenue de ce registre ;
- la commission a souhaité visiter l'unité pour malades difficiles. Cinq patients ont souhaité être entendus par la commission. Aucune remarque particulière n'a été formulée sur cette visite ;
- un avis de la commission a été demandé concernant la sortie d'UMD d'un patient D.398 (transfert de ce patient dans une unité fermée) ;
- aucune plainte de patient n'a été examinée par la commission ».

### 3.16 Le traitement des plaintes et réclamations

En 2011, parmi les trente-deux plaintes et réclamations enregistrées par le service qualité, aucune n'émanait d'un patient ou d'une famille de l'UMD. En 2010, deux patients ont émis des réclamations.

- le premier a souhaité porter plainte pour fracture d'un doigt après altercation avec un autre patient. La direction a accusé réception et des éléments de réponse ont été apportés par le service. Les suites données ne sont pas connues ;
- le second patient a réclamé auprès de la direction le droit de regarder la télévision en soirée. La direction lui a adressé un courrier en réponse, assorti des règles d'utilisation de la télévision fournies par le service. Le patient a écrit à la direction pour témoigner de sa surprise et de son contentement que son courrier ait été pris en compte.

Dans la semaine du 23 au 29 mai 2011, une évaluation de la satisfaction des usagers et des correspondants externes a été réalisée dans toutes les unités de soins pour les pôles de psychiatrie pour adulte à l'exception de l'UMD. La direction n'a pas été en mesure d'expliquer pour quelle raison l'évaluation n'avait pas concernée cette dernière structure.

Dans sa réponse, le chef d'établissement précise : « l'enquête de satisfaction, en lien avec le CRUQ, n'a pas inclus les UMD en 2011 en raison de la nécessité d'adapter le questionnaire. Les UMD seront concernées par l'enquête en 2012 ».



## 4 CONDITIONS MATÉRIELLES D'HOSPITALISATION

### 4.1 Le projet médical et le parcours des patients de l'UMD

Le projet médical de l'UMD s'inscrit dans une démarche individuelle pour chaque patient avec pour objectif la réadaptation de la personne au circuit ordinaire psychiatrique. L'UMD accueille des patients provenant de services psychiatriques ou d'établissements pénitentiaires pour lesquels les troubles du comportement ne peuvent plus être contenus par l'équipe soignante d'origine. Les admissions en UMD sont programmées en concertation avec les deux équipes soignantes de l'établissement demandeur et de l'UMD.

Le parcours du patient dans l'UMD, de l'état de crise initiale vers un retour en établissement ordinaire, suit une progression matérialisée par les conditions d'hébergement et les séjours dans les différentes unités de l'UMD. Ainsi, en ce qui concerne les hommes, le patient arrivant est hospitalisé dans l'unité d'admission « l'Amourié ». Lorsque son état psychique est stabilisé, il est admis dans l'unité dite « l'Olivier » puis, lorsque la consolidation est acquise, dans l'unité du « Coudrier ». Enfin, lorsque la sortie est envisageable, le patient est admis dans l'unité « Les Chênes verts » dont le projet de soins s'articule autour de la préparation au retour vers les conditions d'hospitalisations antérieures.

Dans l'unité des femmes, « les Tilleuls », la progression de l'état de crise initiale vers la stabilisation et la sortie s'effectue en un seul lieu et en trois temps d'hospitalisations distincts. Ceux ci sont matérialisés par des règles de vie différentes.

Ces modalités de séjour permettent aux patients de se situer dans leur parcours psychique, dans les progrès accomplis et dans les difficultés restant à surmonter. Pour les équipes soignantes, elles permettent d'axer leur projet de soins sur ce parcours, de pouvoir expliquer concrètement les objectifs à atteindre pour des patients chez qui la situation de crise ayant conduit à l'hospitalisation en UMD est synonyme, le plus souvent, d'une impasse.

Trois unités d'hébergement sont installées sur le site du quartier Bel Air-Sainte-Catherine : « l'Amourié », « l'Olivier » et le « Coudrier ».



### 4.1.1 L'unité « l'Amourié »

#### 4.1.1.1 Présentation

L'unité « l'Amourié », ou unité C, reçoit la plupart des personnes admises en UMD. Son objectif est de canaliser la violence auto et hétéro-agressive des patients et de les aider à atteindre une stabilité dans leur comportement permettant d'effectuer la prise en charge thérapeutique des troubles psychiques dont ils sont atteints.

La capacité de l'unité est de **quinze lits** dans quinze chambres individuelles et de trois chambres d'isolement. La chambre d'un patient placé provisoirement en isolement lui est conservée pendant toute la durée de son placement.

Le jour du contrôle, quinze personnes y étaient hospitalisées, dont une en chambre d'isolement depuis deux mois à la suite de multiples actes de violence commis dans une autre unité de l'UMD. L'unité comptait un patient détenu à la maison d'arrêt d'Aix-Luynes (Bouches-du-Rhône) dans le cadre des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale et huit patients admis à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale (« HO judiciaire ») en vertu de l'article L.3213-7 du code de la santé publique.

La plus longue hospitalisation concernait un patient hospitalisé depuis le 4 janvier 2011, soit depuis une année. Le patient le plus âgé avait 52 ans.

#### 4.1.1.2 Les locaux

L'unité « l'Amourié » occupe le quart Est de l'enceinte du site de Bel Air-Sainte-Catherine. Entièrement reconstruit et mis en service en 2010, le bâtiment, d'un seul niveau, comporte une aile d'hébergement et une partie centrale qui dessert, d'une part, la cour dite de déambulation et, d'autre part, trois chambres d'isolement longées par un couloir qui conduit à une deuxième cour de déambulation dédiée à l'isolement.

L'ensemble est encore neuf et maintenu dans un très bon état.

Une sonnette est installée au niveau de la porte d'entrée de l'unité. L'accès à l'unité s'effectue par un sas de 9 m<sup>2</sup> qui ouvre aussi sur une salle de visite pour les familles de 16,6 m<sup>2</sup> (comprenant un cabinet de toilettes pour les visiteurs) avec une fenêtre donnant sur l'extérieur. Les familles y accèdent donc directement sans pénétrer dans l'unité. Dépourvue de toute décoration, la pièce est meublée d'une table ronde et de quatre chaises. La porte donnant sur l'intérieur de l'unité est vitrée. Les trois portes du sas sont fermées en permanence.

Le hall d'entrée de 40,5 m<sup>2</sup> dessert l'ensemble des locaux suivants :

- un poste infirmier, d'une superficie de 16,5 m<sup>2</sup>, doté de trois baies vitrées permettant de visualiser l'ensemble de l'unité. Le bureau du cadre de santé de l'unité est positionné à l'arrière du poste infirmier ;
- une vaste salle, d'une superficie de 24,9 m<sup>2</sup>, dédiée aux soins et à la pharmacie. La présence d'un lit permet d'y procéder aux injections. La porte de la pièce ne comporte pas de partie vitrée ;
- un local de service pour les agents des services hospitaliers (ASH) ;
- un local pour le linge sale ;

- une lingerie pour le linge propre et le linge personnel des patients, pièce dans laquelle sont également entreposés le matériel de contention et les couvertures prévues pour les personnes suicidaires ;
- une salle de détente pour le personnel d'une superficie de 10,2 m<sup>2</sup> ;
- un office, d'une superficie de 13,8 m<sup>2</sup>, complètement aménagé pour la préparation du petit déjeuner et le réchauffage des déjeuners et des dîners. La vaisselle et les couverts y sont nettoyés et rangés. Les patients n'ont ni fourchette, ni couteau à leur disposition, mais seulement une grande cuillère.

Dans sa réponse, le chef d'établissement précise : « la problématique du manque de couverts (fourchettes, couteaux) pour les repas concerne uniquement les unités de l'Armourié et du Coudrier ; suite aux remarques, une réflexion est en cours pour introduire l'utilisation de couverts adaptés respectant la dignité des patients tout en préservant la sécurité des personnels (visite du CH de Sarreguemines prévue notamment à cet effet) ».

Dans son courrier, le médecin-chef écrit : « les remarques concernant les couverts à table et le déshabillage vont être immédiatement suivies d'effets avec, concernant les couverts, une uniformisation des pratiques au Coudrier, à l'Olivier et aux Chênes verts, et une réflexion devant déboucher sur une modification à l'Amourié ».

- le réfectoire, d'une superficie de 30,4 m<sup>2</sup>, meublé de quatre tables et seize chaises. Un réfrigérateur et une armoire à casiers individuels fermés servent à entreposer les produits alimentaires que les patients s'achètent. Le personnel a la clef des casiers ; dans l'un d'entre eux, on trouve de la confiture, du Nutella®, un paquet de biscuits, des conserves de sardine. Le personnel est attentif à la composition des tablées et tient compte des affinités, des comportements et du rythme de chacun durant le repas ;
- la salle de vie, d'une superficie de 58 m<sup>2</sup>, avec trois tables rondes, quatorze chaises, quatre fauteuils, l'ensemble du mobilier n'étant pas fixé au sol. La pièce est agréable du fait des décorations de Noël et de sa façade vitrée donnant sur la cour. Une horloge murale se trouve dans la pièce dont les murs sont tapissés de photographies et de dessins. Chaque patient dispose de son placard de rangement avec sa clef dans lequel sont déposés les effets personnels laissés à la libre disposition : casquette, paire de lunettes, tabac, revues, matériel de peinture... Sur un panneau d'affichage sont affichés des informations sur l'aumônerie, le planning des activités, le menu de la semaine, la toilette et l'hygiène, le retrait en chambre (la sieste), les visites et les achats hebdomadaires (la « cantine »).

La salle dessert les quatre espaces suivants ;

- deux salles de télévision, d'une superficie respective de 19,8 m<sup>2</sup> et 11,9 m<sup>2</sup>, équipées de six et quatre sièges et d'un téléviseur protégé dans un meuble. Le personnel gère la télécommande. Une salle dispose d'une console de jeux vidéo. Au moment de la visite, un patient y jouait une partie de football avec un soignant ;
- un local sanitaire à disposition des patients, d'une superficie de 13,4 m<sup>2</sup>, comprenant deux wc dont un pour personne à mobilité réduite et un lavabo dans sa partie centrale ;
- la cour, de forme rectangulaire et d'une superficie de 315 m<sup>2</sup>, accessible toute la journée avec la présence constante du personnel soignant. On y accède obligatoirement depuis la salle de vie dont la façade extérieure constitue un côté de la cour. La cour est fermée sur

deux côtés par un mur et, sur le dernier, par une clôture grillagée. La clôture, disposée devant un ancien saut-de-loup, est revêtue d'un pare-vue empêchant tout contact visuel avec la cour de l'unité voisine. La cour est équipée de deux ensembles de table et de bancs en bois, six fauteuils, cinq chaises et deux bancs. Elle dispose également d'un auvent déroulant une toile utilisé lors des périodes d'ensoleillement, d'un panneau de basket-ball, des ballons (football et basket-ball) étant fournis à la demande. Deux arbres anciens, préservés lors de la rénovation de l'unité, agrémentent la cour ;

- l'aile d'hébergement, composée de quinze chambres et d'une salle de bains équipée d'une baignoire. Cette dernière, de 16,2 m<sup>2</sup>, est surtout utilisée comme un lieu de rangement. Les rasoirs personnels des patients et leur nécessaire de toilette y sont entreposés.

Les **chambres** sont disposées de part et d'autre d'un couloir central. Les peintures du couloir et des portes sont de couleurs différentes et vives. Une horloge ronde est installée entre deux portes permettant aux patients de lire l'heure à tout moment du jour et de la nuit, du fait de la présence des hublots vitrés – d'un diamètre de 27cm – percés dans des portes à sécurité renforcée. Les chambres ont toutes un deuxième accès, situé à l'opposé de la porte principale, qui est emprunté par le personnel depuis un corridor disposé entre deux chambres<sup>4</sup>. Deux patères sont installées à la porte de chaque chambre où sont accrochés les vêtements ou les pyjamas des patients. Lorsqu'ils sont en chambre, les patients laissent leurs chaussures dans le couloir et portent des chaussons, le cas échéant fournis par l'hôpital. La plupart des patients ont des chaussures de sport avec des bandes velcro ; certains portent des chaussures dont les lacets ont été retirés.

Chaque chambre a une superficie comprise entre 15,3 m<sup>2</sup> et 16,5 m<sup>2</sup>, à l'exception d'une chambre située en bout d'aile, destinée aux personnes à mobilité réduite, d'une surface de 18 m<sup>2</sup>. La hauteur sous plafond des chambres est de 2,65 m. Un détecteur de fumée est installé dans chaque chambre. Les sols sont en résine. La fenêtre, de 1,56 m de hauteur et de 0,71 m de largeur, n'est ouverte par le personnel que pour aérer la chambre, en l'absence des patients. Le volet déroulant est commandé par le personnel depuis une des deux armoires électriques installées dans des corridors pour chaque côté des chambres<sup>5</sup>. Il n'existe ni grille, ni barreau aux fenêtres des chambres. L'éclairage est assuré par deux appliques électriques de sécurité disposées à l'angle des murs latéraux opposés et du plafond qui, selon les mots d'un patient, « ressemblent à des projecteurs ». Le plafonnier de la salle d'eau est en revanche de configuration classique.

Le mobilier – lit, tablette et tabouret – est fixé au sol. Le lit à structure métallique est doté de points d'accrochage pour les sangles de contention. Le sommier est à grille. La tablette, de 0,70 m sur 0,50 m, est fixée le long du mur. Aucune armoire ne se trouve en chambre. Les effets personnels sont rangés dans un casier nominatif de l'armoire installée à l'entrée de l'aile d'hébergement. Le patient ne dispose pas de la clef de son casier, les mouvements étant assurés par le personnel en sa présence.

<sup>4</sup> Ce corridor, qui renferme les gaines techniques des appareils sanitaires, est aussi utilisé pour permettre l'évacuation des personnes en cas d'incendie.

<sup>5</sup> La commande des interrupteurs électriques prévus pour les éclairages et les prises de courant s'effectue depuis ces mêmes armoires.

Une salle d'eau occupe un angle de chaque chambre, avec une douche à l'italienne, un wc, un lavabo avec miroir non déformant. Le sol est carrelé. Une prise de courant permet d'utiliser un rasoir électrique. Les alimentations d'eau peuvent être coupées, sur prescription médicale, si un patient est atteint de potomanie. La porte du coin toilette est percée dans la verticalité d'une vitre. Un judas permet au personnel de voir la salle d'eau depuis le couloir.

Le personnel ne dispose pas de moyen de réguler la température des chambres notamment pour augmenter le chauffage, comme cela aurait été utile le jour du contrôle.

Le système de ventilation des chambres est bruyant. Il a été indiqué que cela gênait certains patients dans leur sommeil.

Au moment de la visite, aux alentours de 16h, deux patients se trouvaient dans leur chambre : le premier à sa demande, le second dans le cadre de mises à l'écart périodiques justifiées par des passages à des actes hétéro-agressifs.

En périphérie de l'unité, **trois chambres d'isolement** à double accès sont alignées le long d'un couloir. Chacune, d'une superficie de 15,6 m<sup>2</sup>, comprend, en angle, une salle d'eau avec WC et lavabo. La douche est prise dans la chambre attribuée au patient et conservée dans l'aile d'hébergement pendant son séjour en isolement. Le lit disposé au centre de la pièce est fixé au sol. Le sommier est à planche. Des points d'accrochage sont prévus pour les sangles de contention.

Dans le prolongement des chambres d'isolement, une **cour** dite de déambulation, de forme pentagonale, d'une superficie d'environ 80 m<sup>2</sup>, permet aux personnes de sortir de leur chambre quatre fois dans la journée (9h, 12h30, 15h30 et 19h) pour une dizaine de minutes. La cour est entourée d'un grillage avec pare-vue et bas-volet. Elle est équipée d'un store déroulant au-dessus d'un banc et d'un cendrier en pierre.

#### 4.1.1.3 Les personnels

Les personnels sont affectés spécifiquement à l'unité. L'effectif comprend :

- Un psychiatre, responsable de l'unité d'admission mais également de l'unité d'ergothérapie. L'unité ne dispose pas d'interne qui lui soit dédié.
- un médecin somaticien intervenant dans les trois unités ;
- un cadre de santé ;
- dix-huit personnels soignants de jour – quatorze infirmiers dont dix infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et quatre aides-soignants (AS) –, treize hommes et cinq femmes, ce qui correspond à l'équilibre souhaité entre personnels masculin et féminin. Jusqu'en novembre 2010, l'unité comptait vingt personnels soignants ;
- sept personnels soignants de nuit – cinq infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) et deux aides-soignants –, tous de sexe masculin ;
- trois agents des services hospitaliers (ASH), deux femmes et un homme ;
- une assistante sociale, attachée à temps plein pour l'ensemble de l'UMD ;
- une psychologue, à mi-temps sur l'UMD.

Tous les jours, y compris en fin de semaine, quatre soignants sont présents le matin, entre 6h et 14h et quatre autres, l'après-midi entre 13 et 21h. Un agent supplémentaire est

prévu en principe pour assurer un service de journée ; selon les indications recueillies, le poste serait fréquemment supprimé, compte tenu des disponibilités du service.

Le cadre de santé organise le service de manière à ce que soient présents au moins deux personnels infirmiers et deux personnels masculins dans chaque service. La nuit, entre 21h et 6h, trois agents sont de service, dont deux infirmiers.

Il n'existe pas de temps de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit en début et en fin de journée, les agents rencontrés ayant indiqué « prendre sur leur temps » afin de communiquer avec leurs collègues lors des relèves pendant une quinzaine de minutes. Le temps de transmission est en revanche organisé à la mi-journée.

Une réunion clinique hebdomadaire a lieu le jeudi, associant le psychiatre, le psychologue, les personnels soignants de l'unité présents et un ou deux représentants de l'unité d'ergothérapie.

Chaque mois, une réunion de fonctionnement est organisée par le cadre de santé de l'unité.

Des rencontres périodiques « inter unités » ont lieu pour aborder un cas clinique révélateur d'une complexité ou d'une problématique particulière.

Il a été indiqué qu'il y avait peu de mutations parmi le personnel soignant de l'unité. Les personnels rencontrés ont fait valoir leur forte cohésion.

Les personnels portent en permanence leur appareil dit de protection du travailleur isolé (PTI).

Le tutoiement et l'interpellation des patients avec leur prénom sont d'usage dans l'unité.

#### **4.1.2 L'unité « l'Olivier »**

##### **4.1.2.1 Présentation**

L'unité de « l'Olivier », ou unité B, est l'une des trois unités d'hébergement de l'UMD installée sur le site de Bel Air-Sainte-Catherine. Il s'agit d'une unité de séjour et de sortie qui reçoit, pour la plupart, des patients en provenance de l'unité de « l'Amourié » dont les troubles sont en voie de rémission, mais aussi certains de l'unité du « Coudrier » dans le cadre de « passage de relais entre les équipes ».

Le **projet médical** consiste en une prise en charge thérapeutique dans une unité moins sécurisée, une fois atteinte une certaine stabilité dans le comportement. L'arrivée dans l'unité, comme dans celle du « Coudrier », marque « le franchissement d'une étape » pour un patient qui entrevoit dès lors l'échéance de la commission de suivi médical. Il a été indiqué que les patients percevaient un changement d'ambiance à leur arrivée dans cette unité : « ici, il y a moins d'entrée, moins de personnes isolées, moins de personnel masculin, moins de rapport de force, moins de tension ».

Le médecin responsable de l'unité est aussi en charge de l'unité du « Coudrier » et décide de l'affectation d'un patient sortant de l'unité de « l'Amourié » en fonction des places disponibles et de la recherche d'équilibre entre les groupes de patients présents. Il a été indiqué que les patients détenus ne faisaient pas jusqu'alors l'objet de règles particulières d'affectation ; néanmoins, la lourdeur du dispositif d'accompagnement mis en œuvre au moment de la présentation devant le juge des libertés et de la détention conduit aujourd'hui

à prendre en compte la situation des personnes détenues afin de répartir cette charge entre les personnels des différentes unités.

Les cadres de l'unité se préoccupent aussi de la **sortie** de leurs patients en maintenant un contact avec l'hôpital d'origine qui a vocation à le reprendre au terme du séjour en UMD. Ce lien est établi dès l'admission dans l'unité qui s'enquiert d'éléments de biographie des arrivants. Lorsque la sortie est prévue par la commission de suivi médical, l'unité propose un entretien téléphonique entre le patient et un membre du personnel de l'hôpital de réaffectation, voire de venir à « l'Olivier » pour le rencontrer. A l'occasion de l'arrivée de l'extérieur d'un malade vers l'UMD, il est proposé aux personnels assurant le transport de visiter l'unité.

Le document concernant les **règles de vie** de l'unité indique en préambule : « Dans le cadre de la convention européenne des droits de l'homme et de la constitution, le patient est avant tout un citoyen avec ses droits fondamentaux : droit au respect et droit d'accès aux soins. Cependant l'accueil en UMD restreint votre droit d'aller et venir et règlemente votre hospitalisation ».

La capacité de l'unité est de **quinze lits** dans quinze chambres individuelles et une chambre d'isolement. Comme à « l'Amourié », la chambre d'un patient placé provisoirement en isolement lui est conservée pendant toute la durée de son placement.

Le jour du contrôle, treize personnes y étaient hospitalisées, dont une en chambre d'isolement. L'unité comptait deux patients détenus dans le cadre des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale ; aucun patient n'était admis à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale (« HO judiciaire ») en vertu de l'article L.3213-7 du code de la santé publique.

La plus longue hospitalisation concernait un patient hospitalisé depuis l'ouverture de l'unité, soit le 15 novembre 2010, c'est-à-dire depuis une année. Le patient le plus âgé avait 57 ans.

#### 4.1.2.2 Les locaux

L'unité de « l'Olivier » occupe la partie Ouest de l'enceinte du site de Bel Air-Sainte-Catherine. Entièrement reconstruite, l'unité a repris son activité le 15 novembre 2010, soit un peu plus d'une année avant le présent contrôle. Comme l'unité de « l'Amourié », le bâtiment est de plain-pied ; il comporte une partie centrale incluant un secteur dédié à l'isolement des patients et desservant l'ensemble des autres locaux : sur la droite en entrant, une aile d'hébergement, sur la gauche, la cour de l'unité.

L'ensemble, neuf et propre, est en excellent état.

L'accès à l'unité s'effectue par un sas de 12,6 m<sup>2</sup>. La porte donnant sur l'intérieur de l'unité est vitrée. Une sonnette est installée au niveau de la porte d'entrée de l'unité.

Le sas ouvre aussi sur une salle de visites pour les familles, d'une superficie de 11,9 m<sup>2</sup> avec un cabinet de toilette pour les visiteurs. Une fenêtre donne sur l'extérieur. Les familles y accèdent donc directement sans pénétrer dans l'unité. La salle est aussi utilisée par le médecin ou la psychologue. Dépourvue de toute décoration, la pièce est meublée d'une table ronde et de quatre chaises. Les trois portes du sas sont fermées en permanence.

Le hall d'entrée a une superficie de 56,6 m<sup>2</sup>. Le long d'un mur, des casiers individuels servent à ranger les objets personnels des patients dont ils n'ont pas besoin en permanence de disposer. Les clés des casiers sont conservées par le personnel.

Le hall dessert l'ensemble des locaux suivants :

- le poste infirmier, d'une superficie de 16,5 m<sup>2</sup>, doté de trois baies vitrées permettant de visualiser l'ensemble de l'unité. Le bureau du cadre de santé de l'unité est positionné en retrait du poste infirmier ;
- une salle de détente pour le personnel d'une superficie de 9,6 m<sup>2</sup> ;
- une vaste salle, d'une superficie de 24,8 m<sup>2</sup>, dédiée aux soins et à la pharmacie. La présence d'un lit permet d'y procéder aux injections. Des sangles de contention sont attachées à un crochet fixé dans un mur. La porte de la pièce est pleine, ce qui garantit la confidentialité des soins ;
- un local de service pour les ASH, un local pour le linge sale et un pour le linge propre et le linge personnel des patients ;
- un couloir conduisant à **la chambre d'isolement** et à la cour de déambulation dédiée à cette dernière. La chambre, à accès double et d'une superficie de 16,5 m<sup>2</sup>, comprend, en angle, une salle d'eau avec wc et lavabo. Comme à « l'Amourié », la douche est prise dans la chambre attribuée et conservée dans l'aile d'hébergement. Le lit est aussi disposé au centre de la pièce avec des points d'accrochages pour la contention. Il n'existe aucun outil de traçabilité du recours à la chambre d'isolement autre que les prescriptions médicales classées au dossier du patient. Il a été indiqué que l'unité projetait d'en créer un, notamment afin de mesurer les fréquentes utilisations de la chambre par des patients détenus en dehors d'une prescription de placement en UMD ;
- la cour de la chambre d'isolement est identique à celle décrite dans l'unité de « l'Amourié » et comporte les mêmes équipements. Les personnes peuvent s'y rendre plusieurs fois par jour, sans que les heures et la durée soient figées ;
- un office, d'une superficie de 14,2 m<sup>2</sup>, complètement aménagé pour la préparation du petit déjeuner et le réchauffage des déjeuners et des dîners. Un réfrigérateur est dédié aux produits alimentaires que les patients s'achètent. La vaisselle et les couverts y sont nettoyés et rangés. Les patients disposent de fourchettes et couteaux pendant les repas ;
- une salle de vie, d'une superficie de 84 m<sup>2</sup>, dont le mobilier (tables, chaises et fauteuils) n'est pas fixé au sol. La pièce sert aussi de salle à manger, les tables étant rassemblées au moment des repas. Comme à « l'Amourié », le personnel est attentif à la composition des tablées.

Chaque patient a la clef de son casier individuel dans un meuble installé dans la pièce. Les contrôleurs ont noté le contenu des effets personnels laissés à la libre disposition de l'un d'entre eux : un pull, du tabac, un magazine, un stylo à bille, une paire de lunettes de soleil, une casquette et une serviette de table. L'entretien du casier s'effectue avec un soignant, comme ont pu le constater les contrôleurs pendant leur visite.

Un panneau d'affichage contient diverses informations, notamment les règles de vie de l'unité, le menu de la semaine et le plan de table pour les repas.

La configuration et l'ambiance de la salle de vie sont similaires à celles décrites pour l'unité de « l'Amourié ».

Comme à « l'Amourié », la salle dessert les quatre espaces suivants ;



- deux salles de télévision, d'une superficie respective de 19,8 m<sup>2</sup> et 12,1 m<sup>2</sup>, équipées de sièges, de fauteuils et, chacune, d'un téléviseur installé dans un meuble destiné à le protéger. Le personnel gère la télécommande. Une salle est plutôt dédiée au programme de télévision et l'autre, au visionnage de programmes enregistrés et à la diffusion de musique. L'unité a fait le choix de ne pas installer de console de jeux vidéo ;
- un local sanitaire à disposition des patients, comprenant deux wc dont un pour personne à mobilité réduite et un lavabo ;
- la cour, de forme pentagonale et d'une superficie de 380 m<sup>2</sup>, est accessible toute la journée en présence du personnel soignant. Comme à « l'Amourié », on y accède obligatoirement depuis la salle de vie dont la façade constitue un côté. La cour est fermée par un mur et, sur trois côtés, par une clôture grillagée. Deux côtés grillagés séparent la cour d'un saut-de-loup. La clôture est revêtue par endroit d'une toile constituant un pare-vue. La cour est équipée de tables et de bancs en bois, de fauteuils et de chaises. Elle dispose également du même type d'auvent déroulant qu'à « l'Amourié » et d'un panneau de basket-ball, des ballons (football et basket-ball) étant aussi fournis à la demande. Deux arbres agrémentent la cour ;
- l'aile d'hébergement, composée des quinze chambres et d'une salle de bains équipée d'une baignoire installée au milieu de la pièce.

Les patients n'ont pas la possibilité de prendre un bain, la pièce se caractérisant par la fraîcheur de la température et de son atmosphère ; la « salle de bain est vide et froide ». La pièce est en réalité utilisée comme un lieu de rangement à l'identique de « l'Amourié ». Les rasoirs personnels des patients, leurs flacons de parfum et leur nécessaire de toilette y sont entreposés.

La disposition des **chambres** dans l'unité, leur configuration, leur équipement et leur salle d'eau sont les mêmes qu'à l'unité de « l'Amourié ». Leur superficie est comprise entre 15,6 m<sup>2</sup> et 16,2 m<sup>2</sup>, à l'exception de celle, en bout d'aile, destinée aux personnes à mobilité réduite, d'une surface de 18 m<sup>2</sup>. Selon les informations recueillies, cette dernière n'a jamais été utilisée pour une personne circulant en fauteuil. La hauteur sous plafond des chambres est également de 2,65 m. Une horloge ronde est aussi installée entre chaque chambre, visible à travers les hublots vitrés des portes. Des patères servent à disposer les vêtements à l'entrée de chaque chambre. Celles-ci ne sont pas équipées d'un bouton d'appel, obligeant les patients en cas de besoin à taper dans les portes pour se signaler auprès du personnel.

A la différence de « l'Amourié », toutes les chambres ne sont pas dotées d'un deuxième accès ; cinq des quinze chambres en disposent. Les patients ont une armoire dans leur chambre. La clef ne leur est cependant pas laissée, l'ouverture de l'armoire s'effectuant en sa présence par le personnel « pour des raisons d'hygiène, afin que le linge propre et sale soit séparé ». Une corbeille à papier en plastique se trouve dans chaque chambre.

Les deux armoires des différentes commandes électriques sont installées dans deux corridors de passage (chacun pour un côté de chambres), situés quasiment au bout du couloir central, ce qui s'avère peu fonctionnel pour le personnel.

Comme dans les autres unités, le personnel ne peut régler la température du chauffage des chambres. Le système de ventilation des chambres y est aussi bruyant. Au moment de la visite, des odeurs d'égout étaient prégnantes au niveau de certaines chambres.

#### 4.1.2.3 Les personnels

Les personnels sont affectés spécifiquement à l'unité. L'effectif comprend :

- un psychiatre – responsable de l'unité et de celle du « Coudrier » – qui assure une présence quotidienne (le matin ou l'après-midi) et un interne, aussi en fonction à l'unité des Chênes verts.
- un médecin somaticien intervenant dans les trois unités ;
- une cadre de santé exerçant à 80 % ;
- dix-sept personnels soignants de jour – douze infirmiers (dont dix hommes) et cinq aides-soignants (dont trois hommes) ;
- cinq personnels soignants de nuit, quatre infirmiers dont trois hommes et un aide-soignant<sup>6</sup> ;
- trois agents des services hospitaliers (ASH) ;
- une assistante sociale, attachée à temps plein pour l'ensemble de l'UMD et présente dans l'unité une fois par semaine ;
- une psychologue, à mi-temps sur l'UMD.

Tous les jours, y compris en fin de semaine, quatre soignants sont présents le matin, entre 6h et 14h et quatre autres, l'après-midi entre 13 et 21h.

La cadre de santé organise le service de manière à ce que soient présents au moins deux personnels infirmiers et un personnel masculin dans chaque service. La nuit, entre 21h et 6h, deux personnels sont de service. Des fiches de postes définissent les fonctions des personnels soignants de jour et de nuit.

Comme à l'unité de « l'Amourié », les transmissions de consignes en début et en fin de journée ne se font pas sur leur temps de travail, les personnels acceptant de prendre leur service plus tôt. Entre 13h et 14h, le temps de liaison est en revanche organisé. En principe, la cadre de santé y assiste.

Une « relève élargie » a lieu le mardi avec la présence du psychiatre de l'unité et de la psychologue. Une réunion clinique est organisée une fois sur deux, dont l'une est réservée à l'examen de la situation d'un patient en particulier, soit un nouvel arrivant dans l'unité, soit en fonction d'un incident ou d'un questionnement. L'imminence d'un passage en commission de suivi médical n'est pas en tant que tel un motif d'inscription à l'ordre du jour de cette réunion clinique. Un compte-rendu est rédigé et versé au dossier médical du patient afin de servir de support à la rédaction des synthèses par le personnel soignant.

La cadre de santé organise périodiquement une réunion de fonctionnement. Il a été indiqué que ces réunions avaient été fréquentes dans les premiers mois suivant l'ouverture de l'unité.

---

<sup>6</sup> Compte tenu de deux temps partiel, l'effectif des personnels soignants est de 21,6 postes équivalent temps plein (ETP).

Aucun poste n'est vacant parmi le personnel soignant. Les infirmiers de l'unité sont tous des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), l'effectif ne comptant aucun infirmier de secteur psychiatrique (ISP). Le personnel soignant est composé, pour moitié, d'une part d'agents en provenance des autres unités de l'UMD, et d'autre part, de personnel venant d'autres services de l'établissement ou, par voie de mutation, d'autres centres hospitaliers.

Il a été indiqué que l'adhésion au projet de l'unité était primordiale « dans une logique de soin et non de gardiennage ». La volonté affirmée est d'évoluer en limitant autant que possible les contraintes de sécurité et les restrictions imposées aux patients ; en témoigne le fait que les patients ne soient plus contraints de marcher dans des chaussures sans lacet et puissent désormais prendre leurs repas avec l'ensemble des couverts.

Depuis l'ouverture de l'unité, seuls deux infirmiers ont quitté l'unité pour convenance personnelle.

Le tutoiement et l'interpellation des patients avec leur prénom sont aussi d'usage à « l'Olivier », malgré les recommandations de la cadre de santé qui vouvoie les personnes : « le vouvoiement permet un meilleur positionnement vis-à-vis du patient et une distance d'autant plus nécessaire qu'ici nous vivons longtemps ensemble et dans une grande proximité ».

### 4.1.3 L'unité « le Coudrier »

#### 4.1.3.1 Présentation

L'unité du « Coudrier », ou unité A, est l'une des trois unités d'hébergement de l'UMD installée sur le site de Bel Air-Sainte-Catherine. Comme l'unité de « l'Olivier », elle est une unité de séjour et de sortie, la plupart des patients provenant de l'unité de « l'Amourié » dont les troubles sont en voie de rémission. Certains patients viennent aussi de « l'Olivier » dans le cadre du « passage de relais » évoqué précédemment.

Le patient bénéficie à l'arrivée d'un accueil infirmier pendant lequel les règles de vie de l'unité et les activités sont présentées sans qu'un document lui soit remis. La personne retrouve ensuite ses vêtements – un inventaire en est fait – et découvre les locaux, notamment sa chambre et la salle à manger. Un premier contact est organisé avec les autres patients.

La capacité de l'unité est de **quinze lits** dans quinze chambres individuelles et une chambre d'isolement. Comme à « l'Amourié » et à « l'Olivier », la chambre d'un patient placé provisoirement en isolement lui est conservée pendant toute la durée de son placement.

Le jour du contrôle, quinze personnes y étaient hospitalisées, dont une en chambre d'isolement. L'unité comptait deux patients détenus dans le cadre des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale ; aucun patient n'était admis à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale (« HO judiciaire ») en vertu de l'article L.3213-7 du code de la santé publique.

La plus longue hospitalisation concernait un patient hospitalisé depuis le 27 décembre 2010, soit depuis plus d'une année. Le patient le plus âgé avait 49 ans.

#### 4.1.3.2 Les locaux

L'unité du « Coudrier » occupe la partie centrale de l'enceinte. Entièrement reconstruite, l'unité a repris son activité en janvier 2008. Le bâtiment est de plain-pied. La configuration de l'unité est identique à celle de « l'Olivier » avec une partie centrale incluant un secteur dédié à l'isolement des patients et desservant l'ensemble des autres locaux et de

part et d'autre, sur la droite en entrant, une aile d'hébergement et, sur la gauche, la cour de l'unité.

Les locaux, neufs et propres, sont aussi dans un excellent état.

L'accès à l'unité s'effectue par un sas de 11 m<sup>2</sup>. La porte donnant sur l'intérieur de l'unité est vitrée. Une sonnette est installée au niveau de la porte d'entrée de l'unité.

Le sas ouvre aussi sur une salle de visites pour les familles, d'une superficie de 11,9 m<sup>2</sup> avec un cabinet de toilettes pour les visiteurs. Une fenêtre donne sur l'extérieur. Les familles y accèdent donc directement sans pénétrer dans l'unité. Agrémentée par une plante verte, la pièce est meublée d'une table ronde, quatre chaises, deux fauteuils et un porte-manteau. Les trois portes du sas sont fermées en permanence.

Le hall d'entrée a une superficie de 51 m<sup>2</sup>. Le long d'un mur, des casiers individuels servent à ranger les objets personnels des patients dont ils n'ont pas besoin en permanence de disposer. Les clés des casiers sont conservées par le personnel.

Le hall dessert l'ensemble des locaux suivants :

- un poste infirmier, d'une superficie de 16,5 m<sup>2</sup>, doté de trois baies vitrées permettant de visualiser l'ensemble de l'unité. Le bureau du cadre de santé de l'unité est positionné en retrait du poste infirmier ;
- une salle de détente pour le personnel d'une superficie de 9,5 m<sup>2</sup> ;
- une vaste salle, d'une superficie de 24,8 m<sup>2</sup>, dédiée aux soins et à la pharmacie. La présence d'un lit permet d'y procéder aux injections. Des sangles de contention sont positionnées sur un crochet fixé dans un mur. La porte de la pièce est pleine, ce qui garantit la confidentialité des soins ;
- un local de service pour les ASH, un local pour le linge sale et un pour le linge propre et le linge personnel des patients ;
- un couloir conduisant à **la chambre d'isolement** et à la cour de déambulation dédiée à cette dernière. La chambre, à accès double et d'une superficie de 17 m<sup>2</sup>, comprend, en angle, une salle d'eau avec wc et lavabo. Comme dans les deux autres unités de l'enceinte, la douche est prise dans la chambre attribuée et conservée dans l'aile d'hébergement. Le lit est équipé avec des points d'accrochage pour les sangles de contention. Comme dans les autres unique, aucun outil de traçabilité du recours à la chambre d'isolement n'existe, autre que les prescriptions médicales classées au dossier du patient ;
- la **cour de la chambre d'isolement** est identique à celle décrite précédemment pour les deux autres unités. Les personnes peuvent s'y rendre quatre fois par jour pendant une quinzaine de minutes, la dernière sortie ayant lieu à 19h. A la suite d'un incident, le personnel soignant peut placement en chambre d'isolement ou raccompagner le patient dans sa chambre avec un appel au médecin qui décide sur place de la suite à donner. Il a été indiqué qu'une telle manière de faire ne s'inscrivait aucunement « dans une logique de sanction disciplinaire » ;
- un office, d'une superficie de 14,3 m<sup>2</sup>, identique aux autres offices des unités voisines. Un réfrigérateur est dédié aux produits alimentaires que les patients s'achètent. Comme à « l'Amourié », mais contrairement à « l'Olivier », les patients ne disposent, pendant les

repas, que d'une grande cuillère et non de couverts complets. Un couteau – unique pour l'office – peut être prêté sous la surveillance du personnel ;

- une salle de vie, d'une superficie de 86 m<sup>2</sup>, dont le mobilier (tables, chaises et fauteuils) n'est pas fixé au sol. Comme à « l'Olivier », la pièce sert aussi de salle à manger, les tables étant rassemblées au moment des repas. Un baby-foot est à la disposition des patients et des soignants. Comme dans les autres unités, un meuble à casiers individuels est installé dans la pièce et chaque patient en détient la clef.

La salle dessert les quatre espaces suivants :

- deux salles de télévision, d'une superficie respective de 19,8 m<sup>2</sup> et 12,1 m<sup>2</sup>, équipées, chacune, d'un téléviseur installé dans un meuble destiné à le protéger. Le personnel gère la télécommande. La plus grande salle, équipée de huit fauteuils, est plutôt dédiée au programme de télévision ; la plus petite est vouée à l'écoute de musiques. Comme à « l'Olivier », l'unité a fait le choix de ne pas installer de console de jeux vidéo ;
- un local sanitaire à disposition des patients, comprenant deux wc dont un pour personne à mobilité réduite et un lavabo ;
- la cour, de forme rectangulaire, d'une superficie de 360 m<sup>2</sup>, est accessible toute la journée en présence du personnel soignant. Comme dans les deux autres unités, on y accède obligatoirement depuis la salle de vie. La cour est fermée par un mur et, sur deux côtés, par une clôture grillagée qui la sépare d'un saut-de-loup. La cour est équipée de deux ensembles en bois faisant table et banc, d'un cendrier et d'une corbeille. Elle dispose également du même type d'auvent déroulant que dans les autres unités et d'un panneau de basket-ball, des ballons (football et basket-ball) étant aussi fournis à la demande. Deux arbres agrémentent également la cour ;
- l'aile d'hébergement est à l'identique de celle de « l'Olivier » avec ses quinze chambres et sa salle de bains. Les patients peuvent y prendre un bain, même si, comme ailleurs, la température de la pièce est fraîche. Les rasoirs personnels des patients et autres produits personnels de toilette y sont entreposés.

La disposition des **chambres** dans l'unité, leur configuration, leur équipement et leur salle d'eau sont les mêmes que à l'unité de « l'Olivier ». Leur superficie est, selon, de 15,1 m<sup>2</sup>, 15,6 m<sup>2</sup>, 16,2 m<sup>2</sup>, 16,5 m<sup>2</sup> et 18 m<sup>2</sup> pour celle destinée aux personnes à mobilité réduite. La hauteur sous plafond des chambres est également de 2,65 m. Les chambres ne sont pas non plus équipées d'un bouton d'appel. Le personnel accepte que le patient décore sa chambre avec des photographies personnelles ou de magazine, à condition d'utiliser une gomme ne laissant pas de trace aux murs.

Des horloges de petites dimensions sont installées entre chaque chambre, les aiguilles phosphorescentes permettant en principe de lire l'heure dans la pénombre.

Comme à « l'Olivier », toutes les chambres ne disposent pas d'accès double – dix des quinze chambres en sont dotées. Mais à la différence de cette dernière unité, les patients conservent la clef de l'armoire de leur chambre.

Les deux armoires des différentes commandes électriques sont installées dans deux corridors de passage (chacun pour un côté de chambres) en milieu d'aile.

Comme dans les autres unités, le personnel ne peut régler la température du chauffage des chambres.

#### 4.1.3.3 Les personnels

Les personnels sont affectés spécifiquement à l'unité. L'effectif comprend :

- un psychiatre – responsable de l'unité et de celle de « l'Olivier » – qui assure une présence quotidienne (le matin ou l'après-midi) ;
- un médecin somaticien qui intervient dans les trois unités ;
- un cadre de santé ;
- vingt et un personnels soignants de jour – dix-huit infirmiers et trois aides-soignants – dont huit femmes ;
- cinq personnels soignants de nuit, trois infirmiers dont une femme et deux aides-soignants ;
- trois agents des services hospitaliers (ASH), de sexe féminin ;
- une assistante sociale, attachée à temps plein pour toutes les unités du pôle ;
- une psychologue, à mi-temps sur l'UMD.

Tous les jours, y compris en fin de semaine, quatre soignants sont présents le matin, entre 6h et 14h et quatre autres, l'après-midi entre 13 et 21h. Un aide-soignant assure en plus son service entre 8h et 16h30.

Le cadre de santé organise le service de manière à ce que soient présents au moins deux personnels infirmiers et deux hommes à chaque service. La nuit, entre 21h et 6h, deux soignants sont de service.

Comme à « l'Amourié » et à « l'Olivier », les transmissions de consignes en début et en fin de journée ne se font pas sur leur temps de travail, les personnels acceptant de prendre leur service plus tôt. Entre 13h et 14h, le temps de liaison est en revanche organisé pendant le temps du repos en chambre des patients.

La relève du lundi s'effectue en présence du psychiatre de l'unité et la situation de tous les patients est abordée. La même réunion clinique a lieu le mardi avec la psychologue mais en l'absence du psychiatre. Un lundi par mois, deux soignants désignés à l'avance présentent la situation de deux patients, généralement choisis « pour avoir défrayé la chronique » notamment dans la perspective d'un passage en commission de suivi médical. Il n'est pas rédigé de compte-rendu.

La cadre de santé organise environ une fois par mois une réunion de fonctionnement au moment de la relève. Les personnels de nuit y sont invités mais il a été indiqué qu'ils n'y participaient pas. Un compte-rendu, rédigé en des termes « télégraphiques », est effectué et diffusé notamment sur le site Intranet de l'hôpital.

Dans les mois ayant suivi l'aménagement dans les nouveaux locaux de l'unité, une supervision pour les personnels avait été mise en place pour aider les personnels à affronter les difficultés auxquelles ils étaient alors confrontés. Le dispositif s'est arrêté avec la stabilisation de l'unité.

Aucun poste n'est vacant parmi le personnel soignant.

En 2011, l'unité a connu quatre départs dans le cadre de mutation administrative pour convenance personnelle et trois arrivées. L'équipe a été sensiblement rajeunie : il ne reste

que trois ISP parmi le personnel infirmier et seuls cinq soignants exercent à l'unité depuis sa réouverture.

Après publication du poste vacant et de son descriptif précis (cinq pages) sur le site Intranet, les postulants sont reçus en entretien individuel par le cadre supérieur de santé et le cadre de santé de l'unité. Un document intitulé « Rappel des fondamentaux » est remis aux personnes nouvellement affectées dans une unité de l'UMD. Après avoir rappelé les textes de référence (notamment le projet médical), le document, sur deux pages, présente les règles d'organisation et définit un code de bonne conduite.

Comme dans les autres unités, le tutoiement et l'interpellation des patients avec leur prénom sont d'usage pour les soignants du « Coudrier », même s'il a été indiqué que le vouvoiement était plutôt recommandé par l'encadrement.

#### **4.1.4 La vie quotidienne dans les unités : « l'Amouré », « l'Olivier » et « le Coudrier »**

Un document intitulé « Des Règles de vie » est établi dans chacune des unités : à « l'Amouré », le document de trois pages est remis à l'arrivée pour informer les patients des règles de vie de l'unité. Il énumère onze points<sup>7</sup> et est signé par l'« équipe infirmière (qui) vous souhaite un séjour constructif et évolutif » ; à « l'Olivier », les quatre pages ne sont remis à un patient qu'à sa demande mais sont affichées dans la salle de vie ; il en est de même pour le document de six pages concernant le « Coudrier ».

Dans toutes les unités, les patients se trouvent en journée à l'extérieur de leur chambre à l'exception des moments de toilette et de sieste. A la suite d'une visite du comité européen de prévention de la torture (CPT) effectuée en 1996, les patients se retirent en chambre pour bénéficier d'un moment d'intimité entre 12h45 et 13h45 aux unités de « l'Amouré » et du « Coudrier », entre la fin du repas et 14h à « l'Olivier ». La sieste n'est pas exclusive de « l'isolement séquentiel » prescrit par le médecin, permettant un retour momentané en chambre en cas de besoin. En chambre, les patients peuvent écrire, lire et disposer de matériel pour écouter de la musique, notamment avec des MP3. Un gobelet est autorisé en chambre. Les chambres sont toujours fermées lorsque les patients s'y trouvent.

Au moment du contrôle, « l'Olivier » mettait en place, le week-end, des activités – notamment sportives dans la salle de sport de l'unité d'ergothérapie – afin que les patients puissent sortir de leur chambre avant 9h et ne pas y rester pour la sieste jusqu'à 15h ; sur les créneaux de 8h à 9h et de 14h à 15h, deux personnels accompagnent alors les patients et deux restent dans l'unité. De même, deux patients ont de temps en temps la possibilité de regarder la télévision en soirée avec les personnels de nuit. Ces initiatives créent une réelle dynamique au sein de l'unité.

En plus de la télévision (et de la console de jeu à l'unité de « l'Amouré »), les patients peuvent jouer entre eux et avec le personnel à différents jeux de société. Lors de la visite à « l'Amouré », un patient faisait de la peinture, un autre écrivait ; à « l'Olivier », un patient construisait un puzzle avec un soignant. Quelques livres, mais surtout des magazines apportés par le personnel, sont à disposition, en plus d'un exemplaire du journal *La Provence* auquel chaque unité est abonnée. Il est possible de jouer au ballon dans la cour.

---

<sup>7</sup> Les soins, l'hygiène de vie, le comportement, les visites, les repas, le tabac, la nourriture, l'argent, le courrier, le téléphone et les cultes.

Le planning hebdomadaire des activités d'ergothérapie et de sport, avec le nom des participants et le type d'activité, est affiché dans chaque unité.

Huit sorties thérapeutiques d'une journée ont eu lieu en 2011 à « l'Amourié » et une sortie était prévue pour la fin du mois 2012. Il a été indiqué dans cette unité que la suppression fréquente du poste de journée restreignait les possibilités d'accompagnement des patients, dans la mesure où une sortie n'est pas organisée quand trois hommes n'y sont pas présents. A « l'Olivier », un séjour à l'extérieur a été organisé en 2011, au Grau-du-Roi (Hérault). Les sorties se font essentiellement à la mi-journée et consistent en un déjeuner au restaurant ou un achat dans un magasin.

Un budget de vie sociale est alloué à chaque unité. D'un montant de 1 600 euros en 2011, il a permis à l'unité de « l'Olivier » d'acheter du matériel pour les activités et de financer le séjour et le « repas festif » de fin d'année.

La plupart des patients fumaient au moment du contrôle. Aucun briquet n'est à disposition des patients qui s'adressent au personnel présent. L'interdiction de fumer à l'intérieur était respectée, sauf au moment de l'allumage de cigarette par le personnel où il a été constaté que cela pouvait se faire dans la salle de vie de l'unité. Toutes les cours sont dotées de cendriers. Il a été indiqué que la présence de produits stupéfiants était rarement constatée et qu'il n'y avait jamais eu de projections sur les cours depuis l'extérieur. Le personnel s'est dit vigilant à la suite d'une visite.

Avec leurs moyens propres, les patients peuvent procéder à des commandes hebdomadaires de certains produits, notamment alimentaires et de tabac, sous le contrôle et avec l'aide du personnel. Les patients ne disposent pas d'espèces ou d'autres moyens de paiement. Le régisseur budgétaire de l'établissement reçoit la facture détaillée des achats de chaque patient établie par le personnel soignant et procède au virement des sommes correspondantes à « la banque des malades du Centre Hospitalier de Montfavet » qui paie les fournisseurs. Le régisseur transmet chaque mercredi un relevé de compte individuel. Les commandes sont anonymes, un numéro étant attribué à chacun des patients.

L'unité de « l'Amourié » ne propose pas aux patients de liste de produits mis en vente. Pour déterminer le montant de la somme d'argent à débiter, le personnel se réfère aux prix des produits achetés lors de commandes précédentes. Le document comportant les règles de vie de l'unité indique que les achats de nourriture ne concernent que les denrées non périssables ne nécessitant ni cuisson, ni préparation. Une note de service du 19 janvier 2010 affichée dans l'unité précise que le chocolat est interdit et limite les achats d'épicerie à « deux articles de même catégorie (ex : deux paquets de biscuits, deux gels douche, etc.) ». Les achats de tabac/librairie/papeterie sont aussi limités à cinq articles (une cartouche de cigarettes ou cinq paquets). Les revues à caractère érotique sont autorisées, mais seulement en chambre.

« L'Olivier » a en revanche rédigé une fiche des commandes hebdomadaires. Pour l'épicerie, les produits autorisés<sup>8</sup> le sont « pour agrémenter le petit-déjeuner ». « Toute commande est établie en fonction et dans le respect du régime alimentaire prescrit du patient ». Les quantités sont commandées pour la semaine et le personnel en limite la consommation quotidienne. Les chewing-gums sont interdits. Cinq articles au maximum,

<sup>8</sup> « Paquet de biscuits secs sucrés), paquet de pains au chocolat (1 max) ou paquet de croissants (1 max) ou de brioches (1 max), fruits secs sans noyaux, compotes individuelles (par 6) et une bouteille de jus de fruit (1 l) ».



« quelle que soit la grandeur du paquet », peuvent être achetés. Cependant, les produits d'hygiène ne comptent pas dans le nombre d'articles de la commande. Pour le tabac, les patients peuvent commander par semaine dix paquets de cigarettes ou quatre paquets de tabac à rouler ou cinq boîtes de cigare. Des revues et des journaux (cinq au maximum), des piles, des stylos et des blocs de feuilles sont également mis en vente.

Le « Coudrier » a également établi une liste commune pour les achats hebdomadaires et les apports familiaux. La quantité autorisée est limitée à cinq articles. Les produits alimentaires concernent les boissons<sup>9</sup>, des aliments sucrés<sup>10</sup> et des aliments salés<sup>11</sup>.

La commande maximale pour les cigarettes est également de dix paquets.

Les commandes sont passées le mercredi. Les achats sont effectués chez deux commerçants du village de Montfavet : un débit de tabac faisant librairie et papeterie et une épicerie (*Spar*), ce dernier livrant les produits à la porte de l'UMD, ce qui constitue une commodité pour l'hôpital. Le premier fournisseur livre le jeudi ou le vendredi et le second, le samedi matin.

Il a été indiqué que les prix pratiqués par *Spar* étaient nettement plus élevés que dans les grandes surfaces. Contactée, une de ces dernières (*Auchan*) ne s'est pas déclarée intéressée pour assurer cette prestation.

Bien qu'ayant été associé au projet architectural, le personnel a indiqué, pour l'ensemble des unités du site de Bel Air-Sainte-Catherine, certaines erreurs de conception – liée notamment à la solidité de cloisons ou de mobiliers n'ayant pas résisté à certaines situations de crise – et des défauts de fonctionnalité. Une somme de 10 000 euros a été investie après l'ouverture des trois unités rénovées pour procéder à la sécurisation de certains équipements, notamment les armoires des chambres pour en rendre plus difficile la prise par les patients et pour en renforcer les serrures. Les douches ont dû être aussi reprises dans toutes les unités du fait d'une mauvaise inclination de la pente ne permettant pas un écoulement correct et provoquant au contraire des inondations.

Il est à noter enfin qu'il n'existe aucune vidéosurveillance à l'intérieur des unités, du fait d'une position de principe arrêtée par l'hôpital. Il existe seulement quatre caméras qui filment les abords, le sas des véhicules et la cour d'entrée de l'UMD, les écrans de contrôle étant positionnés au niveau de la conciergerie.

Deux autres unités d'hébergement sont installées dans la partie principale du CH : « les Chênes Verts » et les « Tilleuls ».

#### 4.1.5 L'unité « les Chênes Verts »

##### 4.1.5.1 Présentation

L'unité est située dans un bâtiment sur deux étages dans l'enceinte même du centre hospitalier. Elle occupe une superficie globale de 1 050 m<sup>2</sup> et sa capacité d'accueil est de **seize lits et une chambre d'isolement**.

<sup>9</sup> « 1 l de jus d'orange ou d'eau gazeuse ».

<sup>10</sup> « Pain au chocolat/Croissant, céréales, tablette de chocolat, pruneaux dénoyautés, compote, fruits secs, confiture allégée, fruits en conserve, gâteaux secs », le tout limité à un paquet ou un pot.

<sup>11</sup> « Corned-beef, pâté, ketchup, maquereaux, sardines, anchois, brandade de morue, thon, salade, olives dénoyautées, cornichons », le tout limité à une boîte, un sachet ou un pot.

Au jour de la visite, quinze patients y étaient hospitalisés. Trois l'étaient au titre de l'article D.398 du code de procédure pénale. Parmi ces derniers, deux étaient condamnés et un était prévenu.

Trois patients n'avaient aucune ressource. Les autres patients percevaient l'allocation d'adulte handicapée<sup>12</sup>. Deux d'entre eux recevaient une allocation diminuée à cause de retenues dues au remboursement de dettes accumulées avant leur hospitalisation.

L'unité est dédiée en priorité à la préparation au retour en service sectoriel d'hospitalisation d'origine des patients. Les règles qui régissent les UMD prévoient qu'une fois l'avis favorable de la commission de suivi médical rendu, un arrêté préfectoral de levée du placement à l'UMD est pris et qu'à compter de cette décision, le retour du patient dans son secteur d'hospitalisation d'origine doit s'exercer dans les vingt et un jours. Lors de la visite, un patient, pour lequel la commission de suivi s'était prononcée favorablement depuis cinq ans, séjournait toujours aux « Chênes Verts ». Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs que les arrêtés préfectoraux, concernant les patients dont la commission de suivi du 6 décembre 2011 avait donné un avis favorable, n'étaient toujours pas parvenus à l'unité.

L'unité accueille des patients des autres unités dont les troubles sont en voie de rémission. Il est toutefois indiqué aux contrôleurs qu'il n'est pas toujours possible d'accueillir, faute de lits disponibles, tous les patients des unités du « Coudrier » et de « l'Olivier » qui sont stabilisés et qui peuvent prétendre à un retour vers leur établissement de santé d'origine. Il est également souligné que certains patients sont orientés vers cette unité afin de rompre avec celles où ils sont installés depuis trop longtemps avec un risque de « chronicisation ».

#### 4.1.5.2 Les locaux

Au sous-sol, se trouvent le vestiaire et la salle de détente des personnels, des sanitaires et une salle d'activités. Seuls les personnels soignants sont autorisés à utiliser l'entrée de plain-pied pour regagner leur vestiaire. Toutefois, un ascenseur à ce niveau peut permettre l'accessibilité à l'étage des personnes à mobilité réduite.

La salle de détente des personnels ne peut être utilisée par les soignants car sa localisation est trop éloignée des lieux de vie des patients. Dans les faits, la salle à manger des patients fait office de lieu où les soignants peuvent prendre une boisson chaude.

Les patients empruntent un escalier de quelques marches pour arriver au premier niveau. Une porte avec interphone permet l'entrée au visiteur. L'espace de vie des patients est regagné, une fois passés, sur la droite, la salle de visites et sur la gauche, le bureau infirmier. Ces deux derniers sont vitrés à mi-hauteur. Le bureau infirmier fait face à la porte d'entrée de l'espace de vie. Sur sa gauche, en sortant, au bout d'un couloir de 2 m, se situe la première entrée de la chambre d'isolement et celle du poste de soins, très exigu, ne pouvant permettre une consultation du médecin somatique. Deux autres entrées vers la chambre d'isolement et le poste de soins sont accessibles de l'espace de vie des patients.

Toutes les portes sont ouvertes par les soignants, en utilisant une clef.

Durant la visite des contrôleurs, il a été constaté que la salle de visites était utilisée pour les entretiens des soignants avec les patients. Cette salle permet la confidentialité des propos

---

<sup>12</sup> Soit 220 euros par mois.

qui s'y tiennent tout en permettant la visibilité de ce qui s'y passe du bureau des infirmiers, « ce qui assure la sécurité des intervenants ».

La superficie du lieu de vie est de 42 m<sup>2</sup>. Deux espaces distincts y cohabitent : l'un, accolé à la salle à manger avec une entrée directe sur la cour, est équipé de tables et de chaises où les patients prennent place pour écrire et jouer à des jeux de société ; l'autre comprend un baby-foot et d'autres tables et chaises. Des casiers situés dans ce deuxième espace permettent aux patients d'entreposer leurs effets personnels. Les deux salles de télévision de même dimension (8 m<sup>2</sup>) sont situées dans le prolongement du deuxième espace, séparées de lui par une cloison en partie vitrée et par une cloison pleine entre elles. Ces deux salles sont équipées de postes de télévision dont il est indiqué aux contrôleurs la petitesse des écrans et la difficulté de régler le son. Des fauteuils sont disposés dans ces salles. Dans l'une des salles, ils sont éventrés.

La salle à manger d'une superficie de 29 m<sup>2</sup> est séparée du lieu de vie par des cloisons vitrées à mi-hauteur comme toutes les cloisons de séparation d'espace existantes le sont : « en UMD, il est important que de n'importe quel endroit où le soignant se trouve, il y ait une visibilité sur les patients et les collègues ». Cette salle n'est pas insonorisée.

La salle à manger est aménagée de cinq tables et chaises, une étant réservée aux soignants qui partagent les repas avec les patients. Un réfrigérateur et des placards avec des étagères sont à disposition des patients qui peuvent y ranger les produits alimentaires qu'ils ont commandés. L'espace de la salle à manger se rétrécit au fond permettant l'intégration d'un office avec évier, lave-vaisselle, four à micro-ondes et meuble de rangement pour les couverts et assiettes. Ce sont les patients qui débarrassent les tables. Il est indiqué aux contrôleurs que depuis un an, les patients mangent avec des couverts : « avant, ils ne disposaient que d'une cuillère, réminiscence de ce qu'était l'UMD dans son fonctionnement carcéral ».

Un couloir d'accès, à gauche en entrant de la porte principale sur le lieu de vie, permet l'accès aux **chambres** des patients. Il longe une des cloisons vitrées de la salle à manger. Une fois franchie la porte d'accès du coin nuit, six chambres se répartissent tout du long d'un long couloir, trois d'un côté, trois de l'autre. La deuxième entrée dans la chambre d'isolement se situe à ce niveau qui est immédiatement accessible du local de veille de nuit des soignants. Ce dernier est placé au bout du couloir, à gauche lorsqu'on rentre dans l'espace de nuit.

La **chambre d'isolement**, d'une superficie de 11 m<sup>2</sup>, comprend un lit scellé au milieu de la pièce. Une cloison, du sol au plafond, sépare le wc en inox du reste de la pièce, ce qui permet au patient de ne pas être vu par les deux oculi des deux portes d'accès. Contrairement aux unités se trouvant dans le quartier « Bel Air-Sainte Catherine », la chambre d'isolement ne donne pas sur une cour de promenade. Le patient est autorisé à fumer devant la fenêtre qui est alors légèrement ouverte.

En face de l'espace de veille, à l'opposé, le couloir mène à l'escalier d'accès aux chambres du premier étage. Une buanderie comportant une machine à laver et un sèche-linge, est située avant cet escalier. Il est indiqué qu'une fois arrivés dans cette unité, les patients retrouvent leurs vêtements personnels sauf pour la nuit où le port du pyjama bleu fourni par l'hôpital est obligatoire. Le lavage de leurs vêtements se fait sur place, organisé par les ASH.

Des pendules sont alignées tout le long du couloir permettant à tous les patients de voir l'heure des oculi des portes de leur chambre et aussi de la chambre d'isolement : « il est important lorsqu'ils se réveillent la nuit qu'ils puissent voir l'heure ».

Trois chambres sont de surface identique : 20 m<sup>2</sup> dont 3,40 m<sup>2</sup> pour les sanitaires. Les trois autres chambres ont une superficie de 13,85 m<sup>2</sup> dont 2,50 m<sup>2</sup> consacrés aux sanitaires. Elles possèdent le même mobilier scellé au sol : lit, table et tabouret, petit étagère de nuit dans un angle et un bouton d'appel placé au-dessus du lit. Un panneau d'affichage permet aux patients d'y accrocher des photos ou des documents personnels. Sur les cinq chambres visitées par les contrôleurs, seul un des panneaux d'affichage contenait des photos de famille.

Des étagères sans porte sont fixées sur deux des murs de la pièce mais restent vides de tout objet. Les patients ne sont pas autorisés à y déposer leurs vêtements ou un objet quelconque à l'exception de revues ou de livres. Il est indiqué aux contrôleurs que ces règles sont édictées dans l'objectif de la prévention du suicide. Des draps et des couvertures sont pourtant remis à chaque patient qui doit refaire son lit chaque matin. Il est d'ailleurs veillé au rangement de la chambre chaque jour, avant son départ dans le lieu de vie. Selon les informations recueillies, « dans les unités du quartier Bel Air-Sainte-Catherine, les patients ne font pas leur lit et qu'ils ont du mal à reprendre des règles d'hygiène et de rangement, une fois arrivés dans cette unité ».

Les sanitaires dans chaque chambre sont équipés de WC, d'un lavabo avec un miroir fixé au-dessus, d'une douche à l'italienne mais placée entre les wc et le lavabo ce qui a pour conséquence d'inonder tout la surface des sanitaires lorsque le patient prend sa douche.

Les sanitaires sont bien séparés de la chambre et le patient ne peut pas être vu par l'oculus. Toutefois, un œilleton placé dans le couloir permet de le voir dans les sanitaires, en cas de besoin. « On n'entre jamais dans la chambre sans s'être assuré du comportement du patient ».

Le premier étage possède dix chambres sur le même mode de configuration, les cinq plus grandes d'un même côté du couloir et les cinq plus petites, de l'autre. Il est indiqué aux contrôleurs que les patients sont hébergés au premier étage en fonction d'une évolution jugée positive de leur adaptation dans l'unité. Lorsqu'ils sont admis dans l'unité, ils sont placés systématiquement au rez-de-chaussée.

Les chambres bénéficient de la lumière du jour. Si, elles donnent un effet aseptisé lorsqu'on y rentre, elles ne sont pas sinistres. Les portes des chambres sont toujours fermées par les soignants même occupées par les patients.

La cour, d'une surface de 855 m<sup>2</sup>, en accès direct avec l'espace de vie, est entourée d'un grillage renforcé de 5 m de haut environ, recourbé dans sa partie haute. Elle se divise en deux: une première partie caillouteuse, séparée par un muret, aménagée de trois tables de pique-nique et de quatre bancs, la deuxième partie en pente, très arborée par de grands pins. Un patient a composé des jardinières de fleurs qui sont disposées le long du muret. Un auvent en clayette de bois, très étroit, est installé au-dessus de la porte d'accès : « il ne sert à rien ». Lorsqu'il fait très chaud, les patients profitent de l'ombre des grands arbres. « Aussitôt la belle saison, les repas peuvent être pris dehors ».

#### 4.1.5.3 Les personnels

Au jour de la visite, les effectifs en personnel sont les suivants :

- un psychiatre à plein temps qui est le chef du pôle. Un interne en psychiatrie est affecté sur l'unité pour permettre un temps médical en continu. Il est indiqué aux contrôleurs que « le changement d'interne tous les six mois est préjudiciable au suivi du patient, et *à contrario* que ce changement est bénéfique car il permet un regard neuf sur le patient » ;

- 12,6 ETP d'infirmiers en journée ; 4,8 ETP pour la nuit ;
- 4 ETP d'aides-soignants pour le jour ; deux pour la nuit ;
- 3 ETP d'ASH, en journée.

Il n'existe pas de référent infirmier désigné pour chacun des patients.

Il n'y a plus de réunions de service programmées à un rythme défini dans l'unité : « elles se tiennent lorsqu'un besoin se fait ressentir ». Il est indiqué que les dernières ont tourné au pugilat. Trop de différences apparaissent dans la prise en charge d'un même patient ce qui aboutit à des contradictions entre professionnels : « ce qui est autorisé par l'un ne le sera pas par l'autre ».

Il n'a pas été obtenu de supervision des pratiques professionnelles pourtant demandé par le cadre de santé.

Des réunions cliniques ont lieu chaque semaine entre 13h et 14h.

#### 4.1.5.4 La vie quotidienne

Tous les soignants rencontrés témoignent d'un changement de pratique professionnelle dans la prise en charge des patients : « il y a encore dix ans, la sécurité à l'UMD prenait le pas sur tout ; avec la génération des nouveaux médicaments et la participation aux activités prescrites, le patient est mieux considéré ».

Il est indiqué aux contrôleurs un effort d'harmonisation des règles qui régissent la vie quotidienne de l'ensemble des unités de l'UMD.

L'accueil dans l'unité est préparé en amont par les soignants de celle que le patient quitte. Il arrive que ce dernier vienne passer un à plusieurs après-midis avant son admission définitive dans l'unité.

A son arrivée, il est reçu individuellement par deux infirmiers qui lui font visiter les locaux. A cette occasion, il reconnaît certains patients qu'il avait déjà vus dans sa précédente unité ou rencontrés à l'unité d'ergothérapie, « ce qui le rassure ».

Les règles de vie quotidienne sont affichées dans l'espace de vie.

La journée est rythmée par un lever du patient à 8h, un temps de repos – qu'il est indiqué aux contrôleurs comme non obligatoire après le repas (d'une heure et quinze minutes en semaine et de deux heures le week-end) –, d'un goûter à 16h30 et d'un coucher à 20h30. Deux patients sont autorisés à regarder la télévision le soir jusqu'à 22h30.

Aucun patient ne reste en chambre dans la journée mais il est accepté pour des patients de la regagner à leur demande lorsqu'ils ressentent un besoin de s'isoler du groupe. Durant la visite des contrôleurs, plusieurs patients ont ainsi regagné leur chambre pendant de courtes durées.

Il est indiqué aux contrôleurs que « les règles sont précises, que le fonctionnement d'une UMD est rigoureux sans jamais être rigide ».

Chaque mercredi, les patients peuvent commander selon une liste préétablie et unique pour toutes les unités, six produits alimentaires à l'exception de produits frais. Les commandes de tabac, de timbres et de papeterie sont également prises ce jour-là. La livraison et la distribution se font le lendemain pour le tabac et le samedi pour les produits alimentaires.

Sur les listes de commandes ne figurent aucun nom de patient afin de respecter leur anonymat lorsqu'elles arrivent aux fournisseurs.

Les termes « cantine » et « pécule » sont employés par les soignants ce qui d'après eux provient de l'héritage de l'historique des UMD.

Les patients peuvent se rendre accompagnés par un soignant à la cafétéria de l'hôpital. Ils peuvent également procéder à des achats de vêtements à la « friperie » située à proximité de la cafétéria. Ce projet de friperie a vu le jour en septembre 2011 ; elle est très appréciée des patients qui pour une modique somme peuvent acquérir des vêtements en très bon état.

Chaque patient a une étagère qui lui est attribuée dans un des deux placards situés dans la salle à manger où il peut entreposer ses produits alimentaires. Pendant l'heure des repas et du goûter, il peut les consommer, parfois en remplacement d'un aliment qu'il n'aime pas. Les produits alimentaires sont interdits dans les chambres. Il est indiqué aux contrôleurs qu'il est veillé à ce que les patients ne soient pas en surpoids mais qu'ils doivent se faire plaisir en consommant des gâteaux ou des sucreries mais de manière contrôlée. Les contrôleurs ont constaté que les patients présents n'étaient pas en excès de poids et qu'ils étaient plutôt désireux de communiquer avec eux : « les traitements médicamenteux sont ajustés afin de ne pas voir des patients somnolant ».

Les jeux et les lecteurs MP3 sont admis.

Avant le coucher, les patients doivent se mettre en slip, parfois en maillot de corps et slip, dans le couloir qui dessert leurs chambres. Ils ne sont pas autorisés à se déshabiller dans leur chambre. Un patient a interpellé les contrôleurs pour dénoncer le manque d'intimité et de respect qu'entraînait cette pratique, « d'autant que se déshabiller devant des infirmières qui sont de très jeunes femmes est très humiliant ». Une fois leurs habits ôtés, les patients doivent les déposer sur un portant où des cintres portent leur nom. Le slip est enlevé dans la chambre et une fois son pyjama mis, le patient doit mettre ses sous-vêtements dans une panier d'où ils seront retirés pour être lavés.

Une note datant du 25 juin 2006 ayant trait au respect de l'intimité des patients est affichée dans les couloirs. Elle rappelle que conformément aux recommandations de la Cour européenne des droits de l'homme<sup>13</sup>, une procédure est établie pour le lever et coucher des patients afin de respecter leur droit à l'intimité.

Il est indiqué aux contrôleurs qu'il doit être respecté les obligations de sécurité, condition *sine qua non* de la prise en charge thérapeutique au sein de l'UMD ; qu'il y a quelques années, un patient avait caché des pierres dans ses vêtements.

Les soignants rencontrés dans l'unité par les contrôleurs se sont pourtant tous élevés contre cette pratique qui perdure : « c'est une confrontation entre les pratiques des anciens et des nouveaux professionnels ».

Dans sa réponse, le chef d'établissement précise : « la pratique du déshabillage dans le couloir avait cours uniquement dans l'unité des Chênes Verts, les patients gardant leurs sous-vêtements. Dès ce constat, le cadre supérieur de santé et le cadre de santé ont mis en place un groupe de travail qui a permis d'uniformiser les pratiques au sein de l'ensemble des unités du pôle, à savoir le déshabillage en chambre puis le dépôt des vêtements sur des patères dans

---

<sup>13</sup> Recommandation du rapport du CPT - octobre 2006.

le couloir. Une procédure est en cours de rédaction et sera communiquée à l'ensemble du personnel des UMD. Parallèlement, l'encadrement portera une attention particulière pour éviter l'utilisation de termes à connotation carcérale. Le tutoiement fera l'objet également d'un rappel aux bonnes pratiques ».

Dans son courrier, le médecin-chef écrit : « l'utilisation de termes empruntés au milieu carcéral, résidu d'un passé révolu, continuera à être combattue mais les habitudes sont résistantes ».

#### 4.1.5.5 La prise en charge des patients

Il est indiqué aux contrôleurs que trois axes complémentaires sont développés en ce qui concerne les activités qui sont toutes qualifiées de thérapeutiques :

- des activités « occupationnelles » dans l'espace de vie : réalisation de puzzle, baby-foot, lecture du journal etc. Un abonnement au journal *La Provence* est d'ailleurs financé. Ces activités établissent des liens relationnels avec les patients au cours de la journée qui permettent d'évaluer leur comportement. Lors du premier jour de la visite, tous les soignants se tenaient avec les patients dans l'espace de vie et participaient à une activité ;
- des ateliers à médiation artistique et créative en fonction de supports manuels. : une salle d'activités, située au sous-sol, est utilisée par deux des infirmiers de l'unité pour proposer aux patients un atelier de réalisation de cartes (anniversaire, vœux, etc.). Il est précisé que cette activité n'existe pas à l'unité d'ergothérapie. Elle est prévue toutes les semaines mais en raison des effectifs infirmiers, elle ne s'est tenue de janvier à septembre 2011 que deux fois par mois. Le cadre de santé remplace un infirmier pour permettre à l'activité de se tenir. Les patients vendent leur production ce qui a permis en 2010 de reverser au comité hospitalier<sup>14</sup> une somme équivalente à 300 euros environ ;
- d'autres ateliers se tenaient également en 2010 : sophrologie, groupe de paroles, écriture. Il est indiqué aux contrôleurs que ces activités sont tombées en désuétude par manque d'effectifs de soignants dans l'unité mais également parce qu'il ne faut pas faire doublon avec des activités qui se tiennent dans d'autres lieux avec des encadrants mieux formés.

La salle d'activités était un des lieux d'ergothérapie avant que « l'Harmas » ne les regroupe en une seule plate-forme. Dans un premier temps, les soignants avaient eu à cœur de continuer à utiliser l'ancienne salle pour y mener leurs propres activités mais les effectifs pour les faire perdurer n'ont pas été attribués, d'où, peu à peu, leur disparition.

Au jour de la visite, tous les patients avaient des activités prescrites. Ils rejoignent « l'Harmas » par véhicule adapté au transport de neuf personnes, accompagnés par un infirmier vers les salles d'activité ouvertes à tous les patients de l'hôpital.

Lors de la visite, trois patients participaient à cinq ou quatre activités. Chacun des patients participe au moins à deux activités par semaine.

Les deux premières séries d'activités bénéficient d'un budget dédié aux « Chênes Verts » de 1 600 euros.

---

<sup>14</sup> Association loi 1901 dont l'objectif est le soutien des projets d'équipes soignantes proposés au comité hospitalier dans les domaines sociaux, culturels, artistiques et sportifs.

Il est indiqué aux contrôleurs que les mises en isolement dans l'unité sont rares. Il est même précisé qu'en six ans de présence d'un soignant, il a été procédé à quatre mises en isolement et en deux ans, à deux. Ces informations sont contradictoires avec celles recueillies auprès d'autres intervenants qui ont indiqué que dans ces trois derniers mois, il y a eu trois mises en isolement. En l'absence de tenue d'un registre, ces données ne sont pas vérifiables. Il est souligné, auprès des contrôleurs, que l'unité a connu, ces derniers mois, « des pressions pour accueillir des patients qui n'étaient pas suffisamment stabilisés ».

#### 4.1.6 L'unité « Les Tilleuls »

L'unité « les Tilleuls » est l'unité dans lesquelles sont hospitalisées les femmes. Elle comprend théoriquement **dix-huit lits avec une chambre d'isolement**. En pratique, une des chambres du premier étage a été transformée en petite salle d'esthétique.

Le jour de la visite de contrôle, quinze femmes étaient hospitalisées. L'âge de la patiente la plus âgée était de 48 ans. La patiente la plus récemment arrivée avait été admise le 15 décembre 2011. La patiente la plus ancienne dans l'unité était arrivée en 1997. Deux personnes étaient hospitalisées au titre de l'article D.398 du code de procédure pénale, la première depuis le 4 juillet 2011, la seconde depuis le 30 juillet 2011. La sortie d'une personne était prévue le 5 janvier 2012 ; elle devait retourner dans son hôpital d'origine, dans la Manche. Le taux d'occupation était de 60 % et la durée moyenne de séjour, de six mois.

En 2011, trente-deux femmes ont séjourné dans cette unité.

Les motifs les plus fréquents d'hospitalisation sont les psychoses schizophréniques, les psychoses maniaco-dépressives, les « états limites » et les séjours de rupture.

##### 4.1.6.1 Les locaux

Le bâtiment « les Tilleuls » en forme de L comprend un rez-de-jardin, un rez-de-chaussée et un étage. Ce bâtiment a été rénové en 2008.

On entre dans ce bâtiment de 1 290 m<sup>2</sup> par une porte grillagée en fer, muni d'un interphone. Une forte odeur nauséabonde règne dès l'entrée du bâtiment. Il a été précisé aux contrôleurs que ce problème existait depuis l'ouverture mais n'avait jamais été résolu.

Dans sa réponse, le chef d'établissement précise : « des travaux sont en cours pour y remédier ».

Dans le hall d'entrée se trouve un ascenseur qui dessert le premier étage. A l'étage se trouvent :

- à droite, un couloir menant à la salle de détente du personnel, au bureau administratif infirmier, à la salle de visites et aux espaces de vie communs ;
- à gauche, un petit couloir menant au bureau du cadre de santé, à un local de rangement et à un bureau médical. Ce couloir se prolonge en distribuant le poste de soins infirmiers, la chambre d'isolement qui lui fait face, huit chambres, une salle d'activités, des vestiaires et des sanitaires ;
- en face, un petit local dans lequel sont rangées les chaussures d'extérieur des patientes qui se déchaussent à leur entrée dans le bâtiment ;

Un *point phone* n'est pas utilisé.

La **chambre d'isolement** est une chambre à deux entrées. Elle est constituée de deux pièces contiguës comportant chacune une entrée donnant sur le couloir. La chambre en elle-



même d'une superficie de 12 m<sup>2</sup>, est meublée en son centre d'un lit en fer fixé au sol et d'un matelas. De cette chambre, on accède à une salle d'eau de 2,4 m<sup>2</sup>, comprenant une douche à l'italienne et un lavabo d'angle avec mitigeur, dépourvu de miroir. La fenêtre, grillagée, n'est pas dotée de poignée. La pièce est climatisée (climatisation réversible chaud/froid). Les volets roulants s'ouvrent de l'extérieur. Les commandes de la lumière et des volets sont dans la salle de soins, située juste en face. La pièce est éclairée, d'une part, par un plafonnier et, d'autre part, par un hublot situé en bas d'un mur. Cette chambre communique avec un sas de 7 m<sup>2</sup> équipé d'une petite table rectangulaire et d'un tabouret, l'ensemble étant scellé au sol. C'est dans cette pièce que les patientes prennent leurs repas. La fenêtre est également grillagée et sans poignée. Un local attenant aveugle comprend un wc à l'anglaise en inox. Il n'y a pas de dérouleur de papier toilette.

Aucune vidéosurveillance n'est mise en œuvre. La surveillance s'effectue par quatre œilletons extérieurs permettant de visualiser respectivement la chambre, le sas, la salle d'eau et les toilettes. Deux patères sont posées à proximité de la porte sur le mur extérieur. Les murs sont nus et ne sont pas dégradés.

Les **chambres** du rez-de-chaussée sont identiques entre elles. Elles disposent toutes d'une salle d'eau de 1,76 m<sup>2</sup> qui comprend des toilettes à l'anglaise sans abattant ni dérouleur de papier et d'un lavabo en angle avec mitigeur surmonté d'un miroir en verre « *sécurit* » non déformant. D'une superficie de 12 m<sup>2</sup>, elles sont équipées d'un lit en fer, d'une table et d'un tabouret scellés au sol. Les fenêtres, grillagées sont dépourvues de poignée. La lumière ainsi que les volets roulants sont commandés de l'extérieur dans des locaux techniques fermés à clefs.

Les sanitaires du rez-de-chaussée sont constitués de deux blocs de deux douches en bon état de 5,2 m<sup>2</sup> chacun. Les portes sont des portes de type « saloon » qui ne peuvent être fermées à clef. Le lavabo est peu utilisé compte tenu de la présence de lavabos dans les chambres.

Une salle d'activité de 36 m<sup>2</sup> est équipée d'un grand sac de frappe acheté en 2010, de deux espaliers en bois, de plusieurs tapis de danse et de gymnastique, d'une barre de danse classique surmontée d'un grand miroir, d'un meuble bas dans lequel se trouve du matériel hifi, un bureau et six chaises. Cette salle est animée par deux soignants pour les activités de relaxation et pour l'activité boxe pour une des patientes. Le yoga est assuré par l'équipe d'ergothérapie. Cette salle sert également pour les réunions de groupe de paroles des patientes animées par deux soignants et éventuellement les supervisions extérieures bimestrielles pour le personnel. De cette salle, on accède au vestiaire des personnels, à un local de rangement (raquettes, chaussures de sport, ballons...) et à un local sanitaire comprenant deux wc.

L'espace de vie commun du rez-de-chaussée est constitué d'une salle polyvalente, de deux salles de télévision, d'une salle à manger, d'une chambre dite de repos et de sanitaires. Cet espace est accessible par une double porte fermée à clef. Cette porte comprend une partie carrée vitrée occultée par un petit rideau extérieur. De cet espace, il n'y a donc pas de visibilité sur l'autre partie du bâtiment.

La salle polyvalente, d'une surface de 64 m<sup>2</sup> est également une salle d'activités éclairée naturellement par trois fenêtres grillagées sans poignée d'un côté, et d'une autre fenêtre sur le mur opposé. Une porte permet l'accès à une grande cour. Un grand miroir mural est disposé entre deux fenêtres. Vingt grands casiers individuels fermés à clefs permettent d'y entreposer des petites fournitures individuelles, du courrier, des friandises et des gobelets.

Deux salles de télévision en partie vitrées sont accessibles de la salle polyvalente par une porte qui n'est pas fermée à clef. La première salle (14 m<sup>2</sup>) est équipée d'un grand poste de télévision mural placé dans un meuble vitré fermé à clé, de deux banquettes constituées – l'une de trois fauteuils accolés, l'autre de quatre fauteuils – et de deux chaises. La seconde salle de télévision (16,8m<sup>2</sup>) située à l'opposé de la première, est équipée d'un poste de télévision mural également sous verre, de six chaises et d'une table basse. Cette seconde salle de télévision permet d'accéder à un local sanitaire comprenant un WC fermé par une porte de type « saloon », un lavabo et un second WC accessible aux personnes à mobilité réduite. Les télécommandes ne sont utilisées que par le personnel soignant. Les deux télévisions reçoivent la TNT.

La salle à manger, d'une surface de 43 m<sup>2</sup> est directement accessible par la salle polyvalente et donne également accès, d'une part, un à l'office alimentaire, d'autre part, à la chambre dite « de repos ». La salle à manger est éclairée naturellement par trois fenêtres sans poignée donnant sur l'extérieur. Elle est meublée de six tables rectangulaires. Sur un des murs est accroché un meuble à casiers permettant de ranger les serviettes de table.

La **chambre de repos** de 6,6 m<sup>2</sup> n'est meublée que d'un lit. Cette pièce possède une double entrée : d'une part, directement dans la salle à manger et, d'autre part, par une porte donnant sur la cour. La fenêtre de cette chambre qui donne sur la cour est opaque.

La cour, d'une surface de 800 m<sup>2</sup> est équipée de grands bancs et de trois tables en bois rectangulaires accolées. Il existe au fond de la cour trois douches utilisées l'été. Il a été précisé aux contrôleurs que l'été, les petits déjeuners et le déjeuner étaient pris à l'extérieur.

La salle de visites des familles, d'une surface de 5,6m<sup>2</sup>, est accessible par une porte fermée à clef qui donne sur le hall et par une porte donnant sur l'extérieur. Elle comprend quatre fauteuils bas en acier, une table basse et un poste téléphonique. Les murs sont décorés de deux tableaux peints par des patientes. Il existe également une patère à deux accroches. Un œilleton permet la surveillance de cette pièce. C'est dans celle-ci que peuvent se dérouler les rencontres avec les représentants du culte et celles avec les avocats. C'est également dans cette pièce que sont passés les appels téléphoniques des patientes à leur famille. Lorsque le bureau médical est occupé par la psychologue, il arrive que le médecin y tienne ses entretiens. Un bloc sanitaire attenant comprend un WC à l'anglaise et un lavabo d'angle.

Les locaux destinés au personnel soignant comprennent un bureau administratif infirmier équipé, entre autres, d'un bureau et d'une armoire de rangement, une grande salle de détente de 28,5 m<sup>2</sup> comprenant une grande table rectangulaire, des fauteuils, chaises et canapés, paillasse carrelée, four à micro-ondes, cafetière, etc. C'est dans cette pièce que s'effectue la transmission quotidienne et les grandes réunions cliniques réunissant l'ensemble du personnel soignant.

On accède, par un ascenseur et par des escaliers, à l'étage dont la forme est rectangulaire et divisé dans toute sa longueur par un couloir qui distribue, à gauche, cinq chambres et, à droite, quatre chambres. Au fond du couloir se trouvent les sanitaires et la lingerie, le poste de veille se situant à l'autre extrémité près du palier.

Les chambres du premier étage numérotées de 11 à 20 ont une superficie de 7,8 m<sup>2</sup>. Elles sont meublées d'un lit en bois, d'une petite table rectangulaire, d'un tabouret et d'une armoire à étagères de 1 m de largeur sur 1,80 m de hauteur – l'ensemble étant scellé au sol. La lumière naturelle diffuse à travers une fenêtre finement grillagée sans poignée. Le plafonnier et les volets roulants sont actionnés de l'extérieur. Le local sanitaire, (1,7 m<sup>2</sup>)

comprend des WC avec abattant et un lavabo encastré dans un plan de travail en angle, surmonté d'un miroir ; il est séparé de la chambre par une porte pleine.

Le local d'activités d'esthétiques est une ancienne chambre aménagée (numéro 17) équipée d'une table de massage, d'une armoire, d'un grand miroir et d'un meuble dans lequel sont rangés des produits de beauté. L'épilation à la cire se fait dans ce local, les rasoirs n'étant pas autorisés.

Les **sanitaires** du premier étage comprennent :

- un local de 6,2 m<sup>2</sup> composé de deux douches contiguës, séparées par une cloison et fermées, l'une par une porte de type « saloon », l'autre par une porte mi-hauteur. Un lavabo et un bidet sont visiblement non utilisés. La fenêtre grillagée comprend une poignée. Le plafond et le haut des murs sont dégradés par l'humidité. Le sol est parqueté ;
- une grande salle de bains de 6,2 m<sup>2</sup> comprenant une douche et une grande baignoire visiblement peu utilisée. On trouve dans cette salle de bains des sacs à linge à côté de la baignoire.

La buanderie du premier étage est un local meublé d'une armoire en bois sans porte comprenant huit étagères. Cette armoire est destinée à entreposer le linge des patientes qui sont autorisées à y avoir accès, accompagnées d'un soignant. La buanderie est également équipée d'un bloc mural de dix casiers en bois dans lequel sont disposées les trousseaux de toilettes des patientes. Ce sont les patientes qui rangent le linge propre déposé dans des paniers de la lingerie dans les casiers.

Tous les locaux sont fermés à clé et d'une grande propreté.

#### 4.1.6.2 Les personnels

Le personnel médical est composé d'un praticien hospitalier chef de pôle et d'un praticien hospitalier temps plein.

Le personnel non médical est composé d'un cadre supérieur de pôle, d'un cadre de proximité, de dix-neuf infirmiers, de six aides-soignants et de trois agents de service hospitalier. L'effectif de jour/garde est composé de quatre aides-soignants dont quatre femmes, de quatorze infirmiers (cinq hommes et neuf femmes) dont un exerçant à 40 % du fait de son mandat syndical. Deux agents en congé maternité sont remplacés par un aide-soignant et un infirmier.

L'effectif de nuit comprend deux aides-soignants (deux femmes) et cinq infirmiers dont un homme. Aucun poste n'est vacant. L'équipe de nuit est fixe.

Les personnels travaillant dans cette unité sont en poste depuis plusieurs années, certains depuis plus de dix ans. Le cadre de santé et plusieurs membres de l'équipe sont des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP).

Une psychologue à temps plein sur le pôle est présente à raison de deux demi-journées par semaine, « ce qui permet de rencontrer les patientes au moins une fois par semaine ». Une stagiaire psychologue était présente au moment de la visite.

Une secrétaire également affectée dans le service est présente tous les jours sauf le mercredi.

Une assistante sociale exerce son activité sur l'ensemble de l'UMD.

#### 4.1.6.3 L'organisation des soins

L'organisation de travail du personnel non médical ne répond pas à un principe de référent par patiente mais à des missions différentes qui leur sont attribuées quotidiennement. Ainsi, il existe un soignant dit de « réception et d'accueil », un soignant dit de « soins » et deux soignants dévolus à la surveillance et l'observation.

Le **poste dit de réception et d'accueil** prend en charge les liens avec l'extérieur : ce soignant, quand il est dans l'unité, garde le téléphone portable, répond aux sonneries de la porte d'entrée, prépare les sorties (inventaire et valise), veille au cheminement des prélèvements au laboratoire, réceptionne les commandes de tabac, de fournitures, de papeterie. Il a également en charge la préparation des repas et le dressage des tables, le comptage des couverts, la réception, la vérification et la préparation des repas. Il prépare également les boissons et collations. Ce poste a également en charge la surveillance des visites des familles, l'accompagnement des patientes pour les rendez-vous extérieurs et, en lien avec la personne chargée des soins, la surveillance des personnes en isolement, la distribution du courrier aux patients et l'inventaire et le contrôle des colis.

Le **poste dit de soins** est principalement responsable de la préparation et de l'administration des traitements, des soins somatiques pratiqués ainsi que de leur surveillance. Il assure également la réception et le rangement de la pharmacie. Il assiste le psychiatre et le généraliste dans leurs entretiens. Il prend en charge les toilettes, les levées et les couchers des patientes du premier étage.

Le **poste dit de surveillance et d'observation** est occupé quotidiennement par deux soignants. Ceux-ci ont en charge l'animation de la vie quotidienne, essentiellement dans la salle polyvalente, organise les prises en charge individuelles et les activités occupationnelles (jeux de société ou activités physiques) et l'aide à l'entretien du linge. Ils font respecter les règles de vie, distribuent les cigarettes, participent à la surveillance des repas et prennent en charge la distribution des boissons. Ils surveillent également les patientes isolées pendant leur temps de sortie. Il prend en charge les toilettes, les levées et les couchers des patientes du rez-de-chaussée.

Le **poste dit de nuit** est composé de trois agents qui se répartissent de la manière suivante :

- un agent au rez-de-chaussée pour la surveillance de la personne en chambre d'isolement et des premières chambres ;
- un autre agent au rez-de-chaussée en charge des dernières chambres et de la surveillance de la soirée télévision les fins de semaine ;
- un agent, posté au premier étage.

Ces trois agents administrent également les traitements prescrits pour la soirée et la nuit, contrôlent la fermeture des accès et la présence des patientes dans leur chambre. Une ronde de surveillance a lieu toutes les demi-heures.

La répartition des postes est identifiée à l'aide d'un planning affiché dans la salle de détente du personnel et « permet de diriger les patientes en demande vers la bonne personne ». Ainsi, il n'y a pas de confusion des rôles et pas d'indications contradictoires ce qui contribue à la stabilité et au sentiment de sécurité des patientes.

L'effectif est de quatre infirmiers présents de jour et de garde et de trois infirmiers présents la nuit.

Le psychiatre de l'unité assure des consultations quotidiennes ; il participe à la relève tous les jours de 13h à 14h et à la grande réunion clinique du jeudi après-midi de 13h à 14h30. Toutes les personnes entendues par les contrôleurs se sont montrées très satisfaites de la prise en charge par ce médecin et ont confirmé sa grande disponibilité à leur égard. Il participe également à la réunion clinique du pavillon des « Chênes Verts » le mardi après-midi et supervise l'interne affecté à cette unité.

Les agents de service hospitaliers assurent le nettoyage des locaux.

#### 4.1.6.4 La vie quotidienne

Les trois temps de l'hospitalisation sont réunis en un seul lieu. La patiente est considérée en niveau 1 à son arrivée, jusqu'à stabilisation de son état et occupe les chambres du rez-de-chaussée. Lorsque la patiente est stabilisée, elle est considérée en niveau 2A et intègre la première moitié du premier étage. Enfin, lorsqu'une sortie est envisagée et qu'il s'agit de la préparer, la patiente est considérée en niveau 2B et occupe la seconde moitié du premier étage.

Les changements de niveau sont discutés au cours de la grande réunion clinique hebdomadaire du jeudi après-midi réunissant l'ensemble du personnel. En cas de difficultés ou de conduite inadaptée, la patiente réintègre le niveau inférieur.

La vie quotidienne diffère en fonction du niveau attribué à la patiente.

Un document intitulé « règles de vie » est affiché dans la salle polyvalente mais n'est pas remis de manière individuelle aux patientes à leur arrivée. Aucune patiente ne se déplace seule dans l'unité ; elle est accompagnée au minimum par un soignant. Au cours de la journée, les chambres ne sont accessibles qu'au moment de la sieste après le déjeuner.

Le lever s'effectue entre 7h et 7h45. Les douches ont lieu dans cet intervalle de temps et sont obligatoires. Les patientes sont accompagnées et, en fonction de leur « niveau », peuvent ou non choisir leurs vêtements. La distribution des médicaments se fait à ce moment-là. Deux infirmiers assurent la distribution au premier étage. Les patientes dont les chambres sont au premier étage sont accompagnées dans la salle polyvalente et l'ensemble des patientes pénètre dans la salle à manger où a lieu le petit déjeuner à 8h45.

C'est vers 9h que commencent les différentes activités ou les transferts dans l'unité d'ergothérapie pour celles qui en bénéficient. Les patientes sont conduites dans des véhicules de neuf places communs au pôle. Le déjeuner a lieu à 11h45 et la sieste, de 12h30 à 13h45. Toutes les patientes se brossent les dents après le déjeuner. Il a été précisé aux contrôleurs que le samedi et dimanche, la sieste durait jusqu'à 15 h, ce qui était vécu comme trop long pour les patientes entendues par les contrôleurs.

Au retour des patientes de l'ergothérapie ou à la fin des activités, une boisson est servie à 16h30. Le dîner a lieu à 18h45 et le coucher s'effectue à partir de 19h30. Toutes les patientes bénéficient de couverts complets (cuillères, couteaux, fourchettes) qui sont comptabilisés après chaque repas. Il peut être demandé à une patiente de mettre la table. Les plans de table sont établis par le personnel soignant.

La patiente arrivante est immédiatement placée pour une **période d'observation** (en théorie de quinze jours mais dans la pratique de deux à cinq jours) dans la chambre d'isolement, ce qui a été confirmé par les patientes rencontrées par les contrôleurs. La personne est accompagnée par l'infirmier d'accueil et l'infirmier de soins dans le sas de la chambre d'isolement dans laquelle elle se déshabille. Il lui est expliqué les premières règles de

vie de l'unité. Le psychiatre et le médecin généraliste sont rapidement appelés. Les papiers administratifs sont vérifiés en particulier l'arrêté préfectoral. La feuille d'inventaire est envoyée au bureau des admissions et le double est conservé dans le dossier de la patiente. Aucun objet n'est laissé dans la chambre. La patiente est habillée d'un pyjama. La famille est prévenue par le personnel soignant par téléphone de l'arrivée de la patiente dans l'unité. Une personne en isolement est vue chaque jour par le psychiatre du service et par le psychiatre d'astreinte du pôle le week-end.

Une demi-heure de sortie est autorisée le matin et l'après-midi, « ce qui est également l'occasion de pouvoir fumer une cigarette ». Celle-ci est allumée par le personnel soignant. Les repas sont pris dans le sas attenant à la chambre proprement dite. Les appels téléphoniques ne sont pas autorisés. Cet isolement strict est peu à peu allégé pour faire place à un isolement dit séquentiel au cours duquel le temps de sortie est de plus en plus important (une à deux heures par jour) et où la participation aux activités intérieures ou d'ergothérapie devient progressivement possible sur indication médicale. Lorsque la période d'observation et d'isolement prend fin, la patiente est dite de niveau 1. Il lui est possible de fumer à raison d'une cigarette toutes les demi-heures mais pas de choisir ses propres vêtements qui lui sont désignés par le personnel soignant. Les chambres ne peuvent pas être décorées. Les lits ne sont pas dotés d'oreiller. Une couverture de sécurité peut être fournie si nécessaire. Dans la salle d'eau, la patiente ne dispose ni de gant de toilette ni de serviette.

Lorsque la patiente ne présente plus de troubles majeurs du comportement et qu'une certaine vie communautaire est possible, (acceptation des règles de vie de l'unité, hygiène et présentation correctes, respect des autres patients et du personnel, respect des biens), elle intègre le niveau 2A au premier étage. Elle est alors autorisée le matin au moment de la toilette à choisir ses vêtements, accompagnée d'un soignant. Il est possible d'afficher dans la chambre des posters et des photos, de disposer de peluches et de coussins. Un oreiller est disponible. Il est également possible de consulter des revues et de les laisser dans sa chambre. Dans la salle d'eau, gants et serviettes de toilettes peuvent y être conservés. Il est possible de regarder la première partie du programme télévisé durant les week-ends.

Lorsque la stabilisation est consolidée et qu'une sortie est envisagée, les règles de vie s'assouplissent et la patiente est considérée en niveau 2B. Le linge personnel est déposé dans les armoires dans les chambres. La décoration reste permise. Savonnette, gant et serviette de toilette sont posés près du lavabo. Il est possible de regarder la première partie du programme télévisé dans la semaine. Le maximum de patientes autorisées à regarder la télévision en même temps étant de quatre, la fréquence pour une patiente est de deux fois dans la semaine et d'une fois durant le week-end.

L'argent des patientes est enregistré et géré par la banque de l'hôpital. Le service dispose d'un carnet de chèques. L'ordre de paiement avec la somme convenue est signé par la patiente et adressé à la banque. Un décompte nominatif du solde est adressé ensuite au personnel soignant de l'unité et rangé dans le classeur administratif nominatif. La patiente ne reçoit pas de reçu.

Des activités au sein de l'unité ont lieu soit dans la salle polyvalente du rez-de-chaussée, soit dans la salle d'activités du premier étage, soit pour ce qui concerne les activités d'esthétique dans une ancienne chambre transformée (massages thérapeutiques, huiles essentielles). Ces activités comprennent notamment du dessin, de la peinture, du sport, de l'écoute musicale et de la danse. Des jeux de société se déroulent également dans la salle polyvalente du rez-de-chaussée. Un grand nombre d'activités a lieu dans l'unité

d'ergothérapie. Tous les témoignages entendus par les contrôleurs confirment que les activités sont en nombre suffisant et qu'«on ne voit pas le temps passer ».

L'utilisation de la chambre de repos se fait soit à l'initiative du personnel soignant soit à l'initiative de la patiente elle-même. La durée d'occupation de cette chambre varie de quelques minutes à une heure maximum.

Les patientes ont également confié aux contrôleurs que le personnel soignant était à l'écoute et disponible et que les mises en isolement étaient rares et expliquées. Ces dernières sont majoritairement prescrites en réponse à des actes auto agressifs.

La mise en isolement se fait sur prescription médicale, inscrite dans le dossier individuel. Il n'y a pas de registre et il n'est donc pas possible d'évaluer les modalités d'utilisation de cette chambre. Dans sa réponse, le chef d'établissement précise : « le système d'information médicale ne permet pas l'extraction de cette prescription à des fins statistiques. Il est pris acte de cette observation ».

Un protocole relatif à la mise sous contention a été rédigé par l'ancien cadre de proximité en octobre 2004. Il prévoit les modalités de prescription et les modalités de surveillance tant physiques que psychiques.

#### **4.1.7 L'unité ergothérapie, sociothérapie et sport**

La spécificité de l'UMD repose sur un projet de soins privilégiant la pratique intensive d'activités de sociothérapie. Elle permet au patient une rupture avec l'enfermement vécu dans son unité.

Lors de la restructuration des bâtiments du quartier Bel Air-Sainte-Catherine, la conception architecturale retenue a permis de privilégier un bel espace central, dédié aux activités thérapeutiques. Ce dernier, organisé en partie, autour d'un patio, a créé une dynamique de vie bien éloignée de l'image sclérosante qu'impose parfois le service de psychiatrie. De cet espace, on rejoint facilement les trois unités d'hospitalisation.

##### **4.1.7.1 « L'Harmas »**

« L'Harmas<sup>15</sup> » est le lieu dédié aux activités d'ergothérapie dont l'entrée est sécurisée. Il comporte, une fois franchie la porte, une première partie composée d'une salle d'activités, d'une salle de réunion pour les soignants et d'un bureau pour le cadre. La salle d'activité exclut ici tout outil dangereux. Les activités qui s'y déroulent sont limitées au collage, à la peinture et à la rédaction d'un journal. Aucun mobilier n'est scellé au sol. Sa fréquentation étant décidée en fonction du profil des patients, il n'est pas obligatoire d'y être dirigé lors de sa première participation à une séance d'activités.

La deuxième partie des locaux qui comprend six salles d'activités est accessible de l'espace précédent par une deuxième porte sécurisée. Les superficies des salles d'activités sont variables, la plus grande étant de 56 m<sup>2</sup>, la plus petite de 17 m<sup>2</sup>. Les parois de séparation des salles sont toutes vitrées à mi-hauteur à des fins de sécurité ; cette conception permet aux soignants de toujours se voir les uns et les autres lorsqu'ils encadrent une activité avec les patients.

---

<sup>15</sup> Signifie terre en friche en provençal

Il a été précisé aux contrôleurs qu'il n'y avait pratiquement jamais d'incidents durant les activités d'ergothérapie : « les patients viennent avec plaisir participer à une activité ; ils savent qu'en cas de comportement problématique, ils risquent d'en être privés ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'ergothérapie en psychiatrie a été, durant des années, essentiellement tournée vers des activités de resocialisation, avec un objectif d'insertion dans le monde du travail ou du développement de la vie sociale. Il n'était pas recherché le plaisir du patient dans sa participation à l'activité alors que désormais, il l'est. Par ailleurs, il est précisé que le projet de sortie d'un patient n'est pas préparé à l'UMD mais dans le secteur d'hospitalisation que le patient regagnera, une fois son état de crise stabilisé.

Les activités d'ergothérapie menées à « l'Harmas » sont les suivantes :

- activités de resocialisation :
  - atelier de fartage des skis ; cette activité sera abandonnée lors du départ, en fin d'année, de l'infirmier qui l'anime ; un seul patient peut y participer ; un petit « pécule » lui est accordé ;
  - atelier reliure qui est une activité non rétribuée ;
- activités d'expression et de création :
  - atelier de peinture/dessin ;
  - atelier terre ;
  - atelier poterie ;
  - atelier mosaïque ;
  - atelier sculpture ;
  - atelier découpage/collage ;
  - atelier de chant ;
  - atelier d'écriture / alphabétisation ; le niveau scolaire décrit est celui d'un cours préparatoire ;
  - revue de presse / journal ; deux des exemplaires du journal (août-octobre 2011 et novembre 2011-janvier 2012) ont été remis aux contrôleurs ; ceux-ci comprennent des articles concernant des informations générales sur l'hôpital (ouverture d'une friperie), d'autres relatent le contenu de visites extérieures (enquête sur la médecine du travail et visite d'un refuge de la société protectrice des animaux) ; deux pages de jeux y sont insérées ;
- activités d'autonomisation :
  - atelier audio-visuel, support pour un atelier d'écriture ;
  - atelier d'informatique ;
  - jeux de société ;
  - massage assis ayant pour objectif de faire retrouver de l'estime de soi.

Chaque activité est encadrée par un binôme de soignants. Une salle est dédiée et aménagée pour le déroulement de chacune des activités ; certaines utilisant les mêmes outils et matériaux sont toutefois regroupées dans le même lieu.

Le patient qui réalise un objet peut en disposer à sa sortie. Une participation financière (précisée au préalable) lui est alors demandée afin de participer au rachat de la matière première. Il ne lui est pas possible de disposer de son objet durant son hospitalisation.

Chaque année, en décembre, est organisée une vente-exposition des œuvres des patients au centre hospitalier : « cela permet de donner une autre image de l'UMD ». Des cartes postales indiquant « petit marché de Noël » de l'ergothérapie des UMD sont



distribuées sur tout l'hôpital. Cette année, l'exposition s'est déroulée dans les locaux de l'unité « les Tilleuls », du 6 au 13 décembre 2011.

La somme d'argent récoltée est reversée au comité hospitalier. Elle rejoint le budget de l'association qui finance les projets de toutes les unités du centre hospitalier. Pour l'année 2011, une somme de 4 000 euros a été remise : « on essaie dans une certaine mesure de récupérer ensuite cette somme pour le bénéfice de nos patients en demandant un financement pour de nouveaux projets ».

#### 4.1.7.2 La cafétéria

Elle « constitue un lieu de détente, d'échange et d'ouverture sur l'autre ». Elle est ouverte en semaine de 16h30 à 18h après les activités et est tenue par un soignant de « l'Harmas », à tour de rôle. Les boissons y sont payantes. Il n'existe pas de ventes de confiserie afin d'éviter le grignotage. Il est indiqué aux contrôleurs qu'aucun bénéfice n'est fait sur les consommations.

La cafétéria est un lieu convivial, aménagé de tables et de chaises, disposées en face d'un guichet-bar où les patients viennent chercher leurs boissons. Un billard, un jeu de fléchettes et un poste de télévision avec un lecteur de DVD composent les équipements à disposition des patients. Une petite bibliothèque, en attendant le développement d'un projet plus ambitieux, permet aux patients d'emprunter des livres.

En dehors des heures d'utilisation par l'unité de sociothérapie, la cafétéria comme le gymnase, le terrain de football, le terrain de boules, la salle de sport et la piscine peuvent être utilisés, le soir, les jours fériés, le samedi et le dimanche, par les patients qui sont alors encadrés par les soignants de leurs unités. Un protocole d'utilisation des lieux est édicté.

Les patients des « Tilleuls » et des « Chênes Verts » n'y viennent pas en raison de la distance qui les sépare du site installé dans le quartier Bel Air-Sainte-Catherine, obligeant la mobilisation d'un véhicule pour s'y rendre. Ils peuvent toutefois, accompagnés par les soignants de leur unité, fréquenter la cafétéria du centre hospitalier.



#### 4.1.7.3 L'espace sportif

Il comprend :

- une piscine où est pratiquée la balnéothérapie ; il est indiqué aux contrôleurs des difficultés récurrentes dans son utilisation. Au jour de la visite des contrôleurs, elle n'était pas utilisée, en raison de mauvais résultats bactériologiques de l'eau. Il est indiqué

que la température de l'eau est volontairement supérieure à celle des piscines municipales ce qui amène une concentration plus forte de bactéries : « nos patients sont plus sensibles au froid » ;

- une salle de sport, équipée d'appareils de musculation. Il est indiqué aux contrôleurs que les séances de sport sont surtout axées sur la relaxation « ce qui ne nécessite pas la présence d'éducateurs sportifs » ;
- un gymnase ;
- un terrain de football
- un boulodrome.

Plusieurs activités sportives sont proposées de manière individuelle ou collective : musculation, gym douce, marche, activités aquatiques, yoga, step, expression corporelle et relaxation, football, volley, badminton, basket-ball, pétanque, billard, tennis de table, judo.

#### **4.1.7.4 Les activités offertes au CH**

Un espace de jardinage qui se trouve à quelques mètres de l'unité des « Tilleuls » permet à quelques patients de planter et cultiver des légumes sous la responsabilité des personnels de « l'Harmas ».

Il est indiqué aux contrôleurs que certaines activités d'ergothérapie (théâtre, plages), offertes aux patients hospitalisés au centre hospitalier sont ouvertes à ceux séjournant en UMD. Elles ne sont pas alors encadrées par les soignants de « l'Harmas ».

#### **4.1.7.5 Les personnels**

Une équipe unique pluridisciplinaire inclut :

- le médecin référent ;
- le cadre de santé de formation d'ergothérapeute ;
- quatre ergothérapeutes ;
- huit infirmiers volontaires ; parmi ces douze soignants (ergothérapeutes et infirmiers) un ergothérapeute et trois infirmiers sont affectés aux activités sportives ;
- deux agents des services hospitaliers.

Il est indiqué aux contrôleurs que les rôles de l'infirmier et de l'ergothérapeute sont complémentaires. L'ergothérapeute étant le garant de l'activité et de sa technicité, l'infirmier étant plus particulièrement responsable de l'environnement du patient durant le déroulement de l'activité.

#### **4.1.7.6 La prise en charge**

La prise en charge de tous les patients se fait à partir d'une prescription médicale du psychiatre qui y précise les objectifs de soins recherchés. Le médecin généraliste indique s'il existe des contre-indications au sport.

La mixité est pratiquée dans la plupart des activités. Il est indiqué aux contrôleurs qu'elle encourage les patients à améliorer leur apparence physique et vestimentaire. Une réserve est toutefois faite pour l'activité « piscine » où des essais de mixité se sont révélés problématiques.

Une fois la prescription médicale établie, un accueil du patient est réalisé par deux membres de l'équipe pour que, d'une part, il lui soit présenté les locaux, les personnels encadrant et les règles de fonctionnement et que, d'autre part, une évaluation de ses capacités soit réalisée : « on recherche une capacité même minime chez chaque patient ».

A partir de cette évaluation, le type de prise en charge est déterminé : choix de l'activité, fréquence, durée, personnel chargé de la prise en charge ; elle devra répondre à l'objectif médical fixé. Le patient n'a pas le choix de l'activité « mais il sera tenu compte de son désir de participer à telle ou telle activité ».

Deux activités d'ergothérapie et deux de sport sont possibles dans le cadre d'une prise en charge. Toutefois, la grande majorité des patients participent à deux activités : une d'ergothérapie et une, sportive. L'objectif des soignants est que chaque patient, quelle que soit son unité d'hospitalisation, participe au moins à une activité.

Lors de la visite, le nombre de prescriptions médicales par unité était la suivante :

- « L'Amourié » : neuf prescriptions médicales et deux en cours pour quinze patients présents ;
- « L'Olivier » : treize patients ; douze prescriptions ;
- « Le Coudrier » : quatorze patients ; quatorze prescriptions médicales ;
- « Les Tilleuls » : quinze patientes, treize prescriptions ;
- « Les Chênes verts » : quinze patients, quinze prescriptions médicales.

Un contrat de prise en charge précisant les objectifs du soin est présenté et signé par le patient qui s'engage à suivre un nombre de séances.

A la fin de chaque séance, une fiche d'évaluation est élaborée par les soignants afin de mieux suivre l'évolution du patient. Elle rejoint le dossier informatisé du patient *via* le logiciel Cimaise ; des synthèses et compte rendus d'activités y sont également intégrés.

Le personnel de l'ergothérapie participe aux réunions cliniques organisées dans les unités d'hospitalisation pour la bonne coordination de leurs actions réciproques.

Les structures d'ergothérapie prennent en charge les patients du lundi au vendredi. Les activités commencent toujours par un accueil à la cafétéria de 9h à 9h30 et de 14h à 14h30. « Cela permet un temps d'échange entre patients des différentes unités et également entre eux et les soignants ».

A partir de 9h30, chaque binôme de soignants, référent de l'activité, regroupe les patients. Il est indiqué aux contrôleurs que chaque activité est normalement encadrée par deux soignants et que le nombre de participants n'excède pas cinq, par activité. Toutefois, pour l'activité chorale, huit patients y participent alors qu'en informatique, ils sont deux. Pour le sport, les effectifs sont compris entre cinq et six participants. A 11h, l'activité cesse et un nouveau passage à la cafétéria est prévu jusqu'à 11h30 au plus tard. Il est, contrairement au matin, possible de consommer une boisson chaude.

Deux véhicules, un pour « les Tilleuls » et un pour les « Chênes Verts », assurent le transport des patients de ces deux unités. Un personnel de chacune des unités et un soignant de l'ergothérapie sont mobilisés pour les accompagner.

Lors de la visite des contrôleurs, le planning de la journée du mardi 3 janvier 2011 indique :

Matinée						
Activité	Nombre total patients participants	Amourié	Olivier	Coudrier	Chênes verts	Tilleuls
poterie	4		2	2		
sculpture	4	1	1	1		
mosaïque	3		1	1		1
sport	8	1		2	1	4
Après-midi						
Activité	Nombre total patients participants	Amourié	Olivier	Coudrier	Chênes verts	Tilleuls
poterie	4	1		2	1	
chorale	7		3		2	2
peinture	6	1		1	1	3
sport	7	2	1	3	1	

Une réunion « planning », ouverte aux unités, a lieu tous les jeudis à 13h afin de composer les groupes des patients dans chaque activité. Une fois établi, le planning est distribué aux différentes unités sachant que ce dernier est consultable *via* l'intranet.

L'unité d'ergothérapie organise des sorties extérieures pour lesquelles elle mobilise ses propres effectifs en personnel. Elle peut également s'associer à l'accompagnement des patients, lors de sorties organisées par une des unités d'hospitalisation : « on envisage des sorties avec des patients dont l'état de santé est stabilisé ». Pour ce faire, une demande d'autorisation de sortie est visée par le médecin psychiatre, le cadre de santé des unités concernées et la direction de l'hôpital.

Les sorties ont toujours un objet (musée, sculpture, randonnée...) et sont en général en lien avec une activité, sportive ou d'ergothérapie. Les patients sont choisis en fonction de leur participation régulière à l'activité concernée. Les articles parus dans le journal font souvent l'objet de sorties préalables afin de permettre la récolte d'informations pour leur rédaction. Un article sur la société protectrice des animaux (SPA) paru dans l'édition d'août-octobre 2011, a nécessité le déplacement de patients sur le refuge de l'Isle-sur-la-Sorgue (Vaucluse).

De façon régulière sur l'année, une activité de sport collectif avec la fédération sportive de l'hôpital a lieu et concerne deux patients, tout au long du cycle proposé. Elle se déroule dans un gymnase d'une ville voisine, pendant la matinée.

Les sorties sont faites le plus généralement soit durant une journée soit durant une demi-journée. Elles peuvent se dérouler dans les départements du Gard, de l'Hérault, du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône.

Plusieurs groupes de patients assistent à un spectacle au festival d'Avignon, en soirée.

Tous les ans, le comité hospitalier organise deux événements :

- le « repas des ateliers », regroupe tous les patients participant aux différents ateliers d'ergothérapie de l'hôpital. En 2011, il s'est déroulé au Parc Alexis Gruss, à Piolenc (Vaucluse). Le nombre total de patients et de soignants était d'environ 100 personnes dont 11 patients de l'UMD.
- la « fête du comité », en début d'été, consiste en une journée champêtre à l'hôpital, avec un repas et une animation musicale. Elle est ouverte aux personnels et aux patients de tout l'hôpital. Quinze patients de l'unité d'ergothérapie y ont participé.

La règle appliquée pour les accompagnements est d'un soignant pour un patient pris en charge avec éventuellement un patient de plus, selon le lieu de la sortie et le profil des autres patients participants.

Il est indiqué aux contrôleurs « une programmation plus ambitieuse pour le mois de décembre : il faut marquer le côté festif de la fin d'année ». Deux sorties, les 13 et 22 décembre 2011, ont été l'occasion pour neuf patients d'être conviés à un repas amélioré dans un cadre se rapprochant de celui d'un restaurant.

Le bilan des sorties communiqués aux contrôleurs pour l'unité d'ergothérapie est le suivant : dix-sept sorties en 2010 et dix sorties en 2011.

## 4.2 La restauration

Les repas sont produits à la cuisine centrale de l'hôpital par du personnel hospitalier et transportés sur place : soit à l'intérieur même des unités, soit dans la cour intérieure de l'enceinte de Bel Air-Sainte-Catherine. Préparés en liaison froide et conditionnés dans des barquettes individuelles, ils sont ensuite remis en température dans chaque unité. Les menus sont soumis à une diététicienne qui assure également le suivi des régimes spécifiques.

L'hôpital se fournit principalement auprès de producteurs locaux, notamment les fruits et légumes. Le pain – frais – est livré tous les jours, avec des viennoiseries le dimanche matin. Pour l'ensemble du centre hospitalier, en 2011, le coût quotidien des repas (petit-déjeuner et goûter compris) s'élève à 5,65 euros. Il n'a pas été possible de distinguer le coût spécifique de l'alimentation pour l'UMD.

Les repas sont améliorés au moment des fêtes de fin d'année. En lien avec l'aumônerie, une galette des rois était prévue dans les jours suivants le contrôle. Aucune organisation particulière n'est mise en place au moment du ramadan.

Une commission de suivi des repas existe dans chaque pôle de l'hôpital, les unités étant représentées par les cadres de santé ; les patients n'y participent pas.

Des repas avec régimes sont servis : au jour du contrôle, à « l'Amourié », sept repas étaient sans porc, un, hypocalorique et un, sans poisson ; à « l'Olivier », huit patients bénéficiaient, à leur demande, d'un régime « musulman ».

Les repas sont pris à 8h15 (« le Coudrier »), 8h30 (« l'Olivier ») ou 8h45 (« l'Amourié »), 11h30 (« l'Olivier » et « le Coudrier ») ou 12h (« l'Amourié ») et 18h30 (« Coudrier ») ou 18h45 (« l'Amourié » et « l'Olivier »). La place à table est déterminée par le personnel et affichée en salle. Comme il a été dit *supra*, les patients de « l'Amourié » et du « Coudrier » ne disposent que d'une cuillère en guise de couverts.

La salle de vie sert aussi de salle à manger dans les unités de séjour, à la différence de « l'Amourié » unité dotée, comme il a été dit, d'un réfectoire. Cependant, dans cette dernière unité, la moitié des patients prenaient leur repas dans leur chambre, au moment du contrôle. Le personnel déconditionne le contenu des barquettes dans les assiettes servies à table.

Les menus – midi et soir – sont affichés dans toutes les unités pour les repas du mardi au lundi suivant.

Des patients non isolés prennent aussi parfois leur repas dans leur chambre ; cela était le cas, au moment du contrôle, pour une personne dont la surcharge pondérale nécessitait le strict respect du régime alimentaire prescrit et excluait de ce fait d'être à table avec autrui.

Les patients en chambre d'isolement prennent en principe leur repas en chambre mais peuvent aussi accéder au réfectoire dans le cadre de l'isolement séquentiel prescrit en début de séjour.

Le lait est livré le matin. Une distribution d'eau chaude est également assurée pour le petit déjeuner avec une portion de beurre et une barquette de confiture. Au moment du contrôle, l'hôpital expérimentait une distribution de boissons chaudes le matin dans un site extrahospitalier.

Il n'existe pas de goûter dans aucune des unités, sauf le week-end, afin que les patients conservent l'appétit pour le repas du soir.

Les contrôleurs ont noté une satisfaction d'ensemble de la part des patients rencontrés quant à la quantité et la qualité des repas fournis.

### 4.3 Le linge

Le linge est lavé à la lingerie de l'hôpital qui fonctionne dans le cadre d'un groupement d'intérêt public (GIP) qui exerce son activité auprès d'autres clients extérieurs à l'hôpital (maisons de retraite, hôpital de Gordes, de l'Isle-sur-la-Sorgue...). Les patients se voient proposer un ramassage quotidien du linge sale. Le linge est ramassé dans des filets de couleurs différentes selon les vêtements. Le linge propre est retourné dans un délai d'environ une semaine.

Les gants et serviettes de toilettes, les draps et les housses de traversins sont changés une fois par semaine. Sauf à l'unité de « l'Olivier », il a été constaté que tous les patients ne disposaient pas d'une housse de traversin, la prévention du risque suicidaire ayant été donnée comme justification.

Les sous-vêtements et les pyjamas sont fournis par l'hôpital.

Les patients portent dans la journée leurs vêtements personnels, sauf à « l'Amourié » où ils sont tenus de revêtir les effets fournis et entretenus par l'hôpital. Le cadre de santé de cette unité indique dans une note de service du 19 janvier 2010 qu'« il est souhaitable de changer ceux-ci deux fois par semaine au minimum ». Le linge personnel est marqué au nom de son propriétaire. Il est interdit de se rendre en chambre avec sa paire de chaussures qui est laissée à l'entrée au pied des patères.

Au « Coudrier », les patients disposent de trois tenues complètes dans leur armoire et de deux paires de chaussures.

Chaque unité dispose de sa lingerie où sont rangés les vêtements personnels et stockés ceux, achetés par l'hôpital ou donnés par les personnels, pour les patients. En 2011, l'hôpital a dépensé 25 000 euros pour le linge pour les patients, principalement pour des sous-

vêtements, des joggings et des paires de chaussures de sport. Les vêtements fournis ne portent aucune indication de l'hôpital, à l'exception des tenues de travail.

Sauf si les proches ou le tuteur s'en chargent, les soignants procèdent aux achats, le cas échéant, avec les patients et se rendent dans une grande surface à proximité de l'hôpital, notamment dans une qui est spécialisée dans les articles de sport.

Dans toutes les unités, la demande d'une livraison quotidienne de la lingerie de l'hôpital a été souhaitée par les personnels rencontrés qui considèrent, à l'exemple de ceux du « Coudrier », que les réceptions du linge propre, deux fois par semaine (le mardi et le vendredi) sont insuffisantes. Par ailleurs, sur le site de Bel Air-Sainte-Catherine, le linge – comme les repas – sont réceptionnés dans la cour de l'enceinte et non au sein des unités comme ailleurs ; « ceci constitue une sujétion supplémentaire pour les personnels qui, de surcroît, doivent s'absenter de leur unité, ce qui peut s'effectuer aux dépens d'un accompagnement de patient ».

Aux « Tilleuls », le linge est obligatoirement marqué du nom de famille et du nom de l'unité dès l'arrivée, s'il ne l'était pas dans l'établissement d'origine. Il est fourni à l'établissement adressant la patiente un inventaire-type que les contrôleurs ont consulté. Les lacets, cordons et ceintures ne sont pas autorisés. Trois paires de chaussures sont admises : une paire de chaussures d'intérieur, une paire de chaussures de ville (plates) et une paire de baskets à scratch pour les activités sportives et extérieures. Il est demandé également de fournir la quantité de tabac nécessaire pour un mois. Rasoirs, flacons en verre et miroirs sont interdits.

Le change complet de vêtements est obligatoire deux fois par semaine.

#### 4.4 L'hygiène

La toilette (douche) est obligatoire chaque matin, de préférence dès le lever, de même que le change de sous-vêtements et de chaussettes.

Les produits de toilette (savon, dentifrice, brosse à dents, peignes...) peuvent être fournis par l'hôpital mais les personnes dont les ressources financières le permettent sont incitées à acheter les produits de leur choix par le biais de la commande.

Les patients disposent de leur rasoir électrique le matin au moment de la toilette. Pour ceux qui n'en possèdent pas, l'utilisation du rasoir mécanique s'effectue sous le contrôle du personnel.

Comme il a été mentionné *supra*, la baignoire dans la salle de bains est peu utilisée dans les unités.

Il est demandé aux patients de plier leurs draps avant de quitter la chambre le matin afin de faciliter le ménage ; le personnel aide, le cas échéant, à le faire.

Les locaux sont nettoyés par les ASH qui procèdent, sept jours sur sept, à un balayage humide et désinfectant des sols thermoplastiques. Toutes les six semaines, l'ensemble des locaux est nettoyé au moyen d'une mano-brosse.

#### 4.5 Les cultes

Le respect de la liberté de conscience, des croyances et des convictions est affirmé comme une règle fondamentale dans le livret d'accueil de l'UMD. La particularité des unités de l'UMD est que les patients ne peuvent se rendre dans les lieux de culte du centre

hospitalier : la chapelle Saint-Jean et le pavillon abritant l'aumônerie catholique au cœur de l'hôpital, le temple protestant à l'entrée et l'aumônerie musulmane au bungalow n° 61 sur le site de Bel Air-Sainte-Catherine. Les représentants des aumôneries sont donc amenés à se déplacer eux-mêmes dans les différentes unités pour rencontrer les patients.

Une plaquette d'information des « services d'aumôneries » est commune aux religions catholique, protestante et musulmane. Le tableau affiché dans les unités concerne « les aumôneries chrétiennes ». Des fêtes interreligieuses ou œcuméniques sont périodiquement organisées. La qualité des rapports a été soulignée entre les représentants des différentes religions qui communiquent entre eux et se signalent mutuellement des patients dont certains voient plusieurs aumôniers.

Pour l'ensemble du centre hospitalier, trois postes budgétaires d'aumônier sont prévus sur deux ETP : un aumônier catholique (laïc) intervient à temps plein depuis 2005, au côté d'un prêtre venant bénévolement ; un aumônier protestant et un aumônier musulman interviennent chacun à mi-temps.

L'aumônier catholique passe au moins une fois par quinzaine dans chacune des unités, l'aumônier protestant, une fois par mois, l'aumônier musulman intervenant plutôt à la demande.

Il n'existe pas de local dédié aux cultes dans les unités. La première fois, l'aumônier reçoit individuellement les patients. Par la suite, des rencontres collectives sont organisées au sein des unités. Les personnes ont besoin d'écoute, d'accompagnement et de réponse à leurs questionnements : « on est passé d'une demande de culte à une demande de sens ».

Sauf au « Coudrier » où ils se passent dans la pièce de vie de l'unité ou dans un salon de télévision attenant, les entretiens se déroulent dans les salles de visites à « l'Amourié » et à « l'Olivier », ce qui ne permet pas aux aumôniers d'être directement en relation avec les patients ; les aumôniers transmettent au personnel les noms des personnes les ayant sollicités et s'enquière, le cas échéant, des raisons pour lesquelles ne se manifeste pas une personne reçue habituellement.

Les aumôniers n'ont pas accès aux personnes placées en chambre d'isolement.

#### 4.6 Les ressources

La plupart des patients perçoivent l'allocation d'adulte handicapé (AAH) soit un montant mensuel de 220 euros. Les patients dépourvus de ressources ne le sont que provisoirement car il est indiqué qu'ils ont des droits ouverts en d'autres lieux (AAH, pension d'invalidité, revenu de solidarité active, allocations chômage) et des démarches doivent être entreprises pour permettre les versements sur le site. Il est précisé qu'une seule personne, compte tenu de sa situation administrative irrégulière, se trouve sans ressources financières et ce définitivement : « on vient de lui obtenir l'aide médicale d'Etat pour couvrir le montant de ses soins ».

Chaque unité dispose d'une enveloppe mensuelle de 264,14 euros utilisée pour des « gratifications » en contrepartie de tâches d'entretien.

Ce **pécule** est calculé selon l'obtention d'un nombre de points par le patient qui lui est octroyé à titre de gratification pour des tâches d'intérêt général qu'il accepte d'effectuer pour son unité : ramassage de feuilles dans la cour, rangement de la salle après le repas, balayage etc. En 2011, le point avait pour valeur 0,29 euro.



Il est indiqué que ce système, « bien qu'archaïque », permet d'aider ceux qui se retrouvent momentanément sans ressources, à cause des délais administratifs de transmission de leur dossier ou du fait de remboursement de dettes contractées avant l'hospitalisation ou de versements aux parties civiles. Les critères d'attribution des sommes ne sont pas définis. Dans chaque unité, un infirmier est chargé de la répartition du montant mensuel : « on fait au mieux pour que les personnes sans grandes ressources en profitent même si elles n'effectuent aucune tâche ».

A l'unité « l'Amourié », les patients se déclarent volontaires pour aider à préparer le service des repas, à débarrasser les tables et à remplir le lave-vaisselle. Des feuilles circulent sur lesquelles les patients doivent s'inscrire pour participer au service. Le personnel est amené parfois à procéder à des arbitrages entre les offres de service. Une gratification, calculée à partir d'un barème à points, leur est allouée. Pour le mois de décembre 2011, onze patients ont perçu une gratification de montants suivants : 5,80 euros (deux patients), 6,38 euros (trois), 23,20 euros (deux), 29 euros (deux), 58 euros (un) et 72 euros (un). Les patients rencontrés, de même que la plupart des personnels soignants, sont apparus très attachés à ce système de service en contrepartie d'une gratification.

Les comptes des patients de l'unité « l'Amourié » présentaient au 28 décembre 2011 un solde disponible variant entre 1,29 euro et 370,77 euros, une moitié disposant de moins de 100 euros.

A « l'Olivier », l'enveloppe est dépensée au profit des patients les plus démunis en ressources financières. En fonction de leur état de santé, les patients peuvent participer à des tâches communes. Si un patient n'en est pas capable ou s'il refuse, l'argent lui sera quand même versé si son compte ne lui permet pas d'acheter le minimum dont il est censé avoir besoin (le tabac notamment). Pour le mois de décembre 2011, l'enveloppe a été répartie entre trois patients, l'un ayant touché 113,68 euros et les deux autres, 75,40 euros chacun.

Au 4 janvier 2012, les contrôleurs ont examiné le solde des comptes des patients de « l'Olivier » : sur la part disponible, cinq patients disposaient de moins de 100 euros (dont deux n'ayant respectivement que 1,12 euro et 1,59 euro), trois patients étaient entre 100 et 300 euros, quatre patients, entre 400 et 600 euros et un patient avait un solde de 1 446 euros ; les deux patients les plus démunis financièrement bénéficiaient, en plus, des deux plus importantes sommes versées comme « pécules » par l'hôpital, d'un montant respectif de 113,68 euros et de 274,08 euros.

Au « Coudrier », les patients aptes à les réaliser sont invités à prendre en charge des services communs sur trois « postes » : la table, l'office et la cour (retrait des mégots de cigarettes). Les personnes dépourvues de ressources financières sont prioritaires car une gratification est versée en fin de mois, comme à « l'Amourié », selon les points obtenus. Néanmoins, les règles de vie de l'unité font état de trois critères d'attribution de la gratification mensuelle : « la continuité de la participation aux différentes tâches de l'unité, l'esprit de volontariat et les patients sans revenu (ressources personnelles et familiales) »

Au 4 janvier 2012, les contrôleurs ont examiné le solde des comptes des patients du « Coudrier » : sur la part disponible, sept des quinze patients disposaient de moins de 100 euros (les trois soldes les plus bas étant de 3,91 euros, 9,22 euros et 10,52 euros), six patients étaient entre 100 et 300 euros, les deux derniers ayant respectivement 995 euros et 1 179 euros. En plus de son solde de 3,91 euros, la personne avait un pécule de 88,84 euros et celle disposant de 10,52 euros, un pécule de 180,16 euros ; la personne au solde de 9,22 euros avait un pécule d'un montant de 0,89 euro.

Aux « Chênes Verts », ce sont cinq personnes, différentes, selon les mois du dernier trimestre 2011, qui bénéficiaient d'une somme comprise entre 20 et 40 euros. Les contrôleurs ont constaté que les sommes d'argent n'allaient pas forcément à des personnes sans ressources : « il est important que lorsqu'un patient effectue un travail pour la collectivité, il soit rémunéré ; cela le valorise et il y gagne en estime de soi ».

## 5 SOINS SOMATIQUES

La prise en charge somatique des patients du CH est assurée par neuf médecins dont cinq praticiens hospitaliers ETP. Il n'y a pas de postes vacants. Chaque médecin somaticien a en charge un secteur hospitalier dédié.

Le dossier médical est informatisé et la prescription médicamenteuse est nominative à l'UMD. L'informatisation est en cours dans les autres services.

En ce qui concerne l'UMD, le praticien hospitalier passe tous les jours dans le secteur situé sur le site Bel Air-Sainte-Catherine, un PH a en charge l'unité des « Tilleuls » et un PH prend en charge l'unité des « Chênes Verts ». Chaque personne arrivant est « vue systématiquement par le médecin somaticien dans un délai compatible avec son état psychique ou le degré d'urgence somatique ». Elle bénéficie également d'une radiographie pulmonaire.

La continuité des soins est assurée de la manière suivante : de 9h à 18h, le médecin de garde se voit confier le « bip », un téléphone portable et les clés du véhicule dédié. Celui-ci est équipé d'un sac d'urgence. À 18h, le praticien de garde prend le relais pour la nuit jusqu'au lendemain matin 9h.

La fréquence est d'une garde par semaine et d'un week-end par mois.

Le centre hospitalier bénéficie de :

- un service de radiologie générale avec 1,5 ETP de manipulateur radio. Des clichés simples sont pratiqués : thorax, abdomen sans préparation, transit œsogastroduodéal, clichés osseux. Les échographies sont réalisées dans un cabinet privé de Montfavet par le biais d'une convention ;
- un laboratoire d'analyses médicales où sont centralisés les examens biologiques sanguins. Ce laboratoire est actuellement en cours de procédure d'accréditation ;
- une pharmacie avec trois ETP de pharmaciens et un interne en pharmacie ;
- un service de transport sanitaire interne à l'hôpital pour tous les déplacements des personnes vers les lieux de consultations extérieures. En cas de nécessité, le transport est réalisé par le SAMU, l'hôpital de référence étant celui d'Avignon ;
- un bloc médico-technique dans lequel sont réalisées les consultations spécialisées. Il comprend un hall d'entrée et une salle d'attente, une salle d'électroencéphalogramme, une salle de soins, des bureaux médicaux, une salle pour les électrocardiogrammes, un cabinet dentaire et un cabinet d'ophtalmologie ;
- une convention avec une société de lunetterie permet de faire réaliser des lunettes ;
- une salle de consultation gynécologique avec une table d'examen spécifique ;
- une podologue, actuellement en congé maternité, exerce tous les jeudi matins.

Le cardiologue consulte le mardi matin et le jeudi matin. Les électrocardiogrammes sont effectués tous les jours. Le dermatologue consulte le mardi matin, le neurologue une fois par mois, le gynécologue le mardi matin, l'ophtalmologiste le jeudi, l'addictologue le mardi et la diététicienne le mercredi après-midi.

L'activité des consultations du bloc médico technique pour les UMD est résumée dans le tableau ci-joint. Elle est comptabilisée par médecin et non pas par service. Les contrôleurs ont donc analysé l'ensemble de l'activité sur l'année 2011 pour dégager l'activité spécifique liée à l'UMD.

	Janv	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Aout	Sep	Oct	Nov	Dec	Total
Dermato	0	3	2	3	3	1	2	3	1	1	2	1	22
Cardio	0	0	1	0	0	2	1	3	0	0	0	0	7
Neuro	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	6
EEG	6	5	10	2	2	3	1	1	0	6	3	3	42
Gynéco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Addictologie	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
Ophtalmologie	2	4	1	2	1	4	2	2	6	2	1	1	28
Radiographie Dentaire	2	1	3	4	2	2	3	4	2	2	0	1	26
CS dentaire	9	10	20	12	12	12	11	8	13	14	7	3	131
Podologue	1	4	1	2	3	3	1	3	4	0	2	2	26
Total													291

L'activité dentaire est la plus importante ; elle représente presque la moitié des consultations totales pour l'UMD.

Aucune patiente des « Tilleuls » avec qui les contrôleurs se sont entretenus n'a identifié le bloc médico technique. Elles ont affirmé ne s'y être jamais rendues.

## 6 RECOURS À L'ISOLEMENT ET À LA CONTENTION

Les documents « ressources » sont consultables sur l'intranet de l'hôpital. Il n'existe plus de version papier des notes de service dans les unités.

En 1991, lors de sa visite à l'UMD, le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CTP) recommandait « qu'une politique détaillée soit définie au sujet de l'isolement (de même pour les moyens de contrainte physique) comprenant notamment les types de cas dans lesquels il peut être recouru à cette mesure, les objectifs visés par celle-ci, sa durée et sa révision régulière, le contrôle des médecins... ».

Il est apparu aux contrôleurs que des registres permettant la traçabilité du nombre et des durées des mises à l'isolement ont alors été ouverts sans que des dates précises ne leur soient données quant à leur mise en place. Par contre, il a été indiqué le retrait de ces registres dès 2010, lors de l'installation du logiciel Cimaise relatif au dossier médical du patient. Ce logiciel contient la fiche de suivi d'une mise à l'isolement. Il n'a pas d'objectif

statistique, ce qui n'a pas permis aux contrôleurs de connaître, unité par unité, le nombre et la durée des mises à l'isolement.

Au début de l'année 2011, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à la prise en charge du patient dans le cadre de la chambre d'isolement a été lancée sur toutes les unités de l'hôpital. Un document support auquel il est joint des grilles d'audit rappelle les textes qui régissent l'isolement, la définition de l'isolement, ses indications, ses objectifs et ses conditions de réalisation. Un paragraphe est consacré aux règles à tenir concernant l'isolement des patients détenus. Au jour de la visite des contrôleurs, les opérations d'audit étaient terminées mais les résultats n'étaient pas encore disponibles.

C'est à partir de la grille de l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie par l'agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (actuellement Haute autorité de santé publique - HAS) que l'hôpital a lancé l'EPP relative à la mise en isolement.

Un protocole de mise en contention a été établi par l'unité « les Tilleuls ». Il date d'octobre 2004. Il n'est pas connu des autres unités qui n'en possèdent pas. Il ne figure pas sur l'intranet. Il est indiqué aux contrôleurs qu'un nouveau projet de protocole de contention est en cours de rédaction sans qu'il ne soit précisé l'échéance de sa finalisation.

Il a été indiqué qu'une demande de contention avait été requise par le JLD pour amener un patient jusqu'à la salle d'audience. Il a été précisé que cette demande n'avait pas été suivie, les soignants s'y étant opposés : « le patient est en capacité de s'y rendre ou pas ».

## **7 COMMISSION DE SUIVI MÉDICAL**

La commission de suivi médical est présidée par un pédopsychiatre, ancien chef de service du CH. Cette commission se réunit le premier mercredi de chaque mois de 9h30 à 17h dans une des salles de réunion de l'UMD.

Cette commission est composée de trois psychiatres du CH de Montfavet, de trois psychiatres exerçant dans un centre hospitalier extérieur, du médecin représentant l'ARS et du psychiatre prenant en charge le patient. La commission se réunit avec un minimum de trois membres dont au moins un psychiatre extérieur. Les membres de la commission prennent connaissance des dossiers sur place. Elle examine environ entre dix à quinze patients par séance. Les avis sont rendus en 48 heures. Les débats ont lieu après chaque entretien. Il est rédigé un procès-verbal. En cas de désaccord, la décision est soumise à un vote à la majorité des voix. Lorsqu'il est impossible à un patient de se déplacer pour participer à la commission, il est arrivé qu'un membre de la commission se déplace dans l'unité concernée.

Si, dans la plus grande majorité des cas, la proposition du médecin de l'UMD et l'avis de la commission sont concordants, il arrive toutefois que la décision rendue par la commission soit différente de la proposition émise par le psychiatre en charge du patient. Ainsi, l'analyse exhaustive de tous les avis rendus en 2011 fait apparaître que, lorsque la proposition du médecin prenant en charge le patient est exprimée (ce qui n'est pas toujours le cas), les avis divergents ont été de huit. Deux propositions demandant le maintien à l'UMD n'ont pas été validées par la commission (transfert en psychiatrie générale retenu) et cinq propositions de transfert en psychiatrie générale n'ont pas été suivies par la commission, le maintien à l'UMD ayant été décidé.

Un tableau des avis rendus peut ainsi être établi :

Mois	Nombre de dossiers	Retour en psychiatrie général	Maintien en UMD	Autres
Janvier	13	8	4	1 remis à l'administration pénitentiaire 1 avis divergent
Février	4	3	1	
Mars	9	6	2	1 reporté
Avril	11	4	7	1 avis divergent
Mai	10	6	4	
Juin	14	4	10	1 avis divergent
Juillet	12	6	6	1 avis divergent
Août	5	3	2	
Septembre	14	7	7	1 avis divergent
Octobre	14	11	3	
Novembre	10	5	5	1 avis divergent
Décembre	16	8	8	2 avis divergents

## 8 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. Trois éléments méritent d'être soulignés :

- leur courrier transite par la détention, à l'exception des « Chênes Verts », pour vérifier le respect de la limitation éventuelle du droit de communication ;
- pour les visites, les règles mises en œuvre sont semblables à celles des parloirs ;
- les patients-détenus ne bénéficient pas de sorties thérapeutiques.

Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 novembre 2011, l'UMD a admis cinquante-huit patients dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale.

Plusieurs personnes ont appelé l'attention des contrôleurs sur le fait que l'UMD recevait des patients venant des établissements pénitentiaires voisins : Avignon-le-Pontet (Vaucluse), Tarascon (Bouches-du-Rhône) et Arles (Bouches-du-Rhône). Ces patients n'ont pas une prescription médicale d'UMD et pourtant ils sont placés à l'UMD pour des raisons de sécurité, s'il n'y a pas de place dans une chambre d'isolement dans le CH. En effet, il résulte d'un protocole en date du 22 mars 2010, signé par le directeur de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, le directeur du centre pénitentiaire d'Avignon-le-Pontet, le directeur du centre hospitalier d'Avignon et le directeur du centre hospitalier de Montfavet que l'hospitalisation d'une personne détenue doit être réalisée dans une chambre sécurisée. Donc l'UMD peut être utilisée pour accueillir ces patients. C'est l'infrastructure de l'UMD qui est mise à contribution puisqu'elle fait partie du CH.

C'est ainsi que du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 novembre 2011, l'UMD a été dans l'obligation d'accueillir cinquante patients provenant d'établissements pénitentiaires sans prescription médicale d'UMD : quarante-deux du centre pénitentiaire d'Avignon-le-Pontet, sept du centre de détention de Tarascon et un de la maison centrale d'Arles.

Tous les interlocuteurs des contrôleurs ont regretté une telle situation pour plusieurs raisons :

- « ne devraient avoir accès à l'UMD que des patients admis sur prescription médicale ;
- de tels patients occupent des lits qui pourraient être mis à disposition de personnes qui, elles, attendent une place à l'UMD sur prescription médicale ;
- une personne, qui se trouve dans une chambre d'isolement et qui ne doit pas s'y trouver pour des raisons médicales bien particulières, peut voir se développer des troubles du comportement dus à l'enfermement (cris, hallucinations, dérèglements psychiques, angoisse...) ».

Pour toutes ces raisons, les psychiatres sont totalement hostiles à une telle pratique.

Le chef de pôle a remis aux contrôleurs la copie de lettres adressées au directeur du CH pour déplorer cette pratique (lettres du 24 mars 2011 et du 16 novembre 2011, notamment). Dans ces courriers, le chef de pôle rappelle que « l'admission en UMD nécessite plusieurs démarches préalables qui n'ont pas été réalisées (accord du psychiatre responsable de l'UMD, engagement de reprise), que l'absence de place en chambre d'isolement ne saurait justifier l'admission et que le risque est grand que l'UMD soit utilisée comme lieu de sécurité... ».

Répondant aux questions des contrôleurs, il a été affirmé par plusieurs responsables que « pour toutes ces personnes aucune référence à l'UMD n'était intégrée à la traçabilité de leur passage au CH pour ne pas les pénaliser dans l'avenir ; les mentions inscrites visent le CH et non l'UMD du CH ».

Dans sa réponse le chef d'établissement précise : « la loi du 5 juillet 2011 énonce que les patients détenus sous le régime D.398 du code de procédure pénale peuvent être admis en UMD. Par ailleurs, des patients issus des établissements pénitentiaires d'Avignon le Pontet et de Tarascon relevant de l'activité D 398 du code de procédure pénale sont effectivement admis à séjourner dans les locaux de l'UMD sans motif médical lorsqu'il n'y a pas de place pour les accueillir dans de bonnes conditions de sécurité dans les services de secteur du centre hospitalier de Montfavet et des hôpitaux périphériques.

Il s'agit en la matière, de permettre la prise en charge urgente des personnes détenues requérant des soins dans des conditions de sécurité légitimement exigées par les autorités publiques comme cela est rappelé par le rapport.

Il est confirmé que pour les personnes ainsi hospitalisées aucune référence à leur passage en UMD n'est effectuée. Ces patients sont simplement hébergés à l'UMD sans conséquence pour leur statut.

Si cette situation est pénalisante pour la gestion de l'UMD, elle ne l'est pas *a priori* pour les patients, mais leur garantit leur droit à être pris en charge dans les plus brefs délais en l'absence de place dans les services ordinaires ».

Dans son courrier, le médecin-chef écrit : « il est important de distinguer les patients dans le cadre de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (D.398) ayant une indication UMD, ce qui ne pose pas de problème, de celles sans indication d'UMD, les seules posant problème ».

## 9 CONDITIONS DE TRAVAIL

Le service de nuit est mis en œuvre de 21h à 6h. Le service s'organise dans une dimension transversale ; les personnels sont, en effet, affectés à une unité mais l'infirmier coordonnateur peut équilibrer la composition des équipes au moment de la rédaction du planning. Un agent ne sera pas systématiquement dédié à une même unité. Le nombre des personnels soignants (infirmiers ou des aides-soignants) présents la nuit est le suivant :

- trois au bâtiment C ;
- deux au bâtiment A ;
- deux au bâtiment B ;
- trois au bâtiment dédié aux femmes ;
- trois au bâtiment de préparation à la sortie.

En résumé, quand un bâtiment comporte deux niveaux, les agents sont trois sinon, ils sont deux.

Un choix a été fait : les personnels qui prennent cette permanence ont opté pour la nuit et sont tous volontaires ; il existe une liste d'attente : le 3 janvier 2012, seize demandes de mutation au service de nuit avaient été déposées et, en l'état, non satisfaites puisque les volontaires sont plus nombreux que les places disponibles.

En cas de besoin, les personnels peuvent appeler un cadre de santé ; il existe, en effet, une permanence de cadres infirmiers qui de 18h à 8h ainsi que le samedi, le dimanche et les jours fériés prennent leur service sur le site ; ils sont compétents pour l'ensemble du CH. Les personnels peuvent inscrire leurs observations concernant un patient dans le logiciel Cimaise, porter des annotations dans le guide journalier qui existe dans chaque unité et éventuellement envoyer un message électronique au médecin et au cadre de santé.

Le 4 janvier 2012, les contrôleurs se sont rendus pendant le service de nuit à partir de 21h30 au bâtiment réservé aux femmes ; trois personnels étaient présents : deux infirmiers et un aide-soignant. Les contrôleurs se sont entretenus avec eux. Il apparaît que les agents font le choix de la nuit pour des raisons tout à fait personnelles : garde des enfants, rythme de vie, activités en dehors du CH... Le système semble donner satisfaction. Le calme régnait dans l'ensemble du bâtiment. En cas de difficulté, les personnels peuvent aussi appeler un psychiatre de garde qui prend son service pour l'ensemble du CH. Dans ce bâtiment, les personnels étaient particulièrement vigilants pour une personne dominée par l'angoisse qui devait comparaître prochainement devant une juridiction.

Les personnels ont expliqué aux contrôleurs qu'au moment des relèves avaient lieu des transmissions orales : un des membres de l'équipe sortante restait pour s'entretenir avec l'équipe montante. Les horaires ne se chevauchent pas entre les équipes ; un membre est donc volontaire pour assurer cette transmission orale.

Il a été indiqué aux contrôleurs que « le temps de présence des psychiatres est énormément amputé du fait de leur désignation pour la réalisation d'expertises psychiatriques ».

Dans sa réponse, le chef d'établissement et, dans son courrier, le médecin-chef écrivent tous les deux : « il existe une présence psychiatrique continue tous les jours de 8h à 18h et le samedi matin, et la réalisation d'expertises se fait en sus du travail à l'UMD ».

Il a été souligné que les personnels infirmiers se sont énormément féminisés ce qui n'est pas « forcément une bonne chose lorsqu'il faut intervenir physiquement sur un patient ».

Les équipes d'infirmiers de jour travaillent dans les unités d'hospitalisation selon un rythme journalier de huit heures, en alternance le matin de 6h à 14h et l'après-midi de 13h à 21h, une semaine sur deux, sur un temps hebdomadaire de trente-cinq heures. L'heure de 13h à 14h permet aux équipes du matin et de l'après-midi, le passage des consignes entre équipes et des réunions de service ou d'études de cas. Le service de nuit avec des infirmiers dédiés assurent une présence de 21h jusqu'à 6h pour une durée de travail hebdomadaire de trente-deux heures et demie. Il est indiqué aux contrôleurs que les personnels ayant le plus d'expérience professionnelle sont passés sur le service de nuit.

Il a été dit aux contrôleurs que les effectifs théoriques des infirmiers sont répartis afin de pourvoir chaque unité d'hospitalière de quatre infirmiers le matin, quatre l'après-midi et trois ou deux infirmiers la nuit, selon les unités.

Il n'existe pas de mutation importante de personnels soignants ; il a été indiqué qu'une prime de risque mensuelle de 234 euros était octroyée à chaque agent ; celle-ci « reste attractive pour travailler à l'UMD même s'il est souligné que les conditions de travail se durcissent ».

En 2011, vingt-quatre accidents du travail ont été déclarés dont onze étaient liés à des patients agités. Un plus grand nombre d'absences perlées est observée depuis deux années.

Un nombre croissant d'heures supplémentaires est octroyé pour remplacer les personnels manquants : en 2009, 462 heures supplémentaires étaient comptabilisées contre 710 heures en 2010 et 1453 heures en 2011.

Il est indiqué que le nombre d'infirmiers de secteur psychiatrique devient de plus en plus restreint ce qui conduit à établir un plan de formation continue étoffé.

Deux types de formation sont proposés aux personnels :

- celles offertes à tous les personnels de santé exerçant à l'hôpital de Montfavet. En général ces formations sont génériques : psychopathologie de l'adulte, droits des patients, etc.

- celles correspondant au plan de formation élaboré à partir des souhaits du pôle UMD et des unités de soins en milieu pénitentiaire.

En 2011, le budget attribué au pôle pour la formation a été de 18 860,60 euros pour des actions suivantes : en priorité, formation Omega (technique canadienne de pacification des situations de violence) avec vingt-trois demandes, l'unité du « Coudrier » totalisant à elle seule douze demandes ; formations individuelles (certificat d'aptitude aux techniques de musicothérapie ; diplôme universitaire de criminologie clinique ; diplôme universitaire de criminologie ; soins et création artistique ; utilisation de papier, de tissu et d'objets de récupération ; perfectionnement « terre – technique et émaillage »).

Une enveloppe est réservée au financement des participations à des colloques ou congrès.

Le pôle est un lieu de stage pour les professionnels très demandé. En 2010, soixante-et-onze stagiaires y ont effectué un stage.



## 10 APPRECIATION GENERALE

Les conditions d'hospitalisation, en particulier sur le site implanté dans le quartier Bel Air-Sainte-Catherine, sont bonnes compte tenu d'une architecture des lieux agréable. Les structures dédiées aux activités d'ergothérapie sont également de grande qualité. Les deux autres unités implantées sur le site hospitalier ont bénéficié de travaux de rénovation qui permettent également des conditions d'hospitalisation satisfaisantes.

Du fait d'un projet de soins global basé sur une proposition importante d'activités, la prise en charge des patients se révèle dynamique.

Reste la problématique de la dangerosité des patients qui guide les pratiques professionnelles des soignants ; ces dernières peuvent revêtir un caractère de traitement humiliant : absence de couverts à table, déshabillage dans les couloirs. A cela se rajoute, l'emploi de termes empruntés au milieu carcéral (« cantine », « pécule »...) qui ne peuvent qu'ajouter de la confusion dans la perception de ces lieux de soins. Le rattachement de l'UMD au pôle en charge des soins en milieu pénitentiaire ne va pas dans le sens de la levée de cette ambiguïté.

Plusieurs interlocuteurs ont appelé l'attention des contrôleurs sur le fait que l'UMD n'est pas destinée à accueillir définitivement certains malades ; à l'issue de leur prise en charge, les patients doivent rejoindre leur département d'origine. Or il s'avère que le retour, dans certains cas, est impossible alors que l'établissement d'origine avait pris l'engagement de reprendre la personne. Un cas particulier est tout à fait significatif d'un tel problème chronique.

X... est adressé par l'UMD de Cadillac où il était hospitalisé depuis le 5 mars 1990 en provenance du CH de Lagny (Seine-et-Marne), où il se trouvait en hospitalisation d'office depuis le 28 février 1990, à l'UMD de Montfavet dans une finalité de séjour de rupture : résistance à tout traitement, auto agressivité, violence manifestée à l'égard des soignants.

Un engagement de retour avait été signé entre le CH de Lagny et l'UMD de Cadillac.

X... est admis à l'UMD de Montfavet le 22 mai 2003.

En date du 4 avril 2006, la commission de suivi médical de l'UMD de Montfavet a proposé le retour du patient dans le service de psychiatrie générale au CH de Lagny. Depuis, cet avis a été réitéré tous les six mois. La famille du patient réside en Seine-et-Marne et a maintenu des liens avec lui.

On constate depuis cinq ans, une position de blocage administratif au retour du patient dans le centre hospitalier qui en 1990 l'avait adressé à une UMD. L'arrêté du préfet du Vaucluse du 23 février 2010 n'a pas été mis à exécution. Cette situation est préjudiciable au patient dont l'état psychiatrique est stabilisé ; elle impose des contraintes à sa famille (déplacements onéreux et compliqués pour ses parents âgés). Cette question au-delà du cas individuel est revenue régulièrement dans les entretiens qu'ont pu avoir les contrôleurs.

Dans son courrier, le médecin-chef écrit : « trois points soulevés sont essentiels pour le chef de pôle :

- le strict respect des règles d'admission en UMD excluant radicalement la notion d'hébergement des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, cette pratique étant source de nombreux problèmes ;
- l'importance d'éliminer les quelques blocages administratifs de sorties de patients ;

---

- enfin, une autonomisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire qui pourrait redevenir une fédération au sein du centre hospitalier de Montfavet ».

## OBSERVATIONS

Observation n° 1 : Des panneaux de signalisations indiquent clairement la direction du CH à partir du centre-ville d'Avignon. Les transports en commun conduisent à partir du centre-ville à l'entrée du CH, en empruntant la ligne de bus n° 8. Des places de parking sont situées à l'entrée et près de chaque unité constitutive du CH où il est très aisé de stationner les véhicules. Il faut souligner très positivement tous ces éléments (cf. § 2).

Observation n° 2 : Les psychiatres des hôpitaux dont les patients relèvent de soins en UMD font des demandes dans plusieurs d'entre elles, ce qui en multiplie les formalités administratives. Un système de centralisation des demandes d'hospitalisation en UMD permettrait de les répartir en fonction des places disponibles (cf. § 3.1).

Observation n° 3 : Il est pris acte qu'un nouveau livret d'accueil intégrant toutes les nouvelles données législatives et réglementaires est en bonne voie de finalisation (cf. § 3.4).

Observation n° 4 : Le juge des libertés et de la détention se rend deux fois par semaine au CH pour tenir une audience ; cette pratique professionnelle est à souligner positivement (cf. § 3.5).

Observation n° 5 : Les avocats ne se présentent pas souvent aux audiences même lorsqu'ils sont désignés, dans le cadre de l'aide judiciaire ; ils estiment en effet l'aspect financier de la prise en charge non encore assuré ; il est impératif de mettre fin à une situation qui ne permet pas d'assister les patients dans la défense de leurs droits (cf. § 3.5).

Observation n° 6 : Les registres de la loi sont parfaitement tenus, de façon exhaustive, sans aucune rature ni annulation de page (cf. § 3.6).

Observation n° 7 : Il est à déplorer que la reproduction des documents (arrêtés préfectoraux, certificats médicaux) dans les registres est réalisée dans un format tel qu'il rend très difficile leur lecture (cf. § 3.6).

Observation n° 8 : Cinq arrêtés signés par le représentant de l'Etat, sur vingt consultés, utilisent, après le 1<sup>er</sup> août 2011, l'expression « hospitalisation d'office » et non admission sous contrainte aux soins psychiatriques (cf. § 3.6).

Observation n° 9 : Le collège des professionnels de santé est une réalité avec des échanges, des réunions prévues, des avis rédigés. Il ne se tient pas pour la forme. Cette réalité mérite d'être soulignée ; il correspond à l'esprit de la loi (cf. § 3.11).

Observation n° 10 : Conformément au code de procédure pénale, les courriers des personnes hospitalisées au titre de l'article D.398 doivent être d'abord adressés à l'établissement pénitentiaire pour le contrôle de leur contenu avant d'être remis aux patients (cf. § 3.12.1) ;

Observation n° 11 : S'il peut être admis que des règles spécifiques d'organisation des visites (créneaux horaires, lieux de visite...) puissent être édictées pour chacune des unités du site de Bel-Air – Sainte-Catherine, des principes généraux devraient cependant être arrêtés sur certains points : le personnel soignant ne devrait pas être présent de manière systématique dans les salles de visite ; des règles communes devraient être également définies concernant la possibilité ou non pour les familles de déposer de l'argent et d'amener des denrées alimentaires, du tabac et divers objets (cf. § 3.12.2).

Observation n° 12 : Il en est de même concernant certaines modalités d'utilisation du téléphone qui devraient être revues, afin de mettre un terme à certaines pratiques : la présence systématique du personnel soignant durant les communications téléphoniques, l'obligation de s'exprimer en français, l'activation du haut-parleur de l'appareil pour les patients détenus (cf. § 3.12.3).

Observation n° 13 : Toutes les unités devraient être associées à la réflexion menée au sein de l'unité de l'Olivier concernant la possibilité pour les patients de se connecter à Internet, notamment afin de consulter leur messagerie (cf. § 3.12.4).

Observation n° 14 : Le projet médical de l'UMD est apparu particulièrement pertinent : la progressivité dans la prise en charge thérapeutique permet au patient d'évoluer au sein d'unités plus ou moins sécurisées, en limitant autant que possible les restrictions imposées et les contraintes de sécurité ; l'adhésion du patient au projet de l'unité s'inscrit « dans une logique de soin et non de gardiennage » ; la préoccupation de la sortie des patients anime le personnel qui maintient un contact permanent avec l'hôpital d'origine ayant vocation à les reprendre au terme du séjour en UMD (cf. § 4.1.1.1, 4.1.2.1, 4.1.3.1 et 4.1.6.4).

Observation n° 15 : Rénovées récemment, les trois unités d'hébergement de l'UMD installées sur le site de Bel-Air – Sainte-Catherine sont parfaitement entretenues et offrent d'excellentes conditions matérielles d'hospitalisation. Cependant, certains défauts de conception mériteraient d'être corrigés : le système de ventilation des chambres est bruyant et gênant notamment pour le sommeil ; le personnel devrait avoir la possibilité de régler la température du chauffage des chambres ; celles-ci ne sont pas équipées d'un bouton d'appel, obligeant les patients en cas de besoin à frapper aux portes pour se signaler auprès du personnel ; les salles de bains, froides et mal conçues, ne sont guère utilisées (cf. § 4.1.1.2, 4.1.2.2 et 4.1.3.2).

Observation n° 16 : Grâce aux cours de déambulation installées à proximité des chambres d'isolement, les patients qui s'y trouvent ont la possibilité de s'aérer plusieurs fois par jour (cf. § 4.1.1.2, 4.1.2.2 et 4.1.3.2).

Observation n° 17 : Même s'il existe une fiche informatisée classée dans le dossier médical de chaque patient, les mises en chambre d'isolement pratiquées dans les unités de l'UMD devraient être portées sur un registre permettant ainsi leur traçabilité aux fins de permettre un contrôle de la part des autorités

dont c'est la mission. De plus, cette procédure permettrait de mesurer la fréquente utilisation des chambres par des patients détenus en dehors d'une prescription de placement en UMD (cf. § 4.1.1.2, 4.1.2.2, 4.1.3.2 et 6).

Observation n° 18 : Dans toutes les unités, à l'exemple de l'Amourié et à l'Olivier, les transmissions de consignes réalisées en début et en fin de journée devraient s'effectuer sur le temps de travail (cf. § 4.1.1.3, 4.1.2.3 et 4.1.3.3).

Observation n° 19 : Dans toutes les unités, le tutoiement et l'interpellation des patients avec leur prénom sont d'usage. Il conviendrait, à l'exemple de l'unité de l'Olivier, de recommander plus activement le recours au vouvoiement (cf. § 4.1.1.3, 4.1.2.3 et 4.1.3.3).

Observation n° 20 : Les initiatives prise par l'unité de l'Olivier en matière d'activités et d'animation, en soirée et durant le week-end, sont à encourager et à développer dans d'autres unités (cf. § 4.1.4).

Observation n° 21 : Une même procédure devrait être mise en œuvre dans toutes les unités pour les achats hebdomadaires effectués par les patients – règles communes pour les achats autorisés et les limitations fixées, confection de liste de produits mis en vente, information du prix des produits... (cf. § 4.1.4).

Observation n° 22 : Les termes de « cantine » et de « pécule », devraient être abandonnés dans un lieu de soins afin d'éviter l'utilisation de termes à connotation carcérale (cf. § 4.1.4 et 10).

Observation n° 23 : Le choix de l'hôpital de n'installer aucun dispositif de vidéosurveillance à l'intérieur des unités est à souligner comme une position de principe prise dans l'intérêt des patients (cf. § 4.1.4).

Observation n° 24 : Dans l'unité des Chênes Verts, les dégradations faites par des patients, en état de crise, devraient être rapidement réparées ou remplacées (cf. § 4.1.5.1).

Observation n° 25 : Les cloisons de séparation des sanitaires montées à l'intérieur des chambres permettent de respecter l'intimité des patients ; cette conception architecturale, propre à l'unité des Chênes Verts, s'applique également pour la chambre d'isolement, ce qui est suffisamment rare pour être soulignée (cf. § 4.1.5.1).

Observation n° 26 : Suite à la visite des contrôleurs, il a été indiqué qu'il avait été mis fin, dans l'unité des Chênes Verts, à la pratique du déshabillage des patients dans le couloir. L'argument selon lequel les patients ne sont pas autorisés à déposer leurs vêtements sur les étagères de leur chambre, au motif de la prévention du suicide, n'est pas convaincant, dans la mesure où des draps et des couvertures leur sont remis (cf. § 4.1.5.1).

Observation n° 27 : Les différences de pratiques entre soignants de l'unité des Chênes Verts conduisent à des ruptures d'égalité de traitement entre les patients qui nuisent à la qualité de la prise en charge (cf. § 4.1.5.2).

Observation n° 28 : A l'unité des Tilleuls, une forte d'odeur nauséabonde règne dès l'entrée du bâtiment. Le plafond et le haut des murs des sanitaires du premier étage sont dégradés par l'humidité. Il conviendrait de réaliser les travaux qui s'imposent (cf. § 4.1.6.1).

Observation n° 29 : A l'unité des Tilleuls, grâce à une organisation de travail adaptée des personnels soignants, il n'existe pas de confusion des rôles et pas d'indications contradictoires, ce qui contribue à la stabilité et au sentiment de sécurité des patientes (cf. § 4.1.6.3).

Observation n° 30 : A l'unité des Tilleuls, le déjeuner a lieu à 11h45 et la sieste débute de 12h30 à 13h45. Toutes les patientes se brossent les dents après le déjeuner. Il a été précisé aux contrôleurs que Le samedi et le dimanche, la prolongation de sieste jusqu'à 15 h est vécue comme trop longue par les patientes (cf. § 4.1.6.4).

Observation n° 31 : A l'unité des Tilleuls, l'argent des patientes est enregistré et géré par la banque de l'hôpital. Un décompte nominatif du solde est adressé au personnel soignant de l'unité et rangé dans le classeur administratif nominatif. Un reçu devrait être remis aux patientes (cf. § 4.1.6.4).

Observation n° 32 : Les activités thérapeutiques mises en place à l'unité d'ergothérapie sont multiples et variées, en raison notamment de la qualité des équipements, ce qui rend particulièrement dynamique la prise en charge des patients. On peut cependant regretter la diminution du nombre d'activités de loisirs proposées dans les unités sauf à celle des Tilleuls (cf. § 4.1.7).

Observation n° 33 : Dans le cadre de l'unité d'ergothérapie, les sorties extérieures sont particulièrement développées en raison de la mise en œuvre d'un solide partenariat (cf. § 4.1.7).

Observation n° 34 : L'exposition des œuvres des patients pourrait se dérouler dans d'autres lieux que l'hôpital. Cette initiative aurait l'avantage de sensibiliser le public à la prise en charge des patients en UMD (cf. § 4.1.7.1).

Observation n° 35 : Il devrait être recherché une solution de transport pour accompagner, au moins une fois par semaine, les patient(e)s des Chênes Verts et des Tilleuls aux équipements sportifs, sur le site installé dans le quartier Bel Air-Sainte-Catherine (cf. § 4.1.7.6).

Observation n° 36 : Les repas fournis donnent satisfaction aux patients. L'initiative des personnels consistant à déconditionner le contenu des barquettes dans des assiettes est à souligner. En revanche, il n'est pas admissible que les patients de l'Amourié et du Coudrier ne disposent que d'une cuillère en guise de couverts (cf. § 4.2).

Observation n° 37 : Les réceptions de linge, des repas et de la pharmacie, devraient s'effectuer au sein des unités afin de permettre aux personnels de ne pas avoir à s'absenter de leur unité (cf. § 4.2 et 4.3).

Observation n° 38 : Sur le site de Bel Air – Sainte Catherine, la livraison du linge devrait être quotidienne comme elle l’est dans toutes les autres unités du CH (cf. § 4.3).

Observation n° 39 : Les représentants de différents cultes sont présents dans les unités. Il conviendrait de généraliser la pratique de l’unité du Coudrier où les entretiens se passent dans une pièce de vie de l’unité (et non dans une salle de visites), ce qui ne permet pas aux aumôniers d’être directement en relation avec les patients. En outre, l’accès des aumôniers aux personnes placées en chambre d’isolement reste partout à organiser (cf. § 4.5).

Observation n° 40 : Des principes communs devraient être arrêtés concernant les « gratifications » : celles-ci devraient en priorité être versées aux patients les plus démunis en ressources financières et ne pas être conditionnées à la réalisation de tâches ménagères, comme cela est déjà mis en pratique à l’unité de l’Olivier. Ces règles devraient être portées à la connaissance des patients (cf. § 4.6).

Observation n° 41 : Le protocole de mise en contention, établi par l’unité « les Tilleuls », devrait être, une fois actualisé, généralisé à l’ensemble des unités (cf. § 6).

Observation n° 42 : L’UMD reçoit des patients venant des établissements pénitentiaires voisins : Avignon-le-Pontet, Tarascon et Arles. Ces patients n’ont pas de prescription médicale d’UMD et pourtant ils sont placés à l’UMD pour des raisons de sécurité, s’il n’y a pas de place dans une chambre d’isolement du CH. Il serait nécessaire de provoquer une réunion entre la direction de l’hôpital, le cabinet du préfet et les psychiatres de l’UMD et des établissements pénitentiaires, pour trouver une solution plus satisfaisante qu’un placement par défaut en UMD (cf. § 8).

Observation n° 43 : L’UMD n’a pas vocation à accueillir définitivement les patients qui lui sont adressés. A l’issue de leur prise en charge, ces derniers sont appelés à rejoindre leur établissement hospitalier d’origine. Or il s’avère que le retour, dans certains cas, est impossible alors que l’établissement d’origine avait pris l’engagement de reprendre le patient. Des initiatives devraient être prises pour mettre fin à des situations totalement inadmissibles à la fois pour le patient et le service public (cf. § 10).

Observation n° 44 : Il serait souhaitable que les personnels hospitaliers entreprennent un travail d’information pédagogique auprès de leurs interlocuteurs, des médias et du public, afin que l’adjectif « dangereux » ne se substitue pas à celui de « difficile » dans le sigle UMD (cf. § 10).





## Table des matières

<b>1</b>	<b>Conditions de la visite .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Présentation générale de l'établissement .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Hospitalisations sans consentement et exercice des droits .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1</b>	<b>Les modalités d'admission des patients .....</b>	<b>7</b>
<b>3.2</b>	<b>Les modalités d'arrivée du patient .....</b>	<b>9</b>
<b>3.3</b>	<b>La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 .....</b>	<b>10</b>
<b>3.4</b>	<b>Les informations données aux malades arrivant et les voies de recours .....</b>	<b>11</b>
<b>3.5</b>	<b>Le juge des libertés et de la détention .....</b>	<b>13</b>
<b>3.6</b>	<b>Les registres de la loi .....</b>	<b>14</b>
<b>3.7</b>	<b>L'information donnée aux familles .....</b>	<b>18</b>
<b>3.8</b>	<b>La confidentialité de l'hospitalisation .....</b>	<b>18</b>
<b>3.9</b>	<b>L'accès au dossier médical par le patient .....</b>	<b>19</b>
<b>3.10</b>	<b>Le recueil des observations des patients .....</b>	<b>19</b>
<b>3.11</b>	<b>Le collège des professionnels de santé .....</b>	<b>20</b>
<b>3.12</b>	<b>La communication avec l'extérieur .....</b>	<b>20</b>
3.12.1	Le courrier .....	20
3.12.2	Les visites .....	21
3.12.3	Le téléphone .....	22
3.12.4	L'informatique .....	23
<b>3.13</b>	<b>Les visites des autorités .....</b>	<b>23</b>
<b>3.14</b>	<b>Les sorties de moins de douze heures .....</b>	<b>23</b>
<b>3.15</b>	<b>La commission départementale des soins psychiatriques .....</b>	<b>24</b>
<b>3.16</b>	<b>Le traitement des plaintes et réclamations .....</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>Conditions matérielles d'hospitalisation .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Le projet médical et le parcours des patients de l'UMD .....</b>	<b>25</b>
4.1.1	L'unité « l'Amourié » .....	26
4.1.2	L'unité « l'Olivier » .....	30
4.1.3	L'unité « le Coudrier » .....	35
4.1.4	La vie quotidienne dans les unités : « l'Amourié », « l'Olivier » et « le Coudrier » .....	39
4.1.5	L'unité « les Chênes Verts » .....	41
4.1.6	L'unité « Les Tilleuls » .....	48
4.1.7	L'unité ergothérapie, sociothérapie et sport .....	55
<b>4.2</b>	<b>La restauration .....</b>	<b>61</b>
<b>4.3</b>	<b>Le linge .....</b>	<b>62</b>
<b>4.4</b>	<b>L'hygiène .....</b>	<b>63</b>
<b>4.5</b>	<b>Les cultes .....</b>	<b>63</b>
<b>4.6</b>	<b>Les ressources .....</b>	<b>64</b>
<b>5</b>	<b>Soins somatiques .....</b>	<b>66</b>
<b>6</b>	<b>Recours à l'isolement et à la contention .....</b>	<b>67</b>
<b>7</b>	<b>Commission de suivi médical .....</b>	<b>68</b>
<b>8</b>	<b>Hospitalisation des patients détenus .....</b>	<b>69</b>
<b>9</b>	<b>Conditions de travail .....</b>	<b>71</b>
<b>10</b>	<b>Appréciation générale .....</b>	<b>73</b>
	<b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>75</b>