



**Centre hospitalier spécialisé
Jean-Pierre Falret
à Leyme et à Cahors
(Lot)**

*Du 5 au 9 janvier 2015
et*

12 au 15 janvier 2015

SYNTHESE

Six contrôleurs du Contrôle général des lieux de privation de liberté ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier spécialisé Jean-Pierre Falret à Leymes (Lot) du 5 au 9 janvier 2015 et deux d'entre eux ont visité l'unité implantée à Cahors du 12 au 15 janvier 2015.

A l'issue de leur visite, les contrôleurs ont rédigé un rapport de constat, qui a été communiqué le 17 avril 2015 au chef d'établissement. Ce dernier a fait part de ses observations le 3 juin 2015.

I/ Le centre hospitalier, géré par une association, est implanté sur deux sites. La partie principale (avec 131 lits répartis dans les sept unités pour adultes et 17 lits pour l'unité réservée aux mineurs) se trouve à Leyme, commune de moins de 1 000 habitants située au Nord-Est du département, à 76 km de Cahors, dans une zone d'accès difficile, notamment en période hivernale, que ne dessert aucune ligne de bus ; la gare la plus proche est à 20 km. Une unité de 18 lits est située à Cahors, près de l'hôpital général.

Le centre hospitalier spécialisé de Leyme est géré par l'institut Camille Miret, association d'intérêt général à but non lucratif, qui intervient aussi dans des différents domaines (médico-social, social et hébergement social) pour ne pas se limiter à la partie sanitaire mais travailler aussi en amont et en aval et aider les patients durant la totalité de leur parcours. L'institut a ainsi repris de petits établissements médico-sociaux et le centre hospitalier Jean-Pierre Falret a été désigné comme l'établissement responsable des deux secteurs de psychiatrie adultes et de l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile du Lot. Dans ce département où les psychiatres libéraux sont très rares, l'établissement tient donc une place majeure.

A Leyme, l'hôpital est implanté sur le site d'une ancienne abbaye, transformée au 19^{ème} siècle pour donner des soins aux malades mentaux. Il est constitué de bâtiments anciens, de belle apparence et bien entretenus mais aussi de quelques autres, plus récents, sur la périphérie du site. Proche du village, il est entouré de grands espaces verts et ouvert sur l'extérieur ; aucun mur d'enceinte n'existe, aucun poste de filtrage ne limite les entrées, aucun dispositif de vidéosurveillance n'est installé à l'extérieur des bâtiments. La circulation y est aisée et une ambiance apaisante se dégage de l'ensemble (cf. § 2.1).

L'unité d'hospitalisation complète (UHC) de Cahors est une unité ouverte, sans chambre d'isolement. Très confortable et bien équipée, elle n'est pas adaptée aux patients en soins sans consentement ; elle en reçoit cependant une quinzaine par an, lorsque leur état psychique le permet, c'est-à-dire la plupart du temps en fin d'hospitalisation à l'issue d'un séjour dans une des unités de Leyme. Dès que leur état s'aggrave, ils sont transportés en urgence à Leyme. Malgré l'existence de deux salles de réunion, il n'est pas prévu de salle d'audience à l'intérieur de l'UHC ni dans l'hôpital général, situé à quelques dizaines de mètres de l'unité. Les patients sont transportés en voiture au tribunal de grande instance (TGI) situé à moins de 10 mn à pied (cf. § 5.1).

Le recrutement de psychiatres est difficile et la position excentrée du centre hospitalier, à Leyme, n'y est probablement pas étrangère. Des postes étaient vacants lors de la visite et les équipes soignantes le ressentaient douloureusement.

Les infirmiers sont nettement plus nombreux que les aides-soignants et les équipes sont en nombre conséquent par rapport à ce qui peut être observé ailleurs. Le personnel, essentiellement en contrat à durée indéterminée, bénéficie d'avantages sensibles grâce à des accords locaux. Le taux d'absentéisme est faible.

Les personnels ont paru très impliqués et différentes réflexions sont menées au sein de l'établissement pour faire évoluer les pratiques. L'établissement est en mouvement : l'organisation de la direction étant en cours de modification lors de la visite, des attributions supplémentaires étaient confiées aux cadres de santé pour valoriser leurs fonctions... Cette situation mérite donc d'être soulignée (cf. § 2.4).

Le nombre des patients admis en soins psychiatriques en péril imminent a atteint près de la moitié de celui des admissions à la demande d'un tiers. Ce sujet, qui a attiré l'attention de l'agence régionale de santé, du centre hospitalier Jean-Pierre Falret et de la commission départementale des soins psychiatriques, a entraîné une réaction et des réunions sont prévues avec les services d'urgence pour que le statut de « péril imminent » soit dûment justifié par l'impossibilité d'agir autrement, en l'absence de tiers. L'évolution mérite d'être suivie avec attention (cf. § 2.5, 3.1.1 et 3.12).

II/ Des constats opérés, certains éléments sont incontestablement positifs.

Dans les unités, le régime de la liberté pour téléphoner, recevoir des visites ou sortir est la règle. Les communications téléphoniques émises à partir des postes fixes sont gratuites et les patients majeurs peuvent conserver leur téléphone portable, sauf à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise où ils peuvent cependant les utiliser de façon ponctuelle. Les interdictions sont limitées et décidées par les médecins, sur prescription médicale, au cas par cas, en fonction de la situation de chacun. Les relations sexuelles ne constituent pas un tabou : aucun interdit n'est imposé, aucune sanction n'est prononcée et le sujet est abordé avec le médecin, si nécessaire (cf. § 4.2.2.1-a et § 4.2.4.4.a).

La règle fortement affirmée selon laquelle la chambre de chaque patient constitue un « lieu privatif thérapeutique » est très fortement affirmée dans la majeure partie des unités. Ce respect mérite d'être souligné (cf. § 4.2.1.1).

La conservation de leurs vêtements personnels par les patients, leur évitant aussi de revêtir un pyjama en journée (hors isolement), est une bonne pratique qui mérite d'être relevée (cf. § 4.2.1.4 – a).

La fermeture à clé des armoires placées dans les chambres des patients est une mesure judicieuse car elle leur permet de conserver en sécurité des objets sensibles ou attractifs, d'autant que les pertes de clés sont rares. Cet exemple montre que cette bonne pratique pourrait être également adoptée dans d'autres établissements (cf. § 4.2.1.1).

L'accès aux images de vidéosurveillance provenant de la caméra de la seule chambre d'isolement de l'unité fermée d'hospitalisation et de crise équipée d'une caméra

est protégé : elles ne sont pas enregistrées, la visualisation en direct nécessite un mot de passe et l'écran est éteint en dehors des périodes d'utilisation (cf. § 4.2.1.1).

La possibilité donnée aux patients de l'unité fermée d'hospitalisation et de crise de sortir dans la cour durant toute la journée est une bonne pratique. L'installation en rez-de-chaussée le facilite. L'absence d'activité d'ergothérapie est pénalisante mais la mise en place d'une salle de créativité, en cours d'installation à la date de la visite, constituera une réelle avancée (cf. § 4.2.1.4 – c).

La présence quasi permanente d'un psychiatre, en journée, et celle d'un médecin généraliste, qui partage son activité entre l'UFHC et les unités infanto-juvénile, constituent un point fort de l'unité fermée d'hospitalisation et de crise (cf. § 4.2.1.4 – d).

L'unité Elan'Go pour adolescents, de construction récente, est d'une conception architecturale intéressante. Les soins prennent leur place dans un cadre structurant où la place des familles est individualisée et réfléchie. La flexibilité des soignants, ayant notamment permis d'organiser une sorties en lien avec l'actualité, est à souligner (cf. § 4.2.6).

Le placement à l'isolement est principalement effectué à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise qui bénéficie de trois des cinq chambres d'isolement du centre hospitalier. Un registre y a été mis en place, ce qui est suffisamment rare pour être signalé ; cette mesure pourrait être élargie aux deux autres unités disposant d'une telle installation.

III/ Certaines situations nécessiteraient cependant des améliorations.

Il est particulièrement regrettable que les avocats soient absents lors des audiences du juge des libertés et de la détention qui se tiennent dans une salle aménagée du centre hospitalier de Leyme et que le barreau n'ait rien organisé. La distance entre le chef-lieu du département et l'hôpital ne justifie pas cette carence. Les patients comparaissent ainsi sans l'assistance pourtant prévue par la loi (cf. § 3.10.2).

La désignation et le rôle de la personne de confiance ne répondent pas de façon satisfaisante au concept. En effet, comme dans tous les établissements de soins psychiatriques visités par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, il est expliqué que les patients, en particulier les plus âgés (comme à l'unité de gérontopsychiatrie), sont souvent dans l'incapacité de la désigner. Cela signifie que le patient a dès lors besoin des services d'une personne de confiance puisque celle-ci est sensée être consultée dès lors que le patient n'est pas en mesure de s'exprimer. La recherche d'une personne de confiance devrait donc être systématique (cf. § 4.2.5.2 et 4.2.5.2).

Un protocole a été mis en place avec les services de l'Etat (justice, santé, forces de l'ordre, préfecture) afin de définir le rôle de chacun des acteurs pour éviter de confier à la gendarmerie nationale la prise en charge d'un patient en crise aiguë sur la voie publique jusqu'à son retour dans le centre hospitalier. Ce protocole, prévu pour être expérimental pendant six mois est toujours en application ; certaines de ses modalités méritent d'être précisées, comme cela apparaissait dans le texte (§ 3.7.3).

Des préservatifs, disponibles à la pharmacie des unités, sont donnés aux patients s'ils le demandent mais ces derniers ne sont pas informés de cette possibilité (cf. § 4.2.2.1-a, § 4.2.2.3.a, § 4.2.4.4.a). Par ailleurs, le seul distributeur de préservatifs, installé à l'entrée de la cafétéria, n'est plus approvisionné depuis plusieurs années (§ 4.1.5.1). Une information relative à la possibilité d'obtenir des préservatifs à la pharmacie, voire à leur mise à disposition dans un lieu à l'abri du regard, paraît souhaitable.

Le nombre des activités mises en place dans ce centre hospitalier devrait être augmenté. En effet, cet établissement ne dispose ni de bibliothèque ni d'atelier d'ergothérapie et le stock de livres existant dans les unités n'est pas renouvelé (cf. § 4.5.1.2 à 4.5.1.3).

A l'unité de soins prolongés, où se trouvent des patients atteints de pathologies lourdes et en besoin de repères, le recrutement d'un psychiatre, en mars 2015, après une longue période d'instabilité, est un point positif. Il conviendrait également d'initier à nouveau des séances d'analyse des pratiques. Cependant, au moment de la visite, moins de la moitié des patients bénéficiaient d'activités ; cela peut certes s'expliquer par leurs pathologies, mais l'intention du personnel soignant d'en organiser un plus grand nombre doit être d'autant plus soutenue (cf. § 4.2.3).

L'unité d'hospitalisation de réinsertion, dite « R2 », est installée dans des locaux anciens et mal adaptés, avec des chambres ne disposant pas de salle d'eau attenante et quelques-unes accueillant encore deux lits, alors que tel n'est plus le cas dans les autres unités du centre hospitalier. La réflexion engagée sur le devenir de cette structure mériterait de déboucher rapidement sur une solution alternative (cf. § 4.2.4-a).

L'unité d'hospitalisation de réinsertion était confrontée à des difficultés en raison des trop faibles temps de présence du psychiatre et de la cadre de santé. Ainsi, des autorisations de sorties n'étaient parfois pas délivrées, faute de psychiatre. Il est cependant pris acte des dispositions adoptées depuis (cf. § 4.2.4-d).

A l'unité Elan'Go (pour adolescents), malgré le bon suivi des projets scolaires individuels à l'extérieur, une réflexion plus importante devrait avoir lieu pour que les jeunes passant parfois plusieurs mois au sein de l'unité puissent poursuivre leur scolarité (cf. § 4.2.6).

OBSERVATIONS

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

A - Bonnes pratiques :

1. La définition des événements indésirables a été reprise en 2012 et le suivi informatique a fait l'objet d'un protocole de façon à en obtenir l'homogénéité, avec la création d'une « cellule de vigilance » ou « cellule restreinte » dépendant du comité de pilotage (COFIL) qualité.
2. La lutte contre les violences physiques s'appuie sur la méthode OMEGA, enseignée à un nombre croissant de personnels.
3. L'efficacité de la méthode de suivi des fiches de signalement d'un événement indésirable (FSEI) repose sur un engagement fort de la direction générale et des personnels à travers des réunions périodiques. Les réunions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, tous les deux mois, assurent le relai et l'explication du travail effectué par la cellule de veille (cf. § 3.7.2).
4. La direction générale de l'institut, qui exploite les questionnaires de satisfaction et en communique les résultats aux membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), prend des dispositions correctrices quand, dans un questionnaire, un point particulier obtient une réponse globale de satisfaction (la somme des résultats « très satisfait » et « satisfait ») inférieure à 75 % (cf. § 3.7).
5. La mise en place d'un rideau devant la lucarne permettant de voir l'intérieur de la salle d'eau des chambres d'isolement de l'unité fermée d'hospitalisation et de crise est respectueuse de l'intimité des patients, ainsi conciliée avec les impératifs de sécurité (cf. § 4.2.1.1).
6. L'accès des patients au téléphone autre que le téléphone portable est possible dans les différentes unités et les communications sont gratuites pour la France métropolitaine (cf. § 4.1.3.1).
7. Même si les visites sont autorisées seulement l'après-midi, les unités font preuve de souplesse compte tenu de l'éloignement de Leyme et de l'absence de moyen de transport en commun. Les mineurs sont acceptés sans restriction d'âge (cf. § 4.1.3.5).

B - Recommandations :

1. Il est nécessaire de rappeler au barreau à l'obligation de prévoir la présence d'un avocat lors des audiences du JLD tenues à Leyme (cf. § 3.10.2).
2. Le comité d'éthique et le comité de liaison pour l'alimentation et la nutrition devraient être réactivés (cf. § 3.4 et § 4.1.1.3).
3. Le livret d'accueil ne contient pas de passage concernant le droit de vote. Cependant, à l'occasion des élections, la direction générale du centre hospitalier adresse un courriel à chaque unité en vue de dresser la liste des personnes voulant

établir des procurations et de les regrouper pour que le militaire de la gendarmerie nationale chargé de les recueillir ne se déplace qu'une seule fois. Cette procédure pourrait utilement faire l'objet d'un protocole (cf. § 3.8).

4. Il semblerait intéressant que magistrats et médecins se rencontrent dans un contexte moins formel que la réunion de bilan de fin d'année ; certains d'entre eux se sont déclarés favorables à une telle opportunité d'échanger et de partager leurs préoccupations de façon informelle (cf. § 3.10.2 et § 3.10.2.2).
5. La procédure en place pour permettre aux personnes titulaires de l'autorité parentale de donner leur accord pour que l'aumônier rencontre les mineurs concernés, manifestement méconnue, devrait faire l'objet d'une meilleure diffusion (cf. § 3.9 et § 4.2.6.3.b).
6. L'information des patients sur le cultes est assurée de façon insuffisante. Les coordonnées des représentants des différents cultes et les horaires d'ouverture de l'aumônerie devraient être intégrés au livret d'accueil. De plus, les horaires indiquées sur la plaquette rédigée et distribuée par l'aumônerie aux personnes qu'elle rencontre et ceux affichés sur les portes de la chapelle et du local, différents lors de la visite, devraient être harmonisés (cf. § 3.9).
7. L'équipement du centre hospitalier devrait permettre aux patients d'avoir un accès à Internet (cf. § 4.1.3.4, 4.2.2.3.b, 4.2.5.3 b).
8. La cafétéria, au milieu du parc anglais, est attractive. Il serait utile qu'elle reste ouverte pendant le week-end et qu'elle propose la vente de papier à lettres, d'enveloppes et de timbres (cf. § 4.1.5.1, § 4.2.2.1.b et § 4.2.2.3.b).
9. Le projet de service de l'unité fermée d'hospitalisation et de crise, qui date de 2005, n'a pas été modifié après la réforme introduite par la loi du 5 juillet 2011 et la fiche de poste de la cadre de santé ne correspond plus à celle en vigueur. Une réactualisation paraît nécessaire (cf. § 4.2.1.1).
10. Le principe selon lequel les internes en médecine participant au tour d'astreinte ne prescrivent pas de mesures de contention sans en référer à un médecin senior doit être respecté (cf. § 4.2.4.4.d).
11. Comme le Contrôleur général des lieux de privation de liberté l'a déjà recommandé dans son rapport d'activité de 2013 (page 236), « dès lors qu'une personne, admise en soins libres et placée en chambre d'isolement pendant plus de douze heures, ne manifeste pas explicitement son consentement pour demeurer en soins selon les mêmes statuts », les procédures devraient « permettre de [la] faire bénéficier d'un statut juridique adapté, offrant le bénéfice des garanties prévues par la loi » (cf. § 4.4.1).
12. L'unité d'hospitalisation complète (UHC) de Cahors devrait disposer d'un livret d'accueil digne de ce nom (cf. § 5.1.2.4).

13. Le transfert en ambulance du service des urgences de Cahors à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise ne devrait pas se faire sous contention, d'autant qu'aucun personnel soignant n'est présent pendant ce déplacement qui dure parfois une heure et demie. (cf. § 5.2.2.2).

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE

OBSERVATIONS 6

TABLE DES MATIERES..... 9

RAPPORT

1 Les conditions de la visite 13

2 Présentation générale de l'établissement 14

2.1 L'implantation 14

2.1.1 L'historique du site 14

2.1.2 L'institut Camille Miret..... 15

2.1.3 L'accessibilité 16

2.1.4 Le site..... 17

2.2 L'organisation de la psychiatrie dans le Lot.....19

2.3 L'organisation de l'établissement19

2.4 Les personnels.....20

2.4.1 Le personnel médical 20

2.4.2 Le personnel non médical 21

2.4.3 La gestion des ressources humaines 21

2.5 Les patients admis sous contrainte23

2.6 Les données financières.....24

3 L'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits 25

3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement.....25

3.1.1 Les modalités d'admission..... 25

3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours..... 27

3.1.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels 27

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance 28

3.2 L'information des patients admis.....29

3.2.1	Le livret d'accueil et le règlement intérieur.....	29
3.2.2	Les règles de vie des unités de soins	29
3.2.3	Le recueil des observations des patients.....	30
3.3	La confidentialité des soins	30
3.3.1	La confidentialité des hospitalisations	30
3.3.2	L'accès au dossier médical.....	30
3.4	Le comité d'éthique	32
3.5	La place laissée aux représentants des familles et des usagers.....	32
3.6	La protection juridique des majeurs.....	33
3.7	Les incidents et leur traitement.....	33
3.7.1	La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC) 33	
3.7.2	Les violences et événements indésirables	35
3.7.3	La gestion des sorties sans autorisation (fugues).....	36
3.7.4	Les questionnaires de satisfaction	36
3.8	Le droit de vote	37
3.9	L'exercice du culte	37
3.10	La levées des mesures d'admission.....	38
3.10.1	Le collège des professionnels de santé.....	38
3.10.2	Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	40
3.11	La visite des autorités.....	42
3.12	Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)	42
3.13	La traçabilité sur le registre de la loi du respect de la procédure.....	43
3.14	Les sorties	44
3.14.1	Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures	44
3.14.2	Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures (loi du 27 septembre 2013)	44
3.14.3	Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat.....	44
3.14.4	L'information des tiers.....	44
4	Les conditions d'hospitalisation a Leyme	44
4.1	Les conditions matérielles de vie communes à tous les secteurs.....	44

4.1.1	La restauration	44
4.1.2	L'hygiène	46
4.1.3	La communication avec l'extérieur	47
4.1.4	L'argent des patients	49
4.1.5	L'accès aux lieux collectifs.....	50
4.1.6	La sécurité.....	53
4.1.7	Les transports	53
4.2	Les conditions propres à chaque unité	54
4.2.1	L'unité fermée d'hospitalisation et de crise (UFHC)	54
4.2.2	L'unité d'hospitalisation de court séjour (Hospy O2)	66
4.2.3	L'unité de soins prolongés	75
4.2.4	L'unité d'hospitalisation de réinsertion, dite « R2 ».....	86
4.2.5	L'unité de gérontopsychiatrie	95
4.2.6	L'unité de soins ELAN'GO (mineurs).....	108
4.3	Les soins somatiques	120
4.3.1	L'accès au médecin généraliste.....	120
4.3.2	Les consultations spécialisées.....	121
4.3.3	La pharmacie	122
4.3.4	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	122
4.4	Le recours à l'isolement et à la contention	123
4.4.1	L'isolement.....	123
4.4.2	La contention.....	125
5	Les conditions d'hospitalisation a cahors	125
5.1	L'unité d'hospitalisation complète	125
5.1.1	Présentation générale.....	125
5.1.2	L'admission dans l'unité	128
5.1.3	Le fonctionnement	130
5.1.4	Les soins	133
5.1.5	Le recours à l'isolement et à la contention.....	134
5.1.6	Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	136
5.1.7	La visite des autorités	136

5.2 Le service d'accueil des urgences et l'unité d'hospitalisation de courte durée..... 136

5.2.1 L'organisation des soins psychiatriques136

5.2.2 La prise en charge sous la contrainte au service d'accueil des urgences137

RAPPORT

Contrôleurs :

- Michel Clémot, chef de mission ;
- Anne-Sophie Bonnet ;
- Cyrille Canetti ;
- Philippe Nadal ;
- Vianney Sevaistre ;
- Cédric de Torcy.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Jean-Pierre Falret¹ à Leyme (Lot) du 5 au 9 janvier 2015. Deux d'entre eux ont visité l'unité implantée à Cahors du 12 au 15 janvier 2015.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier spécialisé à Leyme (Lot), le lundi 5 janvier 2015 à 14h45 ; ils en sont repartis le vendredi 9 janvier à 15h30. Ils sont arrivés à l'unité d'hospitalisation située à Cahors le lundi 12 janvier 2015, à 15h, et en sont repartis le jeudi 15 janvier 2015, à 16h.

Le 5 janvier 2015, dès leur arrivée, les contrôleurs ont rencontré le président et le directeur général de l'institut Camille Miret, dont dépend cet établissement. A 15h30, une réunion de présentation a été organisée et les contrôleurs y ont rencontré, outre les deux personnes précitées :

- la directrice des établissements de santé, la directrice des ressources humaines, le directeur des services économiques, logistiques et techniques, l'adjoint à la directrice financière, l'adjoint au directeur des affaires sanitaires, le directeur de l'information médicale, le directeur des soins infirmiers et l'infirmière générale ;
- le vice-président de la commission médicale d'établissement (CME)² ;
- les chefs de pôle et les cadres de santé ;
- un médecin généraliste et le pharmacien ;
- la co-présidente de l'UNAFAM.

¹ Jean-Pierre Falret (1794 - 1870) est un psychiatre français originaire du Lot.

² Le président de la commission médicale d'établissement avait démissionné et la nouvelle présidente a été élue le jeudi 8 janvier 2015.

Le 9 janvier 2015 à 14h, à l'issue de la visite, les contrôleurs ont tenu une réunion avec le président, le directeur général, un psychiatre représentant la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), la directrice des établissements de santé, le directeur des services économiques, logistiques et techniques et le directeur des soins infirmiers pour leur faire part des principaux enseignements provisoires tirés de la visite.

Les contrôleurs se sont en outre entretenus par téléphone avec le directeur de cabinet du préfet du Lot, la directrice territoriale de l'agence régionale de la santé (ARS), la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et la bâtonnière du barreau de l'ordre des avocats de Cahors. Ils ont également rencontré la présidente du tribunal de grande instance de Cahors et le procureur de la République près le même tribunal ainsi qu'une juge des libertés et de la détention (JLD).

Les affichettes annonçant la visite des contrôleurs ont été largement apposées dans les unités de soins.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec des soignants et, en toute confidentialité, avec des patients au moment de la visite.

Par ailleurs, ils ont effectué une visite de nuit le mercredi 7 janvier 2015.

Cette mission a fait l'objet d'un rapport de constat qui a été adressé au chef d'établissement le 17 avril 2015, lui demandant de faire part de ses observations. Ce dernier a répondu le 3 juin 2015. Le présent rapport de visite en tient compte.

2 PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'implantation

2.1.1 L'historique du site

Le centre hospitalier est implanté sur le site d'une ancienne abbaye de moniales cisterciennes, construite au 13^{ème} siècle.

Après la Révolution française de 1789, l'abbaye devient un bien national. En 1794, Monsieur Jalenques, maire de Leyme et percepteur de Saint-Céré, achète le site.

En 1835, Joseph Tissot, dit Frère Hilarion, qui avait quitté la congrégation des frères de Saint-Jean-de-Dieu après un accès d'aliénation mentale ayant nécessité une hospitalisation, achète le site et y installe un établissement pour donner des soins à des malades mentaux. Des travaux à la ferme et des exercices religieux constituent le traitement. L'asile médico-agricole de Leyme est créé en septembre 1835. Le propriétaire doit ensuite rapidement céder le site sous la menace des créanciers.

Monsieur Jalenques et son fils reprennent la direction du site de 1836 à 1853 et un avocat de Figeac prend leur succession de 1853 à 1878.

Camille Miret, ingénieur des Arts et Manufactures, a assuré la direction de l'établissement de 1878 à 1905. Il a profondément marqué l'histoire de l'hôpital par des constructions et des

innovations (une laverie avec eau courante chaude et froide à l'intérieur des bâtiments, un barrage pour produire de l'électricité...).

En 1976, la fondation Camille Miret, devenu depuis l'institut Camille Miret, prend en charge la gestion et le fonctionnement de l'établissement.

Le site appartient au Conseil général du Lot depuis 1985 et un bail emphytéotique permet à l'institut de le gérer. L'institut doit aussi l'entretenir. Seul, le terrain sur lequel sont implantées les unités Hop'ti Mom et Elan'Go appartient désormais à l'institut Camille Miret, comme les bâtiments qui y ont été récemment construits.

Une importante partie du domaine qui entourait le site a été vendue.

2.1.2 L'institut Camille Miret

Après avoir été une société anonyme, l'institut est devenu une association d'intérêt général à but non lucratif. L'association, régie par la loi de 1^{er} juillet 1901, a été créée en 1974.

En 1994, un projet d'établissement a restructuré l'hôpital ; sa capacité, de 800 lits, a été réduite à moins de 200 lits et les patients ont été orientés vers d'autres structures.

L'association est administrée par un conseil d'administration qui choisit un bureau, dont un président. Son siège social est à Leyme.

Ainsi, l'institut Camille Miret intervient :

- dans le domaine sanitaire avec le centre hospitalier Jean-Pierre Falret à Leyme (avec une unité à Cahors), le centre de soins de suite et de réadaptation et l'établissement d'hospitalisation à domicile à Bretenoux (au Nord de Leyme) ;
- dans le domaine médico-social avec une maison d'accueil spécialisée (MAS) à Leyme et une annexe pour enfants polyhandicapés, une maison d'accueil spécialisée à Catelnaumontrater (dans le Sud du département), un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés psychiques (SAMSAH) et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à Lacapelle-Marival (au Sud de Leyme), un institut médico-éducatif (IME) et un service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) à Cahors et un établissement et service d'aide par le travail à Leyme ;
- dans le domaine social, avec un foyer occupationnel à Leyme ;
- dans le domaine de l'hébergement avec une résidence sociale à Cahors et une autre à Assier (au Sud de Leyme).

Par arrêté préfectoral de 1986, il a été désigné comme l'établissement hospitalier responsable des secteurs de psychiatrie du Lot³.

L'institut a la volonté d'intervenir dans différents domaines pour ne pas se limiter à la partie sanitaire mais travailler aussi en amont et en aval pour aider les patients dans la totalité de leur parcours. Il a ainsi repris des petits établissements médico-sociaux, absorbant de petites associations.

³ Cf. www.pagesjaunes.fr/recherche/departement/lot-46/psychiatre

La volonté de rendre un service de proximité l'a conduit à multiplier les implantations pour assurer un maillage du territoire.

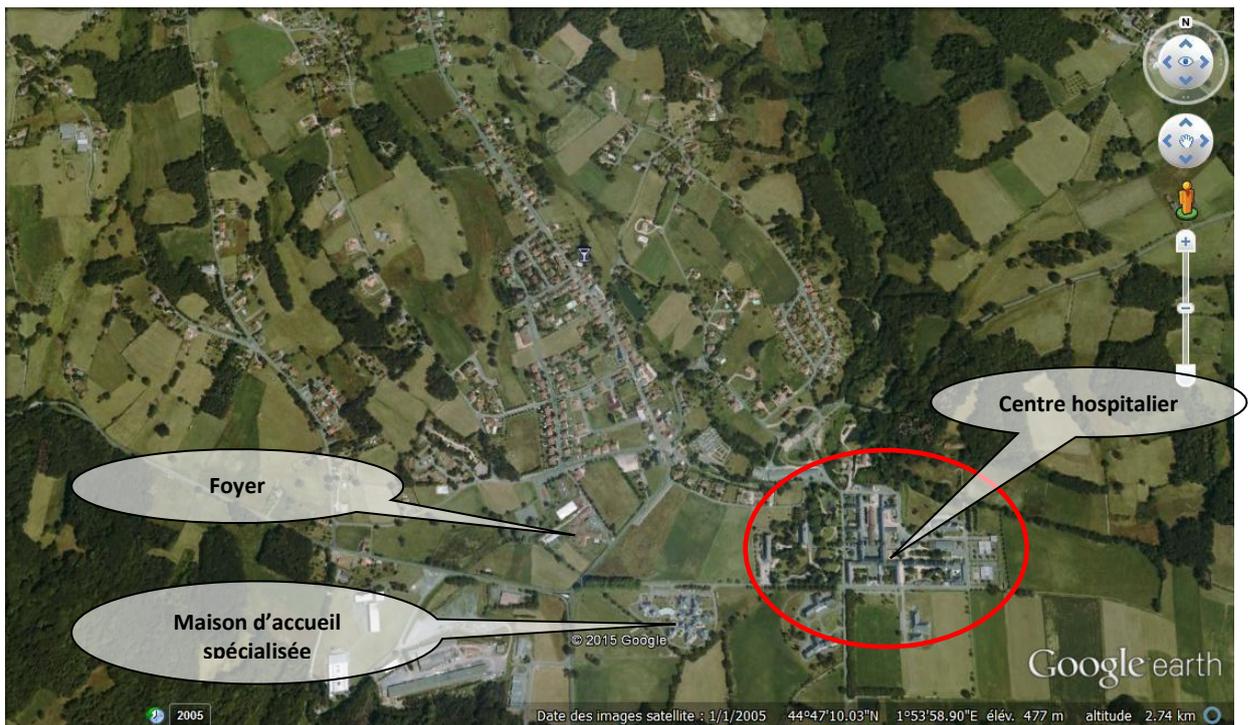
Un guide de gouvernance, mise à jour en juin 2013, présente l'organisation et les fonctions des différentes entités. Un contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens a été signé par le directeur général de l'ARS de Midi-Pyrénées et le directeur de l'établissement.

Un projet d'établissement pour les années 2013 à 2017 présente le projet médical, le projet de soins, la politique sociale, la politique financière, le projet logistique et technique, les systèmes d'information, le département d'information médicale et des archives hospitalières, la politique du médicament et la maîtrise du risque infectieux, la politique « qualité » et la politique de communication. Chaque thème décliné fait l'objet d'orientation, sorte de plan d'action.

Avec environ 1 100 salariés, l'institut Camille Miret est le troisième employeur du département.

2.1.3 L'accessibilité

Outre une unité située à Cahors (cf. *infra* § 5), le centre hospitalier est implanté à Leyme, dans le Nord-Est du Lot. La population de cette commune a progressé jusqu'à accueillir 1 706 habitants en 1975 et s'est ensuite progressivement réduite ; en 2012, la commune regroupait 953 habitants⁴. Quelques commerces, une médiathèque et un bureau de poste demeurent en place.



L'implantation du centre hospitalier à Leyme

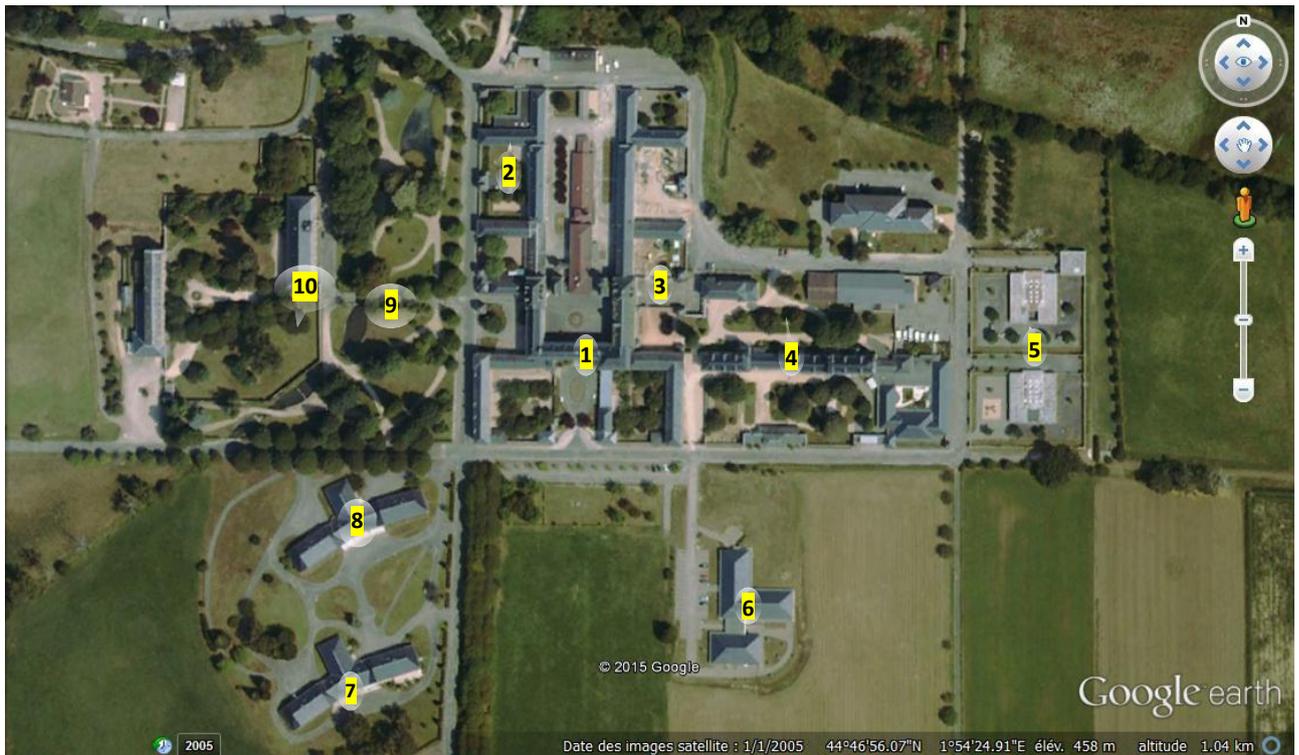
⁴ Source INSEE.

La commune, excentrée, est accessible par des routes secondaires. Leyme est à 12 km de Saint-Céré (chef-lieu de canton – 3 540 habitants), 31 km de Figeac (sous-préfecture - 9 783 habitants) et 76 km de Cahors (préfecture – 19 991 habitants).

Une signalisation permet d'arriver facilement à l'hôpital. De nombreuses possibilités de stationnement existent aux abords de l'établissement.

Les gares les plus proches sont implantées à Gramat (17 km), à Assier (18 km) et à Figeac (31 km). Une gare, imaginée par Camille Miret et construite au Nord de l'hôpital, n'a jamais été reliée au réseau ferré. Aucune ligne de bus ne dessert Leyme.

2.1.4 Le site



Vue aérienne du centre hospitalier Jean-Pierre Falret à Leyme

Légende :

- | | |
|---|--|
| 1 - Bâtiment de la direction et des services | 2 – Unité fermée d'hospitalisation et de crise (UFHC) |
| 3 – Unité de psychopathologie des conduites addictives | 4 – Unité de psychogériatrie générale et unité cognitivo-comportementale |
| 5 - Site des deux unités Hop'Ti Mom (enfants) et Elan Go (adolescents) ⁵ | |
| 6 - Unité de soins prolongés (USP) | 7 - Unité d'hospitalisation (dite Hospi O2) |
| 9 - Unité de réhabilitation (dite R2) | 9 – Jardin anglais |
| 10 - Cafétéria | |

⁵ La photographie date d'avant la construction des actuels bâtiments.

L'hôpital est ouvert sur l'extérieur et aucun mur d'enceinte n'existe. Aucune barrière n'interdit l'entrée au sein de l'hôpital et aucun poste de filtrage n'est en place. Les accès, nombreux, sont donc libres et la circulation entre les bâtiments est aisée.

Aucun dispositif de vidéosurveillance n'est installé à l'extérieur des bâtiments.

Le site est proche du village et est entouré par des espaces verts.

Les bâtiments, anciens, datant pour la plupart de l'abbaye ou de la fin du 19^{ème} siècle, sont de belle apparence et sont bien entretenus. Quelques bâtiments (l'unité de psychiatrie générale, l'unité de soins prolongés, l'unité de réhabilitation) sont de construction plus récente (des années 1970) voire même très récente (les deux unités recevant des mineurs).

Même si les bâtiments ne sont pas classés, l'institut Camille Miret veille à préserver le site. La construction d'une extension à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise a ainsi été menée après consultation de l'architecte des bâtiments de France.

L'ensemble constitue un cadre de vie agréable.



Quelques vues des parties anciennes de l'établissement



Un jardin anglais, séparé des bâtiments d'hospitalisation par une rue, sert de parc et la cafétéria des patients le longe.

2.2 L'organisation de la psychiatrie dans le Lot

Le département du Lot, avec 174 346 habitants recensés en 2012 mais avec une zone centrale fort peu peuplée, regroupe deux secteurs de psychiatrie adultes et un inter-secteur de pédopsychiatrie :

- le secteur 46 G 01 qui couvre le Sud du département, notamment avec Cahors et Gourdon ;
- le secteur 46 G 02 qui couvre le Nord du département, notamment avec Figeac et Saint-Céré ;
- l'inter secteur 46 I 01.

L'institut Camille Miret est en charge de l'ensemble de la psychiatrie dans ce département. Hors ses structures, seuls cinq psychiatres libéraux sont présents dans le Lot⁶.

2.3 L'organisation de l'établissement

Le centre hospitalier est organisé en cinq pôles :

- le pôle G 01 de psychiatrie générale (secteur Sud) avec une unité d'hospitalisation complète à Cahors et les urgences psychiatriques du centre hospitalier de Cahors mais aussi avec des centres médico-psychologiques (CMP – à Cahors, à Prayssac et à Gourdon), des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP – à Cahors et à Gourdon), un hôpital de jour (à Cahors) et des appartements thérapeutiques (à Cahors) ;
- le pôle G 02 de psychiatrie générale (secteur Nord) avec une unité d'hospitalisation complète à Leyme (dite « O2 ») mais aussi avec des centres médico-psychologiques (CMP – à Figeac et à Saint-Céré, avec une antenne à Souillac), des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP – à Figeac, Saint-Céré et Lacapelle-Marival), des hôpitaux de jour (à Figeac et à Saint-Céré) et des appartements thérapeutiques (à Figeac) ;
- le pôle Z 01, correspondant à un inter-secteur de géronto-psychiatrie, avec une unité de géronto-psychiatrie générale et une unité cognitivo-comportementale à Leyme, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP – à Cahors et à Souillac), des hôpitaux de jour (à Leyme et Figeac) et des équipes ambulatoires (à Cahors, Figeac, Gourdon, Gramat et Saint-Céré) ;
- le pôle Z 02, en inter-secteur adultes, avec une unité fermée d'hospitalisation et de crise (UFHC), une unité de psychopathologies des conduites addictives (UPCA), une unité de réhabilitation (dite « R2 ») et une unité de soins prolongés (USP) à Leyme ;
- le pôle I 01, correspondant à l'inter-secteur de pédopsychiatrie, avec une unité « enfants » (dite « Hop'Ti Mom ») et une unité « adolescents (dite « Elan Go ») à Leyme et quatre centres médico-psychologiques et hôpitaux de jour (CMP-HJ à Cahors, Figeac, Saint-Céré et Souillac).

A la date de la visite, une réflexion était menée pour réduire à quatre le nombre des pôles, en rattachant l'unité de soins prolongés au pôle G 01 et les trois autres unités du pôle Z 02 au pôle G 02. Le poste de chef du pôle Z 02 étant vacant, la mesure commençait à être appliquée.

⁶ Cf. consultation du site www.pagesjaunes.fr

L'organisation administrative de l'institut était également en cours de réaménagement. Jusqu'alors, le directeur général de l'institut était également le directeur des établissements sanitaires. Le nouvel organigramme, qui se mettait en place, avait pour but de lui permettre de se consacrer plus aux aspects stratégiques en étant secondé par un directeur des affaires générales faisant fonction de coordonnateur général des services et en laissant la direction des établissements sanitaires à une autre personne.

Trois directions fonctionnelles restaient en place : la direction des affaires financières, la direction des ressources humaines et la direction des services économiques, logistiques et techniques). Une direction des soins infirmiers était maintenue au sein de la direction des établissements sanitaires.

2.4 Les personnels

Selon le bilan social de 2013, l'évolution de l'effectif total rémunéré (en équivalent temps plein - ETP) avait évolué de la manière suivante :

	Psychiatres	Généralistes	Spécialistes	Socio-éducatifs	Soignants	Techniques	Administratifs	TOTAL
2011	19,17	6,82	1,30	53,66	424,18	73,27	79,59	657,99
2012	17,13	5,96	1,30	50,71	427,24	73,31	78,98	654,63
2013	18,82	5,06	4,31	49,10	431,99	70,14	81,30	660,72

En décembre 2014, l'effectif total (médical et paramédical) était de 545,80 ETP dont, notamment, 16,61 de psychiatre, 5,86 de médecin généraliste, 4,71 de médecins en contrat à durée déterminée, 3,51 de médecin d'autres spécialités, 16,94 ETP de diététicien, psychomotricien orthophoniste, ergothérapeute, pharmacien ou préparateur en pharmacie, 354,89 de soignants (dont 23,91 de cadres supérieurs et de cadres de santé, 267,99 d'infirmiers et 62,99 d'aides-soignants) et 50,95 d'agents hôteliers spécialisés.

2.4.1 Le personnel médical

A la date de la visite, la situation était la suivante :

Pôle	Nombre de psychiatres	Nombre d'ETP	Observation
G 01	8	7,3	Le chef de pôle devait partir en retraite en mars 2015.
G 02	6	6	
Z 01	3	2,5	Un chef de pôle devait arriver le 1er mars 2015
Z 02	2	1,8	Aucun chef de pôle n'était affecté et un poste restait à pouvoir (cf. <i>infra</i>)
I 01	7	6,4	
Total	26	24	

Cinq internes étaient affectés : un à l'unité d'hospitalisation complète de Cahors, un à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise, un à l'unité de psychopathologies des conduites addictives, un à l'unité « Hospi O2 » et un aux unités « Hop'Ti Mom » et « Elan Go ».

Un médecin généraliste à mi-temps intervenait à l'unité de Cahors et trois à temps plein à Leyme.

Par ailleurs, un gériatre devait rejoindre le pôle de géronto-psychiatrie le 15 janvier 2015 et un neurologue y intervenait à mi-temps.

Selon les informations recueillies, le recrutement de psychiatres pour travailler à Leyme posait quelques difficultés. La position excentrée de l'établissement n'y est probablement pas étrangère.

La situation était particulièrement difficile à l'unité de soins prolongés et à l'unité de réhabilitation. Les équipes soignants y étaient, de ce fait, en difficulté (cf. paragraphes 4.2.3 et 4.2.4).

2.4.2 Le personnel non médical

Le nombre d'infirmiers est beaucoup plus important que celui des aides-soignants : 81 % d'infirmiers et 19 % d'aides-soignants.

Selon les informations recueillies, cette situation est le fruit de l'histoire du centre hospitalier. L'affectation d'aides-soignants dans les unités (hors la géronto-psychiatrie) n'a débuté qu'en 2012. La commission des soins infirmiers a alors été saisie et a présenté des préconisations pour l'affectation des trente premières personnes recrutées. L'une d'elles était de ne pas retirer d'infirmier là où devait être affecté un aide-soignant. Pour trouver des mesures de compensation, des postes d'infirmiers ont été réduits dans le secteur extra-hospitalier.

Les contrôleurs ont observé que les effectifs affectés dans les unités étaient conséquents par rapport à la situation rencontrée dans de nombreux autres établissements.

Les horaires de service, identiques dans toutes les unités, sont de 6h15 à 14h15 ; de 13h45 à 21h45 ; de 21h30 à 6h30 ; ils permettent un temps de transmission de 30 minutes en milieu de journée mais de 15 minutes le matin et le soir.

Le service de nuit, de 21h30 à 6h30 (soit 9 heures de travail), est assuré par une équipe de quarante-six professionnels spécialement affectés à la nuit. Un cadre de santé, également en charge de la formation, présent l'après-midi et en première partie de nuit, dirige cette équipe. Un des quatre coordonnateurs prend le service à compter de 20h30. Un infirmier et un aide-soignant sont affectés à chaque unité, sauf à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise et à l'unité de géronto-psychiatrie qui bénéficie d'un aide-soignant supplémentaire.

Cette organisation pose toutefois une difficulté, selon les soignants rencontrés dans différentes unités : les contacts entre les équipes de jour et de nuit sont rapides et les membres des équipes de nuit n'assistent pas aux différentes synthèses. Une coupure a été évoquée.

2.4.3 La gestion des ressources humaines

Selon le bilan social de 2013, au 31 décembre, les personnels étaient en quasi-totalité en contrat à durée indéterminée, quelle que soit leur catégorie : 639,59 ETP en contrat à durée indéterminée (96,8 %) et 21,13 ETP en contrat à durée déterminée (3,2 %).

Selon la même source, à la même date, deux-tiers des personnels sous contrat à durée indéterminée a plus de 42 ans.

Au cours des dernières années, les recrutements ont essentiellement portés sur des agents en contrat à durée déterminée (71,6 % en moyenne sur les années 2011 à 2013). Un important mouvement de soignants a eu lieu en 2013 :

- trente-neuf, sous contrat à durée indéterminée, sont partis (dont dix-huit en retraite et douze en démission) et cinquante ont été recrutés sous le même statut ;
- soixante-sept, sous contrat à durée déterminée, ont quitté l'établissement et soixante-dix ont été recrutés en remplacement.

La mission des cadres de santé a été revalorisée. Leur fiche de poste a été étendue pour ne pas les cantonner à la seule gestion de leur unité mais pour les associer à des travaux plus larges. Ainsi, la cadre de santé de l'unité fermée d'hospitalisation et de crise a-t-elle une mission relative aux soins intensifs, ce qui va l'amener, en liaison avec le médecin de son unité, à prendre contact avec les services des urgences des centres hospitaliers du département mais aussi avec les maires pour expliquer les procédures d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Des personnels rencontrés par les contrôleurs ont signalé que les rémunérations pouvaient varier d'une personne à l'autre, pour des postes identiques. Il a été précisé, en réponse, que cette situation avait désormais cessé et que ceux qui gagnaient plus avaient dû prendre des responsabilités supplémentaires.

Les personnels bénéficient d'avantages sensibles grâce à des accords locaux. Les soignants travaillent deux week-ends sur trois mais disposent de vingt-sept jours de réduction du temps de travail (RTT) et perçoivent les trois jours de carence lors de maladie.

Le taux d'absentéisme a varié entre 5,01 % et 5,61 % entre 2011 et 2013. En 2013, 66 % des journées d'absence étaient liés à des raisons non médicales⁷, 20 % pour des maternités, 7 % pour des maladies et 7 % pour des accidents de travail et de trajet.

Les orientations pluriannuelles en matière de formation professionnelles pour l'exercice triennal 2012 - 2013 - 2014 fixaient six objectifs dont l'un était « la formation aux adaptations réglementaires de nos secteurs d'activités ». Ce dernier se déclinait en neuf items dont « les droits de patients » et « la privation de liberté ».

Le « bilan provisoire concernant l'exécution du plan de formation 2014 » faisait état, pour les personnels soignants, de quatre actions individuelles et de dix-sept actions collectives (pour 208 stagiaires) réalisées au 31 août et de vingt-trois actions individuelles et de seize actions collectives (pour 155 stagiaires) restant à réaliser avant la fin de l'année.

⁷ Sans autre précision.

2.5 Les patients admis sous contrainte

Globalement, pour les hospitalisations complètes, le centre hospitalier dispose de 131 lits pour adultes ainsi répartis :

- à l'unité d'hospitalisation de Cahors : 18 lits ;
- à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise : 15 lits ;
- à l'unité d'hospitalisation du secteur G 02 : 18 lits
- à l'unité de réhabilitation sociale : 18 lits ;
- à l'unité de soins prolongés : 18 lits ;
- à l'unité de géronto-psychiatrie : 29 lits ;
- à l'unité de psychopathologies des conduites addictives : 15 lits.

L'unité de pédo-psychiatrie offre 17 lits.

Les durées moyennes de séjour des personnes admises sans consentement étaient les suivantes :

	soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDT/U)	soins psychiatriques en péril imminent (SPPI)	soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)
2012	33,79	32,94	25,97	138,18
2013	85,92	46,56	27,25	475,11

Selon l'analyse menée par le centre hospitalier, la durée moyenne des personnes placées en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, qui a très fortement augmenté en 2013, nécessite d'être corrigée : un patient pris en charge depuis 2002 est décédé et quatre mesures longues, prises avant la loi de 2011, ont été levées dans l'année ; le retrait de ces cinq patients conduit à une moyenne de séjour de 144 jours, peu différente de celle de 2012.

Le 6 janvier 2015, selon un état fourni par l'établissement, la situation était la suivante :

	Nombre de personnes admises en soins psychiatriques (hospitalisation complète)				
	sans consentement (total)	à la demande d'un tiers (SDT)	à la demande d'un tiers en urgence (SDT/U)	en péril imminent (SPPI)	sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)
Unité Cahors	4	/	2	2	/
UFHC	14	2	2	8	2
O2	6	2		4	
USP	9	4	1	/	4
R2	7		4	1	2
UGP	/	/	/	/	/
UPCA	1	/	/	1	/
Total	41	8	9	16	8

2.6 Les données financières

Pour la première fois, l'établissement a présenté un déficit en fin d'année 2014 et la même tendance se dessine pour 2015.

Le Lot étant classé en zone de revitalisation rurale (ZRR), l'institut Camille Miret, employeur associatif, bénéficie d'exonération des charges sociales sur les salaires depuis 2005 du fait que l'activité a un caractère d'intérêt général. Ces exonérations ne portent toutefois que sur les salariés embauchés avant cette date et disparaissent progressivement avec le temps et les renouvellements d'effectif.

En 2013, ces exonérations ont été supprimées pour les établissements comptant plus de 500 ETP. L'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSAFF) a alors appliqué le taux ordinaire des cotisations compte tenu de l'effectif total des établissements gérés par l'institut (cf. paragraphe 2.1.2). La perte étant évaluée à deux millions d'euros, l'institut a engagé un recours gracieux puis un recours contentieux.

En 2014, une nouvelle modification a été introduite limitant l'abattement aux salaires inférieurs à 1,5 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC), appliquant un abattement dégressif jusqu'aux salaires inférieurs à 2,4 fois le SMIC et n'en accordant aucun au-delà de ce seuil. Parallèlement, l'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées a modifié les règles d'allocation de la dotation annuelle de financement et l'Institut, qui y a perdu, a engagé un recours. Au total, la perte est évaluée à un million d'euros.

Pour cet établissement, pour lequel 83 % des dépenses sont celles de personnel, ce sujet est important. Un déficit de plus d'un million d'euros est annoncé pour 2014 pour un budget de l'ordre de 40 millions d'euros. Le budget prévisionnel pour 2015 est également déficitaire.

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

3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement

3.1.1 Les modalités d'admission

Les patients hospitalisés sans consentement au centre hospitalier de Leyme, que ce soit :

- à la demande d'un tiers avec ou sans urgence ;
- dans le cadre d'un péril imminent ;
- sur décision du représentant de l'Etat (préfet) ;

sont admis directement à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise (UFHC), dans la quasi-totalité des cas.

Ils arrivent généralement depuis l'un des quatre services d'urgences du département (cf. paragraphe 5.2, s'agissant du service des urgences du centre hospitalier général de Cahors) ou depuis leur domicile. Quelques admissions se font directement dans l'unité de géronto-psychiatrie, mais ce cas de figure est rare.

Le centre hospitalier a communiqué des exemplaires types des certificats médicaux à établir à tous les services d'urgences et médecins du département.

Les personnels des urgences connaissent bien la procédure mais font admettre **un nombre de patients en péril imminent supérieur à la moyenne nationale.**

En 2012, 308 personnes avaient été admises en soins psychiatriques sans consentement, dont 173 après être passées par le service des urgences d'un des centres hospitaliers du département (soit 56,2 %).

En 2013, 289 personnes ont été admises en soins psychiatriques sans consentement. Parmi elles, 179 étaient passées par le service des urgences d'un des centres hospitaliers du département (soit 61,9 %) dont 69 par celui de Figeac, 43 par celui de Cahors, 40 par celui de Saint-Céré et 21 par celui de Gourdon⁸.

Ces admissions se répartissaient ainsi : 131 en soins psychiatriques en péril imminent, 97 en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence, 37 en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et 24 en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat. Le nombre des admissions en soins psychiatriques en péril imminent, très important, a attiré l'attention de l'agence régionale de santé, de la direction de l'établissement et de la commission départementale des soins psychiatriques.

⁸ Six l'avaient été par un autre service d'urgence non précisé.

La principale raison invoquée est que la personne en crise arriverait seule aux urgences et qu'il ne serait pas possible de trouver un proche pour la faire hospitaliser à sa demande. Face à ce constat, l'agence régionale de santé et le centre hospitalier Jean-Pierre Falret ont décidé de se rendre dans les services d'urgences afin de rencontrer les urgentistes pour les sensibiliser à la question. Ces derniers, quand ils adresseront des personnes avec le statut « péril imminent » devront, pour un temps donné, justifier de la non possibilité d'agir autrement.

La présidente de la commission départementale des soins psychiatriques a adressé un courrier aux directeurs des centres hospitaliers du Lot en 2014 car, en 2013, « le taux de mesures de péril imminent représentait 47 % des mesures à la demande d'un tiers », ce taux étant « bien supérieur à celui des autres départements : Haute-Garonne : 10 % ; Ariège : 22 % ; Tarn-et-Garonne : 8 % ». La présidente indiquait également que ce taux était porté à 60 % au premier trimestre 2014.

Les contrôleurs ont constaté que la procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement faisait l'objet d'un protocole ; des fiches techniques spécifiques, dont la dernière version date du 15 septembre 2014, déclinent exhaustivement pour chaque catégorie d'admission le mode opératoire conformément aux prescriptions légales. Il s'agit de deux documents, l'un concernant les soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat, l'autre les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou péril imminent. En résultent deux documents exhaustifs de vingt-sept pages chacun.

Le bureau des entrées gère, à distance, les admissions des personnes hospitalisées sans leur consentement. Quatre personnes y travaillent : une cheffe de bureau, deux agents administratifs et une rédactrice. Il est ouvert de 8h30 à 17h30 mais ne reçoit pas physiquement les patients. Deux des personnels du bureau des entrées partiront à la retraite en 2015 et une incertitude règne quant à leur remplacement. D'après les informations recueillies, un des deux postes seraient reconduits et les trois agents du bureau devront être polyvalentes.

Quand le cas de figure se présente, les urgences (ou le médecin traitant) contactent directement l'UFHC pour savoir si un lit est disponible. Le patient arrive alors directement à l'unité avec les documents nécessaires, qui sont transmis par télécopie par la secrétaire médicale. Le week-end, c'est le cadre d'astreinte qui gère les admissions.

Une réunion, tenue le 5 décembre 2014, a eu pour objet l'« organisation et mise en place de procédures d'entrée et de sortie de patients hospitalisés sous contrainte en adéquation avec la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 et la loi n°2013-869 du 27 septembre 2014 ». Elle a rassemblé un psychiatre, la directrice adjointe aux affaires sanitaires, la cadre de santé de l'UFHC, la secrétaire du bureau des entrées, une infirmière et deux secrétaires médicales de l'UFHC. Il est ainsi indiqué que, à l'arrivée du patient, la procédure suivante doit être respectée : « faire une copie de la demande d'hospitalisation sous contrainte et des certificats médicaux pour le dossier médical. Transmettre les originaux au secrétariat médical pendant les heures d'ouverture ; pour les hospitalisations de nuit, donner les documents au secrétariat le lendemain à 9h, pendant les week-ends les remettre au cadre de direction de garde. Le secrétariat faxera les documents au bureau des entrées, les originaux leur seront remis le lendemain ».

Les points suivants sont également rappelés :

- « pour les transferts en SPDT et les SPDRE, il est absolument nécessaire d’avoir les accords médicaux et administratifs avant de proposer une date du transfert » ;
- « on ne peut pas refuser l’admission en SPDRE d’un patient domicilié dans notre département. »

Il est rare que les documents soient incomplets ou mal renseignés mais, quand cela se produit, en découle une période qui peut durer quelques heures, pendant laquelle le patient est hospitalisé sous contrainte sans que la décision ait été signée par le directeur de l’hôpital.

En 2013, 61% des admissions se sont faites après passage aux urgences⁹.

Le transport depuis le domicile ou les urgences se fait en ambulance du SAMU ou d’une société privée, selon le cas (disponibilité, distance, etc.). Dans le cas d’admissions en SPDRE, le préfet peut décider d’une escorte de gendarmerie.

3.1.2 La notification de la décision d’admission et les voies de recours

Des formulaires spécifiques et complets servent à notifier la décision d’admission au patient ainsi que les droits dont il dispose durant son hospitalisation, quel que soit son mode d’admission.

Dans le cadre des admissions en SPDRE, les droits mentionnés sont les suivants :

- communiquer avec le préfet, le président du tribunal de grande instance, le procureur ou le maire ;
- saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- porter à la connaissance du contrôle général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- prendre conseil avec un médecin ou un avocat de son choix ;
- consulter le règlement intérieur de l’établissement et recevoir les explications qui s’y rapportent ;
- émettre ou recevoir des courriers ;
- exercer son droit de vote ;
- se livrer aux activités religieuses et philosophiques de son choix ;
- se pourvoir à tout moment contre cet arrêté soit directement, soit par l’intermédiaire de son tuteur par simple requête adressée au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Cahors.

En pratique, la décision d’admission est notifiée dans les unités et, dans la grande majorité des cas, à l’UFHC (cf. paragraphe 4.2.1.2).

3.1.3 L’inventaire et la conservation des effets personnels

L’inventaire et la conservation des valeurs sont effectués dans les unités, la plupart du temps à l’UFHC (cf. paragraphe 4.2.12).

⁹ Bilan 2013 soins sans consentement.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

La possibilité pour un patient de désigner une personne de confiance est faite dès son arrivée ou de manière différée selon son état. Un document de deux pages est remis à l'intéressé.

La première page explique la démarche :

« Pendant votre séjour, il vous est possible de désigner une personne que vous choisissiez librement dans votre entourage (parent, proche, ou le médecin traitant). Cette personne en qui vous avez toute confiance, vous accompagnera, à votre demande, tout au long des soins et des décisions à prendre. Cette personne, que l'hôpital considérera comme votre "personne de confiance", pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits. Sa présence pourra également s'avérer indispensable au cas où vous ne pourriez pas exprimer votre volonté ni recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait consultée par l'équipe médicale pour adapter au mieux votre prise en charge thérapeutique.

La désignation d'une personne de confiance :

- *est facultative ;*
- *doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation ;*
- *se fait par écrit à l'aide du formulaire ci-après ;*
- *peut être annulée à tout moment : il vous suffit d'en avvertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance ;*
- *cette désignation de la personne de confiance n'empêche pas que puissiez désigner une ou plusieurs autre(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin (attention : les personnes à prévenir pourront être contactées si besoin mais les professionnels de santé ne sont pas autorisés, sans votre accord préalable, à leur communiquer des informations de santé vous concernant) ;*
- *est valable pour la durée de l'hospitalisation, et pour plus longtemps si vous le souhaitez.*

Il vous revient d'en informer la personne que vous aurez choisie. Votre décision sera enregistrée dans votre dossier médical. Vous serez libre de décider que certaines informations que vous jugerez confidentielles ne devront pas être données par l'équipe hospitalière à votre personne de confiance : vous devrez alors nous l'indiquer précisément.

NB : seule une personne majeure peut désigner une personne de confiance ».

La deuxième page est le formulaire à proprement parler, qui précise de nouveau les implications de cette désignation. Ce document doit être signé par le malade et peut aussi être signé par personne désignée. La possibilité de révocation, avec le nom et la signature du professionnel, la signature du patient et la date, figure en bas de la page.

D'après les propos recueillis, un peu moins de la moitié des patients désigneraient une personne de confiance.

3.2 L'information des patients admis

3.2.1 Le livret d'accueil et le règlement intérieur

Le livret d'accueil du centre hospitalier est réalisé sous forme d'une pochette sur papier glacé, en couleur et illustrée de photographies, comportant les feuillets suivants :

- bienvenue au centre hospitalier Jean-Pierre Falret de Leyme ;
- présentation ; les pôles hospitaliers ; offre de soins ;
- formalités administratives à accomplir ; vos frais d'hospitalisation ;
- cartes du département : psychiatrie générale adulte ; secteur de psychiatrie juvénile infanto-juvénile ;
- modes d'admission ;
- la qualité et de la sécurité des soins ; charte des personnes hospitalisées ;
- informations de santé : gestion des informations, accès au dossier médical, la conservation des données, les directives anticipées, la personne de confiance, la continuité des soins, les tenues professionnelles, maison des usagers, plaintes, réclamations, observations ;
- feuillet correspondant à l'unité concernée (exemple : votre séjour à l'UFHC)

La pochette comprend également une plaquette d'information à destination de l'entourage.

Le feuillet relatif aux modes d'admission décline les différents modes d'admission sans consentement ainsi que la levée des mesures.

A titre d'exemple, le feuillet intitulé : « Votre séjour à l'UFHC » comporte les rubriques suivantes :

- présentation de l'unité ;
- équipe pluridisciplinaire, avec la description des intervenants ;
- admission : conditions d'entrée, organisation des soins, horaires du service, les visites, le téléphone, le courrier, la télévision, le culte, les repas, les boissons alcoolisées, la protection des biens et autres biens (drogues, armes blanches, etc.), le linge, frais de séjour ;
- extrait du règlement intérieur : règles de vie en collectivité (document remis au patient dans l'unité).

Il est ainsi indiqué que le service est fermé en continu, que l'utilisation du téléphone portable est soumise à un avis médical, ainsi que des interdictions : boissons alcoolisées, possession d'objets dangereux.

Il n'existe pas de règlement intérieur destiné aux patients.

3.2.2 Les règles de vie des unités de soins

Il n'y a pas de règlement intérieur commun à toutes les unités. Chacune d'entre elle a ses propres règles de vie, qui ne sont pas toujours exhaustives.

3.2.3 Le recueil des observations des patients

Les patients peuvent formuler leurs observations par le biais du questionnaire de satisfaction, distribué dans les unités, et tracé aussi bien que traité par le service « qualité » (cf. paragraphe 3.7.4).

En dehors du questionnaire de satisfaction, les patients peuvent adresser leurs réclamations par écrit au directeur ou à la CRUQPC. Ils reçoivent systématiquement une réponse écrite.

3.3 La confidentialité des soins

3.3.1 La confidentialité des hospitalisations

L'ensemble du personnel de l'hôpital est astreint au secret médical et à une obligation de réserve.

Lorsqu'une personne cherche d'obtenir des informations par téléphone, les personnels tentent dans un premier temps de s'assurer qu'il s'agit bien d'un proche. Ils ne donnent pas d'informations relatives au traitement médicamenteux du patient mais peuvent donner quelques informations pratiques comme la façon dont la personne a dormi, par exemple.

Le dossier médical comporte également des indications sur des personnes auxquelles les patients ne veulent pas transmettre d'information.

3.3.2 L'accès au dossier médical

Les demandes d'accès au dossier médical peuvent être formulées par le patient lui-même, le titulaire de l'autorité parentale, le tuteur, l'ayant droit, un médecin mandaté ou une personne mandatée.

Le demandeur peut remplir le « formulaire de demande d'accès au dossier patient ». Ce dernier, mis à jour le 29 juillet 2014, comprend les rubriques suivantes :

- identité du demandeur ;
- qualité du demandeur ;
- identification du dossier demandé (sauf si le demandeur est le patient lui-même) ;
- identification des éléments demandés ;
- aide à la recherche des éléments demandés ;
- modalités de consultation souhaitées.

Autrement, le patient peut écrire un courrier au directeur, sans utiliser le formulaire. Dans tous les cas, une copie de sa pièce d'identité doit être jointe.

Les demandes sont scannées et transmises au département d'information médicale (DIM) afin de l'informer et ainsi gagner du temps. La directrice adjointe évalue la légitimité et la recevabilité de la demande et, si c'est le cas, le dossier est adressé au DIM qui s'occupe de l'envoi du dossier après analyse de son contenu.

Il apparaît que le nombre de demandes d'accès aux dossiers médicaux fluctue dans l'année 2014 pour un total de quarante-six : sept en janvier (quatre de patients et trois d'ayants droits), huit en avril (quatre et quatre), seize en juillet (huit et huit) et quinze en octobre (dix et cinq).

Pour l'année 2013, quarante-huit demandes ont été adressées à l'établissement de santé (quarante-six demandes pour 2012). En 2013, pour les dossiers de moins de cinq ans (trente-trois dossiers), le délai moyen de réponse entre le moment où la demande est recevable et le moment où le dossier est à la disposition du patient est de 5,73 jours ; pour les dossiers de plus de cinq ans (quatre dossiers), le délai est de 17,25 jours. Les délais moyens légaux de 8 jours et de 60 jours sont respectés. L'analyse détaillée des délais montre que le délai légal a été dépassé pour quatre dossiers de moins de 5 ans avec une réponse en 9, 10, 13 et 16 jours. Onze dossiers de demandes n'ont pas abouti pour des raisons dûment motivées.

Parmi les quarante-huit demandes effectuées en 2013, trente-cinq ont été formulées par les patients eux-mêmes - dont dix-neuf étaient hospitalisés sous contrainte -, quatre par le titulaire de l'autorité parentale, quatre par un ayant droit, deux par un médecin mandaté, deux par une personne mandatée et une par le tuteur.

Trente-neuf de ces personnes ont pu consulter le dossier médical : vingt-trois après envoi postal, huit sur place avec subordination médicale (présence requise d'un médecin), une sur place avec accompagnement médical à sa demande, trois sur place non accompagnées et quatre se sont vues remettre le dossier en main propre. Les neuf demandes non abouties l'ont été pour différentes raisons, principalement pour illégitimité de la demande (personne non autorisée), interruption pour non-paiement (des frais de reproduction et d'envoi) ou non transmission des éléments de preuve.

Concernant les mineurs, un fascicule à destination du titulaire de l'autorité parentale explique le cadre légal régissant les informations contenues dans le dossier médical du patient, et résume les droits dont ils disposent pour y accéder :

« La loi du 4 mars 2002 prévoit que toute personne peut avoir accès aux informations, détenus par les professionnels et établissements hospitaliers, concernant sa santé.

Peuvent demander le dossier :

- *le mineur peut demander que le dossier soit consulté en présence d'un médecin ;*
- *le mineur peut s'opposer à la transmission du dossier si sa prise en charge relève de l'article L1111-5 du code de la santé publique ;*
- *le médecin désigné par les représentants légaux du mineur ;*
- *la personne mandatée par les représentants légaux du mineur.*

Pour ce faire, vous devrez adresser une demande écrite au directeur du centre hospitalier Jean-Pierre Falret. Avant toute communication, la direction s'assure de l'identité du demandeur (copie d'une pièce d'identité et du livret de famille à fournir).

Le demandeur obtient ainsi communication du dossier soit par consultation sur place (gratuit) soit par l'envoi de copies sous pli recommandé (les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur).

A réception de votre demande, l'établissement communiquera le dossier selon les modalités suivantes :

- *pour les dossiers de moins de cinq ans, huit jours à compter de la réception de la demande*

- *pour les dossiers de plus de cinq ans, délai de deux mois à compter de la réception de la demande ».*

3.4 Le comité d'éthique

Il a été indiqué que le comité d'éthique ne fonctionnait plus mais que sa réactivation était envisagée.

3.5 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Le centre hospitalier Jean-Pierre Falret met une « maison des usagers à la disposition de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) du Lot et de l'association France Alzheimer ».

Il s'agit en l'occurrence de locaux situés en plein cœur de l'enceinte centrale, au rez-de-chaussée d'un bâtiment qui jouxte un parking réservé aux visiteurs. La « maison » est composée de deux pièces, l'une d'accueil, immédiatement en entrant, et l'autre de réception des familles avec un bureau utilisé par les bénévoles des deux associations.

La maison des usagers fait l'objet, au sein de l'établissement, de nombreux panneaux directionnels qui permettent à tout visiteur de la trouver.

Une permanence de l'UNAFAM se tient tous les deuxièmes mardis de chaque mois, excepté en juillet et août.

L'association France Alzheimer est présente le troisième lundi de chaque mois de 14h30 à 16h30. Son action est ciblée plutôt vers les familles de patients hospitalisés en géro-psycho-geriatrie.

Cette maison des familles est cependant très peu fréquentée, selon les informations recueillies.

L'isolement géographique de l'établissement - et donc de l'impératif d'y venir par ses propres moyens - ne semble pas constituer une difficulté : « en secteur rural, cette pratique, loin d'être réservée aux soins psychiatriques, est générale ».

Il a été indiqué également que les relations avec l'administration de l'hôpital s'étaient grandement améliorées. L'écoute des associations est réelle, la prise en compte des problèmes également alors que, il y a encore une dizaine d'années, l'influence des familles auprès des malades avait été qualifiée de toxique par des médecins.

Enfin, le principal problème identifié est celui de la sortie d'un malade sans que les familles n'en aient été avisées. Là aussi, il a été indiqué que des nets progrès avaient été accomplis.

Le regret véritablement exprimé concerne non pas l'hospitalisation, mais en amont la prise en compte des urgences.

3.6 La protection juridique des majeurs

Le centre hospitalier Jean Pierre Falret ne gère plus directement de mesure de tutelle ou curatelle depuis plus de dix ans. Il n'existe donc plus de service dédié à ce mandat judiciaire mais simplement des services comptables.

Les relations avec les tuteurs ou curateurs ne sont pas gérées globalement par l'administration de l'hôpital mais par chaque unité. Le statut juridique de chaque malade hospitalisé est accessible au personnel, via le dossier de chacun. Les coordonnées des tuteurs y apparaissent.

La direction des affaires financières gère les comptes nominatifs et fournit à chaque unité des relevés. Selon la nature du problème rencontré, ce sont les assistantes sociales ou les personnels dédiés à la gestion de l'argent de poche, les éducateurs ou moniteurs-éducateurs, qui prennent contact avec les tuteurs et curateurs.

3.7 Les incidents et leur traitement

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

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) comporte les membres suivants :

- les membres obligatoires :
 - d'une part des représentants du centre hospitalier, membres de droit : « le directeur des affaires hospitalières, représentant l'établissement »¹⁰ ; le médecin chef de pôle G 01, médiateur médecin titulaire ; un médecin faisant fonction de psychiatre, médecin médiateur suppléant ; deux infirmières, médiateurs non médecins ;
 - et d'autre part des représentants des usagers : deux membres de l'UNAFAM, deux membres de France Alzheimer et un membre de l'Union départementale des associations familiales du Lot représentants des usagers, titulaires ;
- les membres facultatifs : le directeur des soins infirmiers, le responsable de l'assurance qualité et l'adjoint à la direction des affaires hospitalières.

La CRUQPC a été installée le 29 novembre 2005 et se réunit trimestriellement. Le compte rendu d'activités de l'année 2013 a été remis aux contrôleurs ainsi que les comptes rendus des réunions de l'année 2014 tenues les 14 janvier, 8 avril, 21 juillet et 20 octobre.

Au moins la moitié des membres était présent à chaque réunion en 2014. Le rapport annuel de 2013 mentionne une participation de 45 % des membres de droit et de 70 % des représentants des usagers.

L'ordre du jour comporte de façon systématique :

- l'examen du suivi des demandes d'accès aux dossiers médicaux au cours du trimestre précédent (cf. paragraphe 3.3.2) ;

¹⁰ Cette fonction, qui ne figure pas dans l'organigramme, correspond à celle de directeur des établissements de santé.

- l'examen des plaintes et des réclamations du trimestre précédent ;
- des points divers tels que les modalités de frais de déplacement de membres de la CRUQPC, le programme d'actions 2014 du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), la présentation de la certification, la présentation du bilan annuel, le projet de l'UNAFAM « Psy-Cyclette¹¹ »...

Les plaintes et les réclamations, reçues par courrier par la direction générale, sont portées à la connaissance de la CRUQPC pour son information et pour émettre des recommandations. Un registre est tenu à jour et est présenté aux membres de la commission.

En 2013, vingt-trois plaintes et réclamations (dont sept du même patient) ont été reçues, soit moins qu'en 2013 (au nombre de trente-quatre) et plus qu'en 2011 (au nombre de dix-neuf).

Les plaintes et réclamations émanaient, en 2013, pour 69,56 % de patients, 21,74 % de l'entourage de patients et 8,70 % d'autres personnes (voisins...).

En 2013, la CRUQPC a procédé à la création d'un outil de classification ou de répartition des plaintes et des réclamations par motif. Six catégories - qualité de l'environnement, qualité de l'hospitalisation, respect des droits, demande de soutien par l'entourage, éloges, autres -, comportant le cas échéant des sous-catégories, ont été créées.

La répartition des plaintes et réclamations pour l'année 2013 a été la suivante : deux pour qualité de l'environnement, quinze pour la qualité de l'hospitalisation - six pour la relation avec le corps médical, une pour la relation avec le patient, deux pour des contestations du mode de prise en charge, une pour une demande de sortie, une pour la qualité des soins, quatre pour la qualité de la prise en charge - trois pour le respect des droits, aucune demande de soutien par l'entourage, deux éloges, sept autres motifs. Vingt de ces plaintes ou réclamations portent sur le centre hospitalier Jean-Pierre Falret de Leyme et une pour le centre de soins de suite et de réhabilitation (CSSR) de Bretenoux.

Le délai moyen de réponse à une plainte ou à une réclamation est 11,5 jours.

En 2013 et en 2014, les médiateurs n'ont pas été saisis. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les réclamations et plaintes potentielles sont gérées au sein des unités, ce qui explique que le recours des médiateurs n'est pas recherché.

Aucun recours contentieux n'a été lancé dans les années 2013 et 2014. Selon les informations recueillies, les deux recours lancés antérieurement ont été jugés en faveur du centre hospitalier.

Le livret d'accueil fait état de l'action de la CRUQPC et du possible recours aux médiateurs.

Selon les informations recueillies auprès de représentants des associations, leurs propositions et observations sont écoutées et prises en compte par les représentants de l'administration et du personnel soignant au sein de la CRUQPC.

¹¹ Il s'agit d'une promenade à bicyclette entre Toulouse et Paris. La date de l'arrivée à Paris correspondait au jour où l'assemblée générale devait annoncer le nom de la « grande cause » 2014.

3.7.2 Les violences et événements indésirables

En 2012, la définition des événements indésirables a été reprise et le suivi informatique a fait l'objet d'un protocole de façon à en obtenir l'homogénéité.

Ainsi a été créée une « cellule de vigilance » ou « cellule restreinte » dépendant du comité de pilotage (COFIL) qualité. Cette cellule, composée avec une partie des membres du COFIL qualité et d'autres personnels, comprend des soignants, des cadres et des personnels techniques. Sa mission est de mettre en œuvre les bonnes pratiques définies par la Haute autorité de santé (HAS) et donc de préconiser des actions correctives à mener afin d'éviter le renouvellement d'incidents ; cette mission exclut toute proposition de mesures disciplinaires.

La cellule de vigilance a catégorisé les événements indésirables en « violence physique », « violence verbale » et « violence matérielle » et les a cotés en fonction de leur gravité - très grave, grave, peu grave, mineur -, de leur fréquence - permanente, fréquente, moyenne, basse, rare - et du niveau de maîtrise - inexistant, faible, moyen, élevé.

Le protocole accessible sur l'application Cortexte donne les définitions précises de ces catégories et de leurs cotes. Il est demandé au personnel de rédiger des « fiches de signalement d'un événement indésirable » (FSEI).

En 2012, 474 FSEI ont été établies concernant 151 patients, pour 182 déclarants. En 2013, 307 FSEI ont été établies. Le traitement informatique des FSEI permet d'établir, unité par unité, des typologies d'événements indésirables ainsi que les horaires auxquels ils se produisent les plus fréquemment.

Les chutes, surtout en gériatrie, font l'objet d'un suivi attentif afin d'adapter davantage le contenu de la FSEI à la prévention.

La lutte contre les violences physiques s'appuie sur la méthode OMEGA, enseignée à un nombre croissant de personnels. En 2013, aucune agression physique n'a été signalée à l'agence régionale de santé (ARS) ; selon les informations recueillies par les contrôleurs, cette situation n'étonne pas le personnel du centre hospitalier car la population rurale du Lot n'est pas violente et leur prise en compte adaptée.

L'efficacité de la méthode de suivi des FSEI repose sur un engagement fort de la direction générale et des personnels à travers des réunions périodiques. Les réunions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, tous les deux mois, assurent le relai et l'explication du travail effectué par la cellule de veille.

A titre d'exemples, outre des chutes, des violences verbales, des altercations entre patients, des chutes de téléphone, sont cités dans la liste des événements indésirables de l'année 2014 pour la gérontopsychiatrie et Hospy O2 :

- 6 mars : commande de vingt-deux repas avec une livraison de seulement quinze ;
- 18 avril : une absence d'un personnel à l'unité cognitivo-comportementale (un infirmier et un aide-soignant au lieu de trois personnels) ;
- 24 juillet : une entrée de patient à 11h à l'unité de géronto-psychiatrie générale UGPG et son départ à 12h30 vers les urgences somatiques ;
- 2 août : congé maladie d'un agent hospitalier non remplacé à l'unité « Hospy O2 ».

3.7.3 La gestion des sorties sans autorisation (fugues)

Le centre hospitalier se caractérise par l'existence d'unités ouvertes telles que Hopsy O2 qui reçoit régulièrement des personnes en SPDT ou en SPDRE. Le nombre de fugues est faible et les patients sont en général récupérés dans des délais courts, selon les informations recueillies. L'absence de fugues les jours de pluie est un signe à rapprocher de l'isolement du centre hospitalier qui semble décourager les velléitaires. Les rares routes utilisables permettent de limiter les recherches mais cette situation géographique n'explique pas tout.

Les fugues sont classées parmi les événements indésirables : dix-sept ont été comptabilisées en 2013 et quarante-sept en 2012. Cependant, le terme « fugue » désigne improprement à la fois les sorties non autorisées des patients en SPDT ou SPDRE, celles des mineurs hospitalisés en milieu fermé à la demande de leurs parents et celles des patients en soins libres. Une réflexion sur la terminologie est engagée par la direction générale.

Un protocole, disponible sur l'application de gestion Cortexte, définit la composition des équipes et les actes à accomplir lors de la découverte d'une fugue : recherche immédiate à proximité des bâtiments, recherche avec un véhicule sur 10 km autour du centre hospitalier selon des trajets définis, appel de la gendarmerie...

Fin 2011, un protocole a été mis en place avec les services de l'Etat (justice, santé, forces de l'ordre, préfecture) afin de définir le rôle de chacun des acteurs pour éviter de confier à la gendarmerie nationale la prise en charge du patient en crise aiguë sur la voie publique jusqu'à son retour dans le centre hospitalier, soit vers une chambre d'isolement, soit de façon préférentielle vers son unité de soins. Ce protocole, prévu pour être expérimental pendant six mois est toujours d'application ; certaines de ses modalités méritent d'être précisées, comme cela apparaissait d'ailleurs dans le texte.

3.7.4 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient à son départ, comme le livret d'accueil lui est remis à son arrivée. La direction constate que le taux de réponse est faible malgré les efforts consentis. En 2013, la remise d'une enveloppe T avec le questionnaire n'a pas permis d'élever significativement le taux de réponse.

En 2011, pour l'ensemble des unités de l'institut Camille Miret, quatre-vingt-dix questionnaires ont été renvoyés par des patients ; en 2012, le nombre a été plus faible qu'en 2013, dernière année d'exploitation des quatre-vingt-quatre réponses reçues (celles de 2014 n'étaient pas encore exploitées lors de la visite des contrôleurs). En 2013, le nombre des réponses relatives à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise (trente), l'Hopsy O2 (vingt-huit) et l'unité de psychopathologies des conduites addictives (quinze) a été suffisant pour en tirer des conclusions pour ces unités. Globalement le taux de réponse est de l'ordre de 5 %.

Les questions posées portent sur les thèmes ou indicateurs suivants :

- accueil et information ;
- conditions du soin durant votre séjour ;
- préparation de la sortie ;
- conditions d'hébergement ;

- note globale.

Pour le centre hospitalier Jean-Pierre Falret, la synthèse des résultats (la somme des résultats « très satisfait » et « satisfait ») des différentes unités de Leyme est supérieure à 80 % pour les cinq indicateurs.

La direction générale de l'institut exploite ces questionnaires et en communique les résultats aux membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), comme cela apparaît dans le chapitre III du rapport annuel de cette commission.

La direction générale prend des dispositions correctrices quand, dans un questionnaire, un point particulier obtient une réponse globale de satisfaction (la somme des résultats « très satisfait » et « satisfait ») inférieure à 75 %. Ainsi, l'accès à Canal + est redevenu possible mais, pour autant, l'interdiction de mettre des antennes paraboliques dans les chambres a été maintenue. Ainsi, également, comme cela apparaît dans le rapport annuel de 2013 de la CRUQPC, au chapitre V, « l'analyse des enquêtes laisse apparaître de l'insatisfaction (d'un point de vue quantitatif et qualitatif) quant à la prestation de restauration ».

3.8 Le droit de vote

Le livret d'accueil ne contient pas de passage concernant le droit de vote. Cependant, à l'occasion des élections, la direction générale du centre hospitalier adresse un courriel à chaque unité en vue de dresser, unité par unité, la liste des personnes voulant établir des procurations. Le but est de faire venir la gendarmerie nationale pour établir les procurations de façon groupée. La direction générale s'interroge sur l'intérêt d'établir un protocole pour cette démarche.

3.9 L'exercice du culte

L'institut Camille Miret finance un mi-temps d'aumônier, assuré par un laïc appartenant à l'église catholique et disposant d'une lettre de mission de l'évêque du diocèse de Cahors. Cet aumônier partage son activité entre le centre hospitalier, qui absorbe la majeure partie de son temps, et d'autres structures de l'institut tels que la maison d'accueil spécialisée (MAS) et le foyer occupationnel (FOC).

Le centre hospitalier met des locaux à disposition de l'aumônerie, situés dans le même bâtiment que la cafétéria et bénéficiant d'une entrée distincte. Ces locaux sont vieillots mais bien entretenus ; ils comprennent notamment le bureau de l'aumônier, plusieurs salles de réunion de 15 m² environ et une pièce de repos. Une salle de réunion comporte une partie aménagée en cuisine. Ce bâtiment est à égale distance des unités les plus éloignées : le FOC et les unités pour mineurs (Elan Go et Hop'Ti'Môm). L'accueil est assuré au local de l'aumônerie les mardis et les jeudis matins et après-midi ; les horaires affichés sur la plaquette rédigée et distribuée par l'aumônerie aux personnes qu'elle rencontre et ceux affichés sur les portes de la chapelle et du local différent.

L'aumônerie dispose d'une chapelle catholique, située à côté de l'accueil et du bureau des entrées, dans laquelle est célébrée une messe tous les premiers jeudis du mois à 15h30 et pour les grandes fêtes (Noël, Pâques...).

L'aumônerie bénéficie du soutien de deux bénévoles également à temps partiel. Les

bénévoles n'ont pas la possibilité de conduire les véhicules du centre hospitalier utilisés pour aller chercher et reconduire, le cas échéant, les personnes à faible mobilité.

Le financement des activités est assuré par l'institut Camille Miret et par le diocèse.

Dans le centre hospitalier, l'activité de l'aumônerie se partage selon les principes suivants : des passages systématiques dans les unités à l'exception de celles des mineurs (Elan Go et Hop'Ti'Môm). Sont ainsi prévus un passage en géronto-psychiatrie un jeudi sur deux, en fin de matinée, et à l'unité « R2 » tous les mardis après-midi et, sur demande de patients, à l'unité « Hospy O2 ».

L'aumônier ne passe pas dans les unités de mineurs car il n'est pas sollicité. Son passage systématique pour rencontrer des mineurs, sous réserve de l'accord préalable des personnes titulaires de l'autorité parentale, n'a pas fait encore l'objet d'une réflexion : même si ces dernières peuvent donner leur autorisation dans les documents qui leur sont destinés pour l'autorisation d'hospitalisation existe, la procédure reste manifestement trop peu explicite pour être réellement appliquée (cf. paragraphe 4.2.6. 3).

L'aumônerie organise des activités d'animation et de travaux manuels (peinture...). Un atelier de chants – ouvert à tous - est organisé tous les lundis matins, de 10h30 à 11h15, à la cafétéria ; ces chants sont profanes.

L'aumônerie est prête à diffuser une plaquette (une feuille de format A4) mentionnant les activités et les heures de passage ainsi que les coordonnées des représentants des autres cultes (églises catholique, anglicane, orthodoxe, protestante, protestante évangélique de Gramat et celle de Figeac ; culte musulman ; culte israélite ; bouddhisme). L'aumônier attend d'avoir reçu l'accord des représentants de cultes cités pour diffuser cette plaquette. La question se pose d'intégrer cette plaquette dans le livret d'accueil.

3.10 La levées des mesures d'admission

3.10.1 Le collège des professionnels de santé

Par une décision en date du 23 février 2012, le directeur de l'établissement a fixé les règles de fonctionnement du « collège soignant » prévu par le code de la santé publique¹² :

- il est composé du psychiatre et de l'infirmier référents du patient – ou de leurs remplaçants éventuels – et du psychiatre d'astreinte du site de Leyme ou du site de Cahors ;
- « en cas d'urgence, les membres du collège peuvent participer aux débats au moyen de techniques de communication téléphonique ou audiovisuelle » ;
- « le collège doit recueillir au préalable l'avis du patient » ;
- « en cas d'impossibilité d'examiner un patient à l'échéance prévue, en raison de son absence attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de l'avis du patient seront réalisés dès que possible » ;

¹² CSP, article L.3211-9

- « l'avis du collège ou, le cas échéant, l'attestation provisoire du collège est transmis sans délai au directeur des affaires hospitalières par tous moyens qui, selon les cas, le transmet sans délai au préfet du département ou au juge des libertés et de la détention ».

Le tableau ci-dessous fait le bilan des réunions du collège en 2014 :

Date	Type de soin	Motif	Avis du patient	Avis motivé
23 janvier	SPPI	Evaluation annuelle	23 janvier	Non
5 février	SPDT	Evaluation annuelle	4 février	Oui
13 mars	SPDRE judiciaire	Passage en programme de soins	11 mars	Non
17 mars	SPDT	Evaluation annuelle	7 mars	Non
21 mars	SPDT	Evaluation annuelle	21 mars	Oui
25 mars	SPPI	Evaluation annuelle	25 mars	Oui
31 mars	SPPI	Evaluation annuelle	31 mars	Oui
12 mai	SPDT	Evaluation annuelle	12 mai	Non
5 juin	SPPI	Evaluation annuelle	7 juin	Non
3 juillet	SPDT	Evaluation annuelle	2 juillet	Non
9 juillet	SPDRE judiciaire	Passage en programme de soins	9 juillet	Non
10 juillet	SPDT	Evaluation annuelle	10 juillet	Oui
30 juillet	SPDT	Evaluation annuelle	30 juillet	Oui
13 août	SPDT	Evaluation annuelle	13 août	Oui
14 août	SPPI	Evaluation annuelle	14 août	Oui
22 août	SPDT	Evaluation annuelle	22 août	Oui
25 août	SPPI	Evaluation annuelle	25 août	Oui
17 octobre	SPDRE judiciaire	Passage en programme de soins	17 octobre	Non
21 octobre	SPDT	Evaluation annuelle	21 octobre	Oui
24 octobre	SPDRE judiciaire	Contrôle des 12 jours	24 octobre	Oui
29 octobre	SPDT	Evaluation annuelle	29 octobre	Oui
10 novembre	SPDT	Evaluation annuelle	10 novembre	Oui
12 novembre	SPPI	Evaluation annuelle	Non	Non
25 novembre	SPPI	Evaluation annuelle	Non	Non
26 novembre	SPDT	Evaluation annuelle	26 novembre	Oui
9 décembre	SPDT	Evaluation annuelle	9 décembre	Oui

Le tableau ci-dessus montre que sur vingt-six réunions du collège :

- dans dix-neuf cas, l'avis du patient a été recueilli le jour même de la réunion du collège ;
- dans un cas, il a été recueilli deux jours après la réunion ;
- dans dix cas, l'avis du collège n'est pas motivé.

3.10.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

Le juge des libertés et de la détention (JLD) est désigné par la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Cahors parmi les cinq magistrats du siège du tribunal qui ont le grade de vice-président. Sont également désignées par la présidente du TGI : la présidente du tribunal d'instance de Cahors et la présidente du TI de Figeac, également vice-présidentes au TGI de Cahors. Cette dernière est la magistrate de référence pour Leyme ; elle assure cette mission le plus souvent (cinq audiences sur six) pour des raisons de proximité géographique, le trajet Leyme – Figeac ne durant que 45 mn.

La tenue des audiences sur le site de Leyme est considérée comme « *très chronophage* » par les magistrats, dont certains s'interrogent sur leur « *valeur ajoutée* », sauf à contrôler le respect de la procédure, du fait de leur « *incompétence du point de vue psy* ».

Des médecins ont expliqué aux contrôleurs que certains patients refusaient de rencontrer le JLD au motif que celui-ci pouvait être également en charge des affaires familiales, « *ce qui pouvait avoir des conséquences néfastes pour un patient, par exemple, en instance de divorce* ».

La seule occasion de rencontre entre les magistrats et les médecins psychiatres est la réunion de bilan de fin d'année organisée par la direction du centre hospitalier en présence de l'ARS, du préfet, de la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), du procureur de la République et de la présidente du TGI. Il n'a jamais été envisagé d'organiser une réunion plus informelle entre médecins et JLD ; selon certains JLD, « *c'est inutile, chacun doit rester dans son rôle : le juge juge et le médecin soigne* ». D'autres magistrats et des médecins ont paru au contraire tout-à-fait favorables et intéressés par l'idée de la tenue régulière d'une telle réunion informelle où chacun pourrait s'exprimer librement.

Il a été signalé aux contrôleurs que la tenue d'une audience hebdomadaire, associée à l'obligation pour le JLD de statuer sur la mesure de soins psychiatriques sans consentement dans un délai maximal de douze jours après l'admission, conduisait parfois à statuer dès le sixième jour d'hospitalisation, car il n'est pas possible d'attendre l'audience suivante.

Selon les informations données aux contrôleurs, depuis le mois de septembre 2014, date de mise en vigueur complète de la loi du 27 septembre 2013, aucun avocat commis d'office demandé par un patient n'a été présent à l'audience. Cela s'expliquerait notamment par la faible rétribution en comparaison avec les inconvénients du déplacement. En particulier, selon les informations recueillies par les contrôleurs, seuls les dossiers plaidés sont effectivement rémunérés ; ainsi le 13 janvier, si l'avocat s'était déplacé – à l'instar du JLD – il n'aurait pas été rémunéré puisque l'audience a été annulée faute de patients (cf. *infra*). Depuis le mois de décembre 2014, les avocats conduisent un mouvement de grève concernant toute intervention financée par l'aide juridictionnelle. Interrogée sur ce point, la bâtonnière du barreau des avocats de Cahors a déclaré qu'elle n'organisait pas de tour de permanence d'avocat commis d'office pour les audiences du JLD à Leyme, considérant qu'elle « *ne pouvait pas imposer à un confrère de consacrer une demi-journée à un tel déplacement avec de telles conditions de rémunération* ». Antérieurement, quand les audiences se déroulaient par visioconférence, les avocats étaient présents, aux côtés du JLD à Cahors.

Il arrive fréquemment que le patient concerné ne se rende pas à l'audience, soit de son

propre chef, soit en raison d'une inaptitude déclarée par son médecin psychiatre. Ces décisions sont parfois prises au dernier moment, auquel cas le JLD l'apprend en arrivant à l'hôpital après un trajet pouvant dépasser 1 h 30 mn lorsqu'il vient de Cahors.

Ainsi, à deux reprises, les 6 et 13 janvier 2014 à 14h, les contrôleurs auraient été en mesure d'assister à des audiences, mais celles-ci ont été annulées.

Lors de l'audience du 13 janvier, aucun avocat ne s'est déplacé. L'avocat commis d'office avait été informé du jugement de quatre dossiers. Trois ont été annulés la veille au soir ou en début de matinée – le JLD en avait été informé en temps utile – et le quatrième a été annulé en toute fin de matinée, les délais n'ayant pas permis d'informer la JLD pour lui éviter un déplacement de Cahors à Leyme : deux mainlevées ont été prononcées par le médecin, un patient n'a pas été présenté à la demande du médecin et un patient a refusé de se présenter à l'audience.

3.10.2.1 Les modalités d'organisation de l'audience

La salle Labat du centre hospitalier Jean-Pierre Falret, située au rez-de-chaussée du bâtiment administratif, a été retenue par les autorités signataires¹³ de la « convention relative à la mise en œuvre de la procédure judiciaire de contrôle des mesures de soins psychiatriques en application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 réformant celle du 5 juillet 2011 ».

Cette salle ne dispose pas de box d'entretien avocat/client. La convention spécifie, en son article 1, que « *un local sera mis à la disposition de l'avocat commis d'office ou choisi, afin qu'il puisse s'entretenir avec la personne concernée avant l'audience* ». De fait, quand un avocat souhaite s'entretenir avec un patient, une rencontre est organisée au préalable en toute confidentialité avant l'audience. Ainsi, bien que les dispositions de cette salle ne suivent pas strictement les normes fixées par la circulaire du ministère du travail, de l'emploi et de la santé « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »¹⁴, elle a été jugée comme « *assurant la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement* » conformément à l'alinéa 3 de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

Les dispositions matérielles ont paru, selon l'appréciation des contrôleurs, respecter la dignité des personnes privées de liberté.

Un matériel de visioconférence est disponible dans cette salle. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, ce matériel est utilisé lorsque le juge des libertés et de la détention ne peut pas se déplacer pour des raisons exceptionnelles (tempête de neige, par exemple).

Des informations recueillies, il apparaît que l'ensemble des parties intéressées (juge, patients, personnels médicaux, personnels administratifs) est satisfait des dispositions prises tant matérielles que de préparation des dossiers en temps utiles.

¹³ Le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Cahors, le président du TGI de Cahors, le préfet, le directeur général de l'ARS, le directeur du centre hospitalier J.P. Falret.

¹⁴ Circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011.

3.10.2.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Les JLD revêtent ou ne revêtent pas leur robe, a-t-il été indiqué. Certains veulent ainsi rappeler la dignité et la majesté qui entourent leurs fonctions, d'autres estiment que cette solennité effraye inutilement des patients.

Des JLD utilisent la place qui leur est réservée en tant que président de séance, d'autres utilisent une autre extrémité de la table de la salle d'audience, extrémité arrondie autour de laquelle peuvent s'asseoir d'un côté le JLD et le greffier, et de l'autre le patient, l'infirmier et, le cas échéant, l'avocat. La première solution favorise la solennité de la séance, la seconde permet de mettre le patient en confiance. Le JLD peut ainsi choisir son positionnement (fauteuil du président ou siège parmi les autres) et donc provoquer des réactions différentes parmi les patients qui lui sont présentés.

Les patients sont rarement invités à se présenter debout, au pupitre, car les JLD estiment que le maintien assis à la table évite de les mettre en situation de stress.

Le JLD dispose de l'expertise médicale de chaque patient dans le dossier qui lui a été préparé mais n'a pas connaissance du positionnement adapté à une pathologie ; par exemple, les dépressifs doivent être mis en confiance alors que les pervers doivent être au contraire confrontés aux symboles de l'autorité. Les réunions annuelles organisées entre les magistrats du siège et du parquet, la préfecture, les médecins, les directions des services hospitaliers ne permettent pas de traiter de ces sujets comportementaux des juges ni de ceux du personnel médical pendant les audiences.

Le médecin psychiatre en charge du patient n'assiste jamais à l'audience ; il arrive que le JLD invite l'infirmier qui accompagne le patient à se prononcer.

3.10.2.3 Les décisions rendues

Sur les 211 décisions rendues en 2014, seules une ou deux ont été des mesures de mainlevée. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, ces dernières ont été prises par le JLD par anticipation d'une décision médicale.

En 2013, 184 dossiers ont été traités – le sens des décisions rendues n'est pas connu des contrôleurs ; l'augmentation a été de 15 %.

3.11 La visite des autorités

La présidente du TGI se rend une fois par an en visite de contrôle à Leyme ; à cette occasion, elle rencontre quelques patients à leur demande.

Les signatures du procureur de la République et du maire apparaissent sur les registres de la loi.

3.12 Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est composée de six membres : une magistrate (juge d'instruction au tribunal de grande instance de Cahors), un

praticien hospitalier, un psychiatre libéral, un médecin généraliste et deux représentants des familles.

Selon le rapport d'activité de 2013, la commission s'est réunie trois fois en 2013, à Cahors ou à Leyme. Cette année-là, elle a visité l'unité fermée d'hospitalisation et de crise (UFHC) et l'unité de psychopathologie des conduites addictives (UPCA). En 2014, l'unité fermée d'hospitalisation et de crise (UFHC) et l'unité de soins prolongés (USP) l'ont été.

La commission a également relevé, dans son rapport d'activité, le nombre anormalement élevé des mesures de soins psychiatriques en péril imminent et la présidente a adressé, en 2014, un courrier aux directeurs des centres hospitaliers du Lot (cf. paragraphe 3.1.1).

3.13 La traçabilité sur le registre de la loi du respect de la procédure

Les contrôleurs ont examiné les registres de la loi. Quatre registres sont ouverts simultanément : pour chacun des deux secteurs – G01 et G02 –, un registre pour les hommes et un registre pour les femmes. Au moment de la visite des contrôleurs, l'état des registres ouverts était le suivant :

		G01		G02	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Ouvert le		17 nov 14	17 fév 14	1 ^{er} avr 14	14 avr 14
Nbre d'admissions		2	98	40	48
Date dernière admission		11 déc 14	5 jan 15	22 déc 14	4 jan 15
Signature autorités	Préfet	Non			
	Pdt TGI	Non			
	Procureur	Non	Oui	Oui	Non
	Maire	Non	Oui	Oui	Oui
	CDSP	Non	Oui	Oui	Oui

A la lecture de ce tableau, il apparaît que les signatures du préfet et du président du TGI ou de leurs représentants sont manquantes.

Les contrôleurs n'ont pas constaté de défaillance dans la tenue des registres.

Au moment de la visite, le patient en SPDT le plus ancien avait été admis en 1996 et le patient en SPDRE le plus ancien avait été admis en 2005. Parmi les patients présents dans l'ensemble des unités de Leyme et de Cahors, huit étaient en SDPT, neuf en SPDTU, seize en SPPI et huit en SPDRE

Selon les indications données par le bureau des entrées, en charge de la tenue des registres, les durées moyennes de séjour calculées sur l'année 2014 sont les suivantes :

- Hospy O2 : 18,36 jours ;
- Hospy enfants : 2,63 jours ;
- UFHC : 12,76 jours ;
- UPCA : 24,52 jours ;
- R2 : 119,65 jours ;
- USP : 136,80 jours ;

- Gérontpsy : 32,46 jours.

Par ailleurs, le bureau des entrées a fourni les données suivantes : sur l'année 2014, 302 admissions ont été prononcées sous le régime de SPDT, concernant 119 femmes, 181 hommes et 2 transsexuels, et dont 160 admissions en péril imminent (SPPI) et 100 admissions en urgence (SPDTU) ; sur cette même année, 35 admissions ont été prononcées sous le régime de SPDRE dont une concernait une personne détenue et dont 4 femmes.

3.14 Les sorties

3.14.1 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures

Elles sont prescrites médicalement au sein des unités.

3.14.2 Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures (loi du 27 septembre 2013)

Elles sont prescrites médicalement au sein des unités, mais font l'objet d'une demande d'autorisation qui est envoyée au directeur de l'établissement.

Dans le cas d'une personne admise sur décision du représentant de l'état, le directeur ou son représentant adresse la demande au préfet au plus tard 48 heures avant la date prévue.

Dans le cas d'une personne admise à la demande d'un tiers, ce dernier devra être informé de la sortie.

3.14.3 Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat

Si le préfet ne s'est pas opposé au plus tard 12 heures avant la date prévue, la sortie aura lieu, même si aucune réponse n'est parvenue à l'hôpital : « qui ne dit mot consent ».

3.14.4 L'information des tiers

Elle est faite avant que la sortie a lieu, par le directeur ou son représentant, via le bureau des entrées.

4 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION A LEYME

4.1 Les conditions matérielles de vie communes à tous les secteurs

4.1.1 La restauration

4.1.1.1 Les locaux

Les cuisines de l'institut Camille Miret sont situées au sein du centre hospitalier Jean-Pierre Falret à Leyme. Elles desservent l'ensemble des structures de l'institut à l'exception de l'unité d'hospitalisation complète de Cahors qui a passé convention avec le centre hospitalier général local.

Elles occupent une surface d'environ 450 m² dans des locaux datant de 1994 et sont agréées par la direction des services vétérinaires. Le matériel est plus récent et en bon état. Les quelques

remarques faites lors du dernier contrôle ont été qualifiées de mineures : par exemple, le déchargement de camion de nourriture congelée ne se fait pas directement dans une chambre froide mais à quelques mètres qui sont franchis rapidement sans risquer de rompre la chaîne du froid.

4.1.1.2 Les personnels

20,8 ETP sont employés aux cuisines. 19,8 travaillent en cuisine dont 19 sont qualifiés et 0,8 sont non qualifiés. Seize personnes sont présentes chaque jour, cinq jours par semaine. Une secrétaire travaille à plein temps.

4.1.1.3 Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

Le CLAN est, de l'avis de tous, le comité qui fonctionne le moins bien au centre hospitalier Jean-Pierre Falret.

La réunion prévue en juin 2014 semble avoir été annulée et la dernière date d'un an avant la visite des contrôleurs. Les tentatives pour lutter contre le jeûne nocturne¹⁵ et l'hypoprotidémie n'ont pas remporté le succès attendu, en partie, selon les propos recueillis, du fait d'un manque d'investissement des services médicaux. Seule la semaine du goût, qui en est à sa troisième année, remporte l'adhésion de tous.

4.1.1.4 Les contrôles

Les contrôles sanitaires sont effectués par un laboratoire indépendant tous les mois, parfois de façon inopinée. À chaque contrôle, des prélèvements sont effectués sur quatre à cinq plats et le contrôle des surfaces est effectué une fois par an. Les plats servis en barquette comportent une étiquette indiquant le numéro d'agrément CE.

4.1.1.5 Les repas

330 000 repas sont préparés chaque année dans les cuisines de l'institut dont deux tiers sont destinés à l'hôpital Jean-Pierre Falret et un tiers aux structures extrahospitalières (hôpitaux de jours, appartements thérapeutiques etc.). Les repas ne sont jamais préparés plus de trois jours à l'avance (préparation du vendredi pour le lundi). Chaque jour, la production est faite pour un jour et demi (par exemple, le lundi sont cuisinés les plats du mardi et du mercredi midi, le mardi, les plats du mercredi soir et du jeudi midi, etc.). Les produits frais sont stockés à 3°C et travaillés à 10°C. Ils sont servis en liaison chaude pour les personnels qui prennent leur repas au self et en liaison froide pour les patients et les personnels qui prennent leur repas dans les unités.

Il existe deux cycles pour les repas, un d'été et un d'hiver. Pour chaque cycle, le menu de la semaine se répète toutes les six semaines. Tous les régimes sont élaborés par les diététiciennes¹⁶ qui travaillent avec les exigences de texture (normal, tendre, haché, tout haché et mixé), religieuses, idéologiques ou médicales. A chaque repas, un menu est conseillé et un logiciel,

¹⁵ La durée qui s'écoule entre le repas d'un soir et le petit déjeuner du lendemain est susceptible d'entraîner chez certains patients une baisse dommageable du taux de sucre et de protéines dans le sang.

¹⁶ 2,5 ETP de diététicienne.

permettant d'enregistrer les exigences médicales de chaque patient, cherche ensuite la première alternative compatible dans un choix de six menus : normal, hyposodé, hypolipidique, hypercalorique, hypoglucidique ou épargne digestive.

4.1.2 L'hygiène

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

Ce comité se réunit trois fois par an, en mai, septembre et décembre. Il est composé d'une vingtaine de membres et son président est le pharmacien responsable de la pharmacie de l'institut. Il est secondé dans ses fonctions par un médecin et une infirmières hygiénistes. Un ordre du jour est adressé à l'ensemble des membres du comité, avant la réunion, et un compte-rendu est réalisé à l'issue de chacune. À titre d'exemple, l'ordre du jour du 30 septembre 2014 était le suivant :

- procédures concernant les cathéters intraveineux périphériques ;
- procédure d'aérosolthérapie ;
- procédure balnéothérapie ;
- annonce de l'audit « hygiène des mains » ;
- point sur Ebola ;
- questions diverses (avec la traçabilité de l'entretien des locaux, le guide sur les bonnes pratiques en hygiène alimentaire dans les offices).

Le CLIN élabore également, chaque année, un programme d'actions et en dresse le bilan à la fin de l'année. En 2014, les objectifs portaient sur les thèmes suivants :

- organisation de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- surveillance épidémiologique ;
- formation ;
- prévention ;
- environnement ;
- audit.

Au terme de l'année, sur vingt-trois actions, cinq n'avaient pas été réalisées.

4.1.2.2 Le linge

Le linge propre est livré du lundi au vendredi par le syndicat inter-hospitalier du Haut Quercy (SIHQ) ; il arrive houssé dans des films jetables.

Les personnels soignants à temps plein sont équipés de six tenues de travail (haut et bas). Cette dotation diminue au *pro rata* du temps de travail. Les préconisations sont de changer de tenue chaque jour. Les médecins reçoivent chacun quatre blouses.

Dans les chambres des patients, le linge de lit est changé une fois par semaine au minimum et plus, si nécessaire. Les éponges sont changées après chaque utilisation. Une dotation par service est définie en fonction des besoins et du rythme de changement des articles. La lingerie relais livre en fonction de cette dotation.

Un stock minimum de vêtements à la disposition des patients les plus démunis est disponible dans les services. Une réserve de linge est stockée à la lingerie relais, si nécessaire.

Le linge sale est entreposé dans des sacs de couleurs différentes, en fonction de sa provenance :

- jaune, pour le grand plat : couvertures, draps, dessus de lit ;
- blanc, pour le petit plat : serviettes, éponges, gants, torchons, serviettes de tables, bavoirs ;
- marron, pour le linge des résidents ;
- bleu, pour les tenues du personnel.

Le nettoyage de l'ensemble du linge est confié au SIHQ, prestataire de service, à l'exception du linge de l'utilisateur.

Des contrôles bactériens sont réalisés tous les deux mois par prélèvement sur du linge propre mais aussi sur les mains des soignants et les poches de leur tenue, une fois par an dans la lingerie relais du service. Les résultats des prélèvements sont rendus selon les normes de l'analyse des risques et la maîtrise de la bio-contamination (RABC¹⁷).

Le linge personnel des usagers peut être traité en interne, dans l'unité de soins, avec l'aide d'un professionnel, dans le cadre d'un soin thérapeutique. Il peut également être traité en externe par l'entourage ou confié au syndicat inter-hospitalier du Haut Quercy qui le sous-traite à l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) Le Pech de Gourbière, à Rocamadour. Il est ensuite transmis à la lingerie relais de l'institut pour marquage, reprisage et pliage. Ce service est gratuit pour les patients bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU). Les autres patients hospitalisés à temps plein paient 1€ par jour pour des frais d'hôtellerie qui comprennent l'entretien du linge, la mise à disposition de la télévision, de bouteilles d'eau minérale et le téléphone (hors ligne personnelle – cf. paragraphe 4.1.3.1).

4.1.3 La communication avec l'extérieur

4.1.3.1 Le téléphone

Les communications téléphoniques et les visites sont généralement interdites pendant la période d'observation. Elles sont ensuite progressivement autorisées en fonction de l'évolution clinique du patient. Ces informations sont données au patient lors du premier entretien avec le psychiatre.

Les patients possédant un téléphone portable prennent connaissance, au moment de leur hospitalisation, de leur capacité à conserver leur téléphone - sauf s'il leur est retiré sur décision médicale pour une durée déterminée – avec la limitation suivante : « *Afin de préserver votre droit à l'image et la confidentialité des soins, les clichés photographiques sont interdits (via téléphone portable ou appareil photographique)* ». Cette phrase est extraite du livret d'accueil.

Il existe un seul *point phone* sur le site du centre hospitalier de Leyme, à l'entrée de la cafétéria. Il fonctionne avec des cartes qui peuvent être achetées au standard du centre hospitalier, à environ 150 m. Le coût unitaire de la carte est 7,50 €. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, *France Telecom* doit supprimer ce *point phone* depuis plusieurs mois.

¹⁷ *Risk analysis and biocontamination control - analyse du risque et contrôle de biocontamination..*

Dans les unités du centre hospitalier, l'accès au téléphone autre que le téléphone portable est possible selon deux modalités :

- pour les chambres équipées d'un téléphone fixe, le patient paie un forfait de 4 € qui lui donne l'accès et direct aux numéros de la France métropolitaine ; pour les autres destinations, il appelle le standard qui le met en communication avec le correspondant demandé et les appels sont facturés ;
- pour les chambres qui ne sont pas équipées d'un téléphone fixe, les patients demandent à un personnel soignant (qui dispose d'un appareil de service transportable) d'appeler un numéro. Le personnel soignant appelle le standard qui compose le numéro, le personnel soignant confie son appareil au patient le temps de la communication. Les appels pour la France métropolitaine sont gratuits, les autres appels sont facturés au patient.

Le standard téléphonique, situé à l'accueil, est armé jour et nuit avec des relèves à 6h, 14h et 22h. La standardiste reçoit les alarmes des services et les répercute selon des protocoles établis et accessibles sur l'application Cortexte.

Les portes de l'accueil sont ouvertes de 5h à 19h.

4.1.3.2 Le courrier

Le centre hospitalier est desservi par le bureau de poste de la commune de Lacapelle-Marival, distante de 10 km. Le facteur dépose le courrier arrivé à 9h30 et récupère le courrier départ à 11h30, du lundi au vendredi inclus. Le courrier du samedi est traité le lundi.

Le courrier arrivé est trié par le vagemestre qui le répartit dans des bannettes, par unité. Ce courrier est porté par le vagemestre à chaque unité ou, à défaut, un personnel soignant d'unité le récupère chez le vagemestre. Les lettres sont ensuite remises en main propre à chaque patient. Pour les courriers recommandés ou recommandés avec accusé de réception, si le patient est dans une unité fermée, le vagemestre se rend dans l'unité pour remise en main propre ; si le patient est en unité ouverte, il va chez le vagemestre avec un personnel soignant.

Le courrier départ est déposé par les patients en unité ouverte dans la boîte aux lettres disposée près du bureau du vagemestre ; le patient est ou n'est pas accompagné par un personnel soignant, selon son état. Pour les patients en unité fermée, le courrier normal est déposé par le personnel soignant ; pour les courriers recommandés ou recommandés avec accusé de réception, un soignant va chez le vagemestre avec de l'argent et le courrier et remet le récépissé au patient à son retour.

Les mandats sont enregistrés par le vagemestre dans un cahier comportant trois colonnes :

- la date d'arrivée du mandat, son montant et sa nature (mandat cash ou argent) ;
- l'origine du mandat, avec mention du nom et de l'adresse de l'expéditeur ;
- la date de récupération du mandat par le bureau des entrées et la signature de l'agent qui l'a récupéré. Le mandat est ensuite remis au service de la comptabilité.

Deux personnes assurent les fonctions de vagemestre ; une troisième assure l'intérim en l'absence des deux premières. Le bureau du vagemestre est ouvert le matin de 08h30 à 12h30 ; il n'est ouvert ni l'après-midi ni les samedis, dimanches et jours fériés.

4.1.3.3 La télévision

Des téléviseurs sont disposés dans les chambres de certaines unités et dans des locaux communs de certaines unités. L'accès est gratuit pour tous. Les chaînes sont celles de la TNT. Pour les patients disposant d'une chambre avec télévision, l'abonnement à Canal + est possible.

4.1.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les patients ne disposent que très rarement d'ordinateur personnel. L'équipement du centre hospitalier ne permet pas aux patients d'avoir un accès à Internet. Les clés 3G sont autorisées.

Une réflexion est en cours en vue de mettre un accès à Internet dans les locaux de la cafétéria. Un portail captif¹⁸ est en développement en vue de conduire une expérimentation.

Certaines unités peuvent mettre à disposition des ordinateurs obsolètes mais en état de marche, dans des salles d'activité.

4.1.3.5 Les visites

Les visites sont autorisées conformément aux dispositions préconisées dans le livret d'accueil, qui peuvent différer selon les unités. Elles peuvent être quotidiennes. Les activités thérapeutiques restent prioritaires, comme cela est mentionné dans le livret d'accueil.

D'une manière générale, elles sont autorisées l'après-midi. Cependant, selon les informations recueillies par les contrôleurs, les unités sont souples sur ces horaires compte tenu de l'éloignement de Leyme et de l'absence de moyen de transport en commun.

Les visites peuvent se dérouler, selon les unités, dans des pièces destinées à cela, dans les chambres des patients ou dans le parc anglais.

Les mineurs sont acceptés sans restriction d'âge.

4.1.4 L'argent des patients

La direction financière du centre hospitalier gère les comptes spécifiques de dépôt des patients, comptes qui sont alimentés par virements ou par mandats.

L'argent de poche, uniquement du numéraire, est mis à disposition des malades par le « bureau argent de poche » qui tient une permanence tous les jours ouvrables de 10h30 à 12h au sein du bureau d'accueil général de l'établissement.

L'argent est fourni de deux manières différentes :

- soit directement au malade qui se présente à ce bureau accompagné d'un personnel soignant ;
- soit à la personne qui, au sein de chaque unité, s'est vu confier la mission de l'argent de poche. L'argent sera alors géré au sein de l'unité.

¹⁸ Un portail captif permet de sélectionner les accès à internet.

Dans les deux cas, l'argent liquide est remis contre signature et débit en est porté sur les comptes nominatifs des bénéficiaires.

Les contrôleurs ont pu observer que la traçabilité des opérations étaient parfaitement assurées.

Lors des visites dans les unités, il a été constaté également que certains malades géraient en totale autarcie, sans problème particulier, leur argent de poche.

Le contexte rural et totalement apaisé de Leyme garantit une sécurité totale tant aux malades qui vont chercher de l'argent liquide à la poste, qu'aux employés du centre hospitalier qui retirent les fonds en espèce pour la distribution au sein du bureau d'accueil.

4.1.5 L'accès aux lieux collectifs

4.1.5.1 La cafétéria

Le bâtiment de la cafétéria est ancien ; ce fut, sans doute, une chapelle selon les informations recueillies par les contrôleurs. Un large escalier extérieur donne accès à un sas abrité, à l'intérieur du bâtiment, puis à la cafétéria après avoir franchi à nouveau quatre marches. Ce lieu est cependant accessible aux personnes à mobilité réduite par une porte latérale. Une vaste salle de 208 m², de 16 m de long sur 13 m de large, comporte quatre rangées de cinq colonnes de près de 6 m de hauteur : le plafond est formé de voûtes entre ces colonnes.



Photos de la cafétéria : entrée, le comptoir, les tables

Sur la gauche, est disposé un bar de 6 m de long, à l'état neuf, ainsi que les étagères placées en retrait qui contiennent les denrées proposées. Au bord du bar, sont disposées des chaises hautes. Les patients peuvent se faire servir des boissons et acheter des denrées.

Au-delà, après un espace vide de 4 m - dans lequel est placée une table avec quatre chaises - et une bibliothèque contenant quelques bandes dessinées anciennes (*Tintin...*) et quelques livres également anciens, se trouve un espace fermé. Cet endroit sert de salle de projection avec un *home-cinéma* de première génération (rétroprojecteur et chaîne Hi-Fi) et une quinzaine de fauteuils profonds.

Le fond et le milieu de la cafétéria, entre les deux rangées de colonnes du milieu, sont libres de tout meuble. Entre les deux dernières rangées de colonnes, contre les fenêtres, des tables rectangulaires (0,80 m sur 1,20 m) et rondes (diamètre 1,20 m) sont disposées de façon régulière, entourées de chaises ou de fauteuils de formes différentes. Le mobilier est en bon état mais est d'une qualité inférieure à celui mis en place dans les unités.

Des plantes séparent les différents espaces créés par les colonnes. Un babyfoot et une table ronde sont à droite de la porte d'entrée. La lumière naturelle passe à travers les nombreuses fenêtres disposées sur deux façades. L'ensemble est bien entretenu mais ne respire pas la convivialité en raison de l'architecture.

Les effectifs affectés actuels sont de 2 ETP et permettent, hors période de congé, l'ouverture de la cafétéria tous les jours de 9h à 17h à l'exception des samedis des semaines impaires.

La cafétéria est ouverte à l'ensemble des structures de l'institut Camille Miret, c'est-à-dire les unités du centre hospitalier, la maison d'accueil spécialisée (MAS) et le foyer occupationnel (FOC).

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, en moyenne, quarante personnes (patients, famille des patients), sans compter les salariés, passent à la cafétéria les jours d'ouverture.

Les activités proposées sont les suivantes :

- des revues (qui sont en fait des invendus), reçus trimestriellement, qui sont peu consultées ;
- quelques livres (une centaine), qui sont appréciés même s'ils ne sont pas renouvelés ;
- des jeux de cartes.
- le samedi et le dimanche à 14h30 : une projection de cinéma (quatre films différents sont proposés tous les mois) ;
- chaque semaine : l'activité chant organisée par l'aumônerie ;
- annuellement : une journée du goût, la fête de la musique.

Les denrées vendues sont les suivantes (seuls sont acceptés les paiements en monnaie pesante et trébuchante) :

Bonbons paquet de	400 gr	Menthe fraise	1 €
	300 gr	Haribo tagada	1 €
	200 gr	Haribo Coco	1 €
	250 gr	Elodie Carnaval	1,50 €
	200 gr	Elodie Caramel	1,50 €
Tablette de chocolat	noir		0,40 €
	au lait		0,40 €
Rocher au lait			0,30 €

Rocher chocolat noir		0,30 €
Kit Kat, Mars, Twix,	Snickers	0,30 €
Bounty		0,50 €
Petit Brun	madeleines longues	0,50 €
Gaufrettes vanille	chocolat	0,60 €
Barquettes Lu Lulu		0,80 €
Choco Prina		1 €
Top Budget		0,90 €
Génoise Cerise		0,85 €
Escargots praline	250 gr	2,50 €
Royal Gala		2,30 €
Quadro		0,25 €
Shampooing	300 ml	1,20 €
Gel douche	300 ml	0,90 €
Savon		0,75 €
Dentifrice Biancoril		0,60 e
Brosse à dent		0,50 €
Mousse à raser		1,50 €
Mouchoirs en sachet		0,10 €
Café-chicorée	100 gr	1,50 €
Cristaline	1,5 l	0,20 €
Limonade	1,5 l	0,50 €
Coca	1,5 l	2 €
Nectar orange	1 l	1 €
Volvic	0,5 l	0,30 €
Jus d'orange	20 cl	0,60 €
Perrier canette	33 cl	0,65 €
Nestea pêche canette	33 cl	0,65 €
Oasis		0,70 €
Coca light canette		0,60 €
Orangina canette		0,70 €
Coca		0,70 €
Dosette	Café	0,30 e
	Café au lait	0,50 €
	Chocolat	0,30 €
	Chocolat au lait	0,50 €
Thé		0,20 €
Infusion		0,20 €
Chewing gum	Menthe fraise (7)	0,50 €
	Goût cerise (10)	0,55 €

Le chiffre d'affaires est de l'ordre de 1 000 euros par mois.

La cafétéria ne vend ni alcool ni tabac. Pour le tabac, le bar tabac le plus proche est à Aynac, commune distante de 5 km. L'achat est organisé le plus souvent par unité : un personnel collecte l'argent des patients fumeurs et va acheter le tabac à Aynac. La cafétéria ne vend pas non plus de papier à lettre, d'enveloppe, de stylo, ni de timbre pour envoyer du courrier.

Un point phone (cf. *supra* § 4.1.3.1) et un distributeur de préservatifs sont disposés à l'entrée de la cafétéria. Ce distributeur n'est plus approvisionné depuis plusieurs années.

L'amplitude des horaires d'ouverture et l'emplacement de la cafétéria, au milieu du parc anglais, la rendent attractive. Le faible taux d'activités proposées aux patients au sein des unités, l'absence de lieu de rencontre famille-patients (hormis les chambres de ces derniers), le fait que la plupart des unités sont « ouvertes » donnent un attrait réel à la cafétéria, notamment le week-end. Le départ en retraite d'un des personnels, sans garantie de son remplacement, était une préoccupation forte pour du personnel de l'institut, selon les informations recueillies par les contrôleurs, car son non-remplacement entraînerait la fermeture de la cafétéria le week-end.

4.1.5.2 La bibliothèque

Le centre hospitalier ne dispose pas de bibliothèque.

Dans la plupart des unités, des livres en faible quantité (une petite cinquantaine) sont disposés dans des bibliothèques mais le stock n'est pas renouvelé.

La direction générale entend conduire une réflexion globale sur les activités culturelles qui sont rares.

4.1.5.3 Les installations sportives

Il n'existe pas d'installation sportive collective au sein du centre hospitalier. Dans certaines unités, du matériel de sport est en libre-service (par exemple en Hopsy O2 : une table de tennis de table, un vélo elliptique et un vélo d'appartement).

La direction générale entend conduire une réflexion sur ce point.

4.1.5.4 Les ateliers d'ergothérapie

Il n'existe pas d'atelier d'ergothérapie dans le centre hospitalier. Cependant, au sein des unités, des soins peuvent être dispensés au cas par cas dans des salles d'activité.

4.1.6 La sécurité

Le centre hospitalier Jean Pierre Falret est un établissement entièrement ouvert, sans clôture générale, sans système de protection par caméras, sans alarme anti intrusion (cf. paragraphe 2.1.4).

La sécurité visant principalement les risques d'incendie est assurée par deux personnels titulaires du diplôme de chef d'équipe de sécurité incendie et d'assistance à personnes (SSIAP 2), qui exercent selon mêmes rythmes que les personnels infirmiers.

En leur absence ou congés, ainsi que la nuit, ils sont remplacés par des personnels para médicaux titulaires des mêmes diplômes.

4.1.7 Les transports

L'éloignement du site de Leyme et l'absence totale de transports collectifs le desservant ont amené les services d'intendance à gérer un parc automobile conséquent puisque composé d'un total de 133 véhicules pour l'Institut Camille Miret dont 62 pour le site de Leyme. La gestion de ce

parc est globale et ne distingue pas les véhicules attribués nommément au centre hospitalier Jean-Pierre Falret.

Une procédure de maintien en état des véhicules du parc a été éditée par le service qualité, sous le numéro S6-PC-02 avec date de mise en application le 1^{er} mars 2014.

Ce parc est composé de véhicules d'usage et de gabarit très différents mais tous accessibles aux titulaires de permis de conduire catégorie B, voitures légères.

Concernant plus précisément les transports de malades du centre hospitalier, deux procédures sont en application. Le choix entre les deux catégories relève de l'autorité des médecins et répond donc à des critères purement médicaux :

- les **transports assis** et par définition non urgents sont effectués à bord d'un véhicule Peugeot 5008 équipé en transport pour personne à mobilité réduite (TPMR) dont le chauffeur possède la qualification d'auxiliaire ambulancier. Les unités font connaître leurs besoins et un planning d'emploi est édité ;
- Les **transports couchés** sont effectués par des ambulanciers privés.

4.2 Les conditions propres à chaque unité

Le principe de la liberté des patients, maintes fois affirmé lors des entretiens avec les soignants, a été vérifié lors des visites. Il a été indiqué que seule la symptomatologie pouvait justifier des exceptions à la règle.

4.2.1 L'unité fermée d'hospitalisation et de crise (UFHC)

4.2.1.1 Présentation générale

L'unité est installée au rez-de-chaussée d'un bâtiment de type « R+1 ». Des bureaux sont situés à l'étage (secrétariat, bureau des psychologues, vestiaires...).



Le bâtiment accueillant l'UFHC

Le projet de service, tel qu'il a été remis aux contrôleurs, date de juin 2005 et ne paraît plus à jour. A titre d'exemples, la liste des « *textes de référence pour les hospitalisations sous contrainte* » (annexe II) ne cite que des documents dont les plus récents datent de 2002, les

appellations antérieures à la loi du 5 juillet 2011 sont toujours utilisées, la fiche de poste de la cadre de santé ne semble plus correspondre à celle en vigueur...

a. Les locaux

Un hall d'entrée donne sur un couloir desservant :

- à droite : les bureaux du psychiatre, du médecin généraliste, de la cadre de santé, des infirmiers et la pharmacie ainsi que les quinze chambres individuelles des patients ; les trois chambres d'isolement (ainsi que la lingerie) sont installées dans une zone séparée par une porte en permanence fermée à clé ;
- sur la gauche : la salle à manger et son office, la salle de repos des soignants, une salle de télévision et d'activités, une salle de sport, des toilettes pour les patients, une salle pour les visites des familles (avec une porte donnant directement sur l'extérieur) et un bureau pour l'assistante sociale. Une porte vitrée donne accès à la cour.

Les chambres ordinaires

Les quinze chambres individuelles sont de conception identique. Les contrôleurs ont visité plus particulièrement une chambre alors inoccupée¹⁹. De 4,30 m de long et 3,90 m de large (soit 16,77 m²), elle regroupe la chambre proprement dite et une salle d'eau.

La chambre est équipée d'un lit en bois, non fixé au sol, de 2 m de long et de 0,90 m de large, avec des draps, une couverture, un oreiller et un couvre-lit. Un bouton d'appel, relié au bureau des infirmiers, est placé à côté de ce lit.

Un fauteuil, un bureau (avec une chaise) et une armoire (un côté servant de penderie et l'autre comportant des étagères) meublent également la pièce. Les patients disposent d'une clé pour fermer l'armoire ; selon les informations recueillies, cela ne présente pas de difficulté : les pertes de clé sont rares et elles sont alors remplacées.



Le jour de la visite, un livret d'accueil était posé sur le bureau, pour que le futur occupant le trouve à son arrivée.

¹⁹ Chambre n°14.

Un éclairage, avec des tubes au néon, est placé au-dessus du lit et un luminaire est fixé au plafond. Une veilleuse est installée au-dessus du bureau. Les interrupteurs se trouvent à l'intérieur de la chambre, dont un sur le côté du lit.

Une fenêtre, équipée de volets électriques roulants commandés de l'intérieur de la chambre, donne sur le parking situé devant le bâtiment. Des grilles de défense sont fixées à l'extérieur.

Un radiateur est installé sous la fenêtre.

La salle d'eau, fermée par une porte pleine, est équipée d'un lavabo (avec eau froide et eau chaude) avec un support pour les gants et serviettes, un WC à l'anglaise avec une balayette et du papier hygiénique, une douche à l'italienne. Une seule chambre est équipée d'un flexible de douche.

L'ensemble est propre et en bon état.

Les contrôleurs ont observé que chaque chambre constituait réellement le « domaine privé » de son occupant : les soignants, qui y attachent de l'importance, respectent ce principe, frappent à la porte avant d'entrer et demandent l'autorisation d'entrer. Cette règle a été fortement affirmée et l'observation des lieux a permis de vérifier son application. Les « *règles de vie en collectivité* » (cf. *infra*) le rappelle aussi : « *la chambre est un lieu privatif thérapeutique réservé à chaque patient* ».

Les chambres d'isolement

Ces chambres sont situées dans une partie séparée du reste de l'unité par une porte fermée à clé. Elles sont alignées le long d'un couloir. Là, face à la lucarne de la porte d'entrée de chaque chambre, une horloge a été suspendue au mur pour que les patients puissent lire l'heure.

La chambre n°1 est la plus grande. Elle comprend deux espaces séparés par une porte coulissante pleine :

- la chambre proprement dite, de 4,35 m de long et de 3,78 m de large (soit 16,44 m²) ;
- la salle d'eau, de 3,78 m de long et de 1,60 m de large (soit 6 m²).

La chambre est accessible par deux portes donnant dans le couloir : l'une, de 1,06 m de large, sert à l'entrée normale ; l'autre, de 0,90 m de large, est destinée à être utilisée lors d'une éventuelle intervention en cas de blocage de la précédente. Les deux portes sont équipées d'une lucarne vitrée de 0,48 m de haut et de 0,24 m de large.

Le sol est carrelé et les murs peints.

Un lit, constitué d'un matelas en mousse de 2 m sur 1 m, avec des draps, une couverture et un oreiller, est placé face à l'entrée. Dans un angle de la pièce, sont placés une tablette en béton, de forme triangulaire, et un tabouret métallique, scellé au sol. La fenêtre est équipée d'une grille de défense et d'un volet roulant. Les différentes commandes électriques (éclairage et volet roulant) sont situées dans le couloir, près de la porte.



La chambre d'isolement n°1

Un interphone permet une liaison avec les soignants.

Face au lit, un téléviseur est installé, sous une protection vitrée, dans d'une cavité du mur. Le patient ne dispose pas de télécommande et doit solliciter un soignant pour allumer, éteindre ou changer de chaîne.

Dans la salle d'eau, le sol et les murs sont carrelés. Un WC suspendu en inox, un lavabo en inox, avec eau chaude et eau froide, surmonté d'un miroir en métal dépoli, et une douche à l'italienne avec un pommeau fixe²⁰ constituent l'équipement. Une lucarne permet de voir l'intérieur de la pièce, à partir du couloir ; un rideau est cependant placé devant pour protéger l'intimité des patients.

Les chambres d'isolement n°2 et n°3 sont identiques. Accessibles par une porte donnant dans le couloir, elles sont placées de part et d'autre d'un couloir de séparation en forme de « T ». Une deuxième porte, pour une éventuelle intervention, est située à l'extrémité de la partie horizontale du « T ».

La chambre est plus petite que la précédente : 4,15 m de long et 3,20 m de large (soit 13,28 m²). Le lit en métal avec un matelas, des draps, une couverture et un oreiller, est fixé au sol ; dans la chambre n°2, des sangles de contention étaient installées pour faire face à un éventuel besoin, lors de la visite.

²⁰ Il est cependant possible d'installer un flexible, un raccordement (protégé par une plaque métallique) étant prévu.



La chambre n°2



Les lucarnes des portes, la fenêtre, la tablette et le tabouret sont identiques à ceux de la chambre n°1.

Aucune des deux chambres n'est équipée d'un téléviseur.

La chambre n°3 est placée sous vidéosurveillance. Les images sont reportées sur l'écran d'un micro-ordinateur du bureau des infirmiers. L'accès aux images, non enregistrées, nécessite un mot de passe. Contrairement à ce qui a été observé dans d'autres établissements, les images ne se sont pas affichées en permanence et la discrétion est assurée.

La salle d'eau, de 1,95 m sur 1,50 m (soit 2,92 m²), bénéficie d'un lavabo surmonté d'un miroir et d'un éclairage, d'un WC suspendu et d'une douche à l'italienne.

b. Les personnels

L'équipe des personnels qui compose cette unité se décline ainsi :

- un médecin psychiatre y travaillant à 80 % et, à la date de la visite, un interne en psychiatrie ;
- un médecin généraliste présent à mi-temps ;

- une assistante sociale présente à mi-temps ;
- une cadre de santé ;
- seize infirmiers (huit femmes et huit hommes) pour 14,7 ETP²¹ ;
- trois aides-soignants (femmes) à temps plein ;
- cinq agents de service hospitalier (deux hommes et trois femmes) à temps plein²².

Un psychologue fait défaut et une réflexion est en cours sur ce sujet.

Cette équipe assure le service de jour et une autre prend en charge la nuit (cf. paragraphe 2.4.2).

Au minimum, quatre infirmiers et/ou aides-soignants sont présents en journée, dont au moins un homme, selon les horaires appliqués dans tout l'établissement (cf. paragraphe 2.4.2).

Les personnels travaillent deux week-ends sur trois mais n'effectuent jamais plus de quatre jours de service consécutifs.

Chaque matin, les médecins, la cadre de santé et les soignants présents font un point de situation entre 8h30 et 9h.

Chaque lundi, l'équipe se réunit de 13h45 à 15h pour une réunion de synthèse et, chaque premier lundi du mois, dans le même créneau horaire, un thème différent est abordé.

Il a été indiqué que l'absentéisme était rare. A la date de la visite, une seule personne était absente en raison d'une longue maladie.

Compte tenu de la faible durée moyenne de séjour (de l'ordre de dix jours) et donc du renouvellement permanent, il n'est pas désigné d'infirmier référent pour chaque patient.

c. Les patients

Il a été indiqué que tous les patients admis dans cette unité l'étaient sous contrainte. Les quelques personnes en soins libres qui y seraient placées le seraient, a-t-il été précisé, avec leur accord écrit.

Le 7 janvier 2015, la situation était la suivante :

- quatorze patients étaient hospitalisés (douze hommes et deux femmes) ;
- deux hommes étaient en ASPDRE ;
- neuf hommes et trois femmes étaient en ASPDT ;
- aucun patient n'était en soins libres ;
- la plus longue hospitalisation datait du 24 octobre 2014 (soit deux mois et demi) mais la personne concernées (ASPDRE) attendait qu'une place se libère en unité pour malades difficiles (UMD), ce qui était prévu pour le 18 janvier 2015 ;
- le patient le plus âgé avait 51 ans et le plus jeune, 18 ans.

²¹ Le projet de service fait état d'un besoin de 15,50 ETP, sans faire état d'aides-soignants.

²² Le projet de service fait état d'un besoin de 3,80 ETP.

Le livret d'accueil est remis à l'entrée dans la chambre, où un exemplaire a été placée (cf. *supra*). Les règles de vie lui sont expliquées sans formalisme particulier.

Selon les informations recueillies, la demande pour que le patient désigne une personne de confiance n'est pas encore systématique mais cette pratique commence à se développer : « *les jeunes infirmiers y recourent plus facilement* ».

L'information du médecin traitant et d'un proche n'est faite que si le patient donne son accord.

Les nouveaux admis conservent leurs vêtements ; seules, les personnes immédiatement placées à l'isolement peuvent éventuellement se voir imposer le port d'un pyjama.

Il arrive, a-t-il été indiqué, que des personnes arrivent à l'unité alors que les quinze chambres sont déjà occupées. Des solutions sont alors recherchées pour que des patients puissent quitter l'UFHC plus tôt que prévu pour rejoindre une autre unité (généralement soit l'unité de psychopathologie des conduites addictives – UPCA – soit l'unité d'hospitalisation du secteur dite « Hospi O2 » soit celle du secteur Sud, située à Cahors). Parfois, le nouvel admis est temporairement placé dans une chambre d'isolement, utilisée comme chambre ordinaire, porte ouverte, dans l'attente de la libération d'une place.

Selon les informations recueillies, les personnes admises sous contrainte doivent régulièrement être placées à l'isolement dès leur arrivée. Telles ont été les situations observées lors de deux admissions effectuées durant la visite des contrôleurs.

Lors de l'entretien mené dès l'arrivée, le psychiatre aborde le mode d'admission en soins psychiatriques et les droits afférents. Les patients sont ensuite reçus par la cadre de santé qui notifie les décisions de façon plus formelle, en semaine ; ce rôle est tenu par un infirmier durant les week-ends. Les contrôleurs ont ainsi constaté que la cadre de santé avait notifié la mesure à une personne admise la veille au soir. Il arrive cependant que la notification ne soit pas immédiatement possible en raison de l'agitation de la personne ou de la sédation dont elle a été l'objet ; cette situation est enregistrée dans le dossier de la personne concernée. Pour chacun des autres actes de la procédure, la cadre de santé reçoit le patient.

4.2.1.3 La période initiale de soins et d'observation

a. Admission en soins psychiatriques sous contrainte dans leur forme classique (SPDT et SPDRE)

Le certificat de 24 heures et celui de 72 heures sont faits par le médecin psychiatre référent de l'UFHC ou par son collègue de l'unité de psychopathologie des conduites addictives (UPCA) avec lequel il travaille en binôme pour assurer une permanence pendant les périodes de congés. Lorsque le certificat de 24 heures doit être réalisé un jour férié, il est rédigé par le psychiatre d'astreinte. Celui de 72 heures est réalisé par le psychiatre référent de l'unité ou par son remplaçant.

L'examen somatique d'entrée est fait dès l'admission, en journée par le médecin généraliste référent de l'unité ou par celui avec lequel il travaille en binôme pour couvrir les périodes de congés. La nuit, les week-end et jours fériés, il est réalisé par le médecin d'astreinte.

b. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent

Ce type d'admission représente près de 40 % des admissions sur demande d'un tiers accueillies au centre hospitalier. La procédure est la même que celle décrite précédemment à la différence près que les deux certificats de psychiatres sont rédigés l'un par le psychiatre référent de l'unité, l'autre par celui avec lequel il travaille en binôme ou, le cas échéant, par le psychiatre d'astreinte.

c. Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers selon le dispositif d'urgence

Beaucoup plus exceptionnelles, ces hospitalisations concernent essentiellement des patients hospitalisés en service libre dont l'état clinique justifie qu'ils passent sous le régime de soins sous contrainte. Le premier certificat demandant le changement de type de soins est rédigé par le médecin qui en constate la nécessité. Ceux de 24 heures et de 72 heures sont rédigés par le psychiatre référent de l'unité et par un autre psychiatre de l'établissement.

Les certificats sont ensuite adressés par le secrétariat de l'unité au bureau des entrées.

4.2.1.4 Le fonctionnement

a. La vie quotidienne

Un document, affiché dans les locaux, fixe les « *règles de vie en collectivité* ».

✓ L'ouverture et la fermeture de l'unité et des chambres

La porte de l'unité est fermée à clé en permanence. Une sonnette est fixée à l'extérieur du bâtiment pour contrôler les entrées.

En journée, l'accès aux chambres, non fermées à clé, est libre. Les patients doivent les quitter lorsque les agents de service hospitalier y font le ménage.

Les patients conservent leurs effets personnels et le pyjama n'est porté que la nuit (ou lors du placement à l'isolement – cf. *supra*).

✓ L'hygiène

La présence d'une salle d'eau dans chaque chambre facilite l'hygiène corporelle. Les serviettes et gants ainsi que les nécessaires de toilette sont fournis. Le rasoir n'est remis aux hommes que le temps nécessaire et repris ensuite.

Les draps sont changés une fois par semaine au minimum et plus fréquemment en cas de souillure.

Si la famille ne s'en charge pas, le linge individuel peut être confié à la laverie centrale (cf. paragraphe 4.1.2). Toutefois, en raison de la faible durée de séjour au sein de cette unité, les agents du service hospitalier de l'unité lavent le linge, à titre gratuit, avec une machine installée au premier étage du bâtiment. En cas de nécessité, des vêtements peuvent aussi être remis aux patients démunis et une lingerie dispose d'une importante réserve.

✓ La restauration

Les repas sont servis à 8h30 (petit déjeuner), 12h (déjeuner), 16h (gouter) et 19h (dîner) dans la salle à manger.

Cette pièce est meublée de cinq tables rondes, chacune avec quatre chaises. Rien n'est fixé au sol. Des assiettes en faïence, des verres en verre, des couverts (cuillère, fourchette et couteau) en inox et une carafe d'eau en plastique sont à la disposition des patients.

Deux fenêtres donnent sur le parking situé devant le bâtiment et des baies vitrées, sur le couloir. Une horloge et un tableau décoratif sont fixés au mur. Les murs et les portes sont peints avec des couleurs douces.

L'ensemble présente un bon aspect.

Les menus de la semaine sont affichés à l'entrée de la salle à manger. Aucun plan de table n'est imposé.

Les contrôleurs ont assisté au déjeuner du mercredi 7 janvier 2015. Trois tables étaient occupées par quatre patients et une table par un seul ; ce dernier avait besoin d'aide pour manger et était assisté d'un soignant. Une table était vide. Un patient, qui ne supportait pas le regard des autres, était servi en chambre.

Les agents du service hospitalier assuraient le service à l'assiette, à table. Les patients d'une des tables discutaient entre eux ; les autres ne parlaient pas durant le repas. Des propos étaient échangés entre patients et soignants. L'ambiance était calme mais « *ce n'est pas toujours comme cela* » ont indiqué des soignants.

Selon les informations recueillies, les critiques portent sur la quantité mais pas sur la qualité des plats.

✓ L'accès au tabac

Les familles peuvent apporter des paquets de cigarettes aux patients. Pour ceux qui disposent d'argent, ce sont les soignants qui procèdent aux achats mais aucun débit de tabac n'existe à Leyme : les soignants vont donc s'approvisionner dans un autre lieu, lors de leur déplacement pour venir au travail. Pour les patients sous tutelle, l'assistante sociale intervient auprès du tuteur.

Les autres patients, sans ressource, ne peuvent que demander des cigarettes aux uns et aux autres. Il a été indiqué que l'achat de tabac à rouler, mesure expérimentée et financée par le budget des activités, n'avait pas été concluant et que cette idée a été abandonnée. Une autre solution, avec une aide accordée (60 à 70 euros) par un fond spécial, est possible mais n'est utilisable qu'une seule fois.

Les paquets sont conservés dans une boîte, dans le bureau des infirmiers, avec les autres objets retirés à l'arrivée, pour éviter que les plus forts rackettent les plus faibles. Aucun contingentement n'a été institué et les patients demandent aux soignants qui allument alors la cigarette. La cour est le lieu prévu pour fumer et le préau reste ouvert en permanence, à cet effet (cf. *infra*).

✓ Les relations sexuelles

Comme dans d'autres domaines au sein de cet établissement, aucun interdit n'est imposé et aucune sanction n'est donc donnée. Le sujet est abordé, si nécessaire, avec le médecin « dans un souci de protection du patient ».

b. Les communications avec l'extérieur

Les visites sont autorisées de 10 heures à 18 heures sauf avis médical contraire. Etant donné la situation excentrée du site, ces horaires sont adaptables quand les visiteurs viennent de loin. Les patients peuvent prendre certains repas avec leur famille moyennant la somme de 4,50 € par personne et par repas, patient excepté. Elles ont lieu dans l'unité et les proches des patients peuvent se rendre dans leur chambre. Une salle, équipée de chaises et d'une table, est également mise à la disposition des visiteurs. Les visites y ont lieu de façon systématique dès lors qu'un jeune enfant est présent. Les visiteurs peuvent y accéder directement, par une porte donnant sur l'extérieur. Lors du passage des contrôleurs, environ la moitié des patients recevait de la visite.

Une cabine téléphonique est à disposition dans l'unité mais elle est peu utilisée notamment depuis le 1^{er} janvier 2015, date à laquelle le téléphone est devenu gratuit pour les patients. Six téléphones sans fil sont disponibles dans l'unité. Cinq d'entre eux sont munis d'un bouton alarme pour appeler du renfort en cas de nécessité et sont répartis entre les infirmiers et les aides-soignants. Le sixième, sans bouton d'alarme, est destiné aux patients qui peuvent demander au personnel infirmier de composer le numéro de leur choix (l'appel est gratuit en France métropolitaine) après quoi le combiné leur est remis pour qu'ils puissent s'isoler. Les téléphones mobiles des patients sont conservés dans un placard mais ils peuvent y accéder en le demandant au personnel infirmier sauf contre-indication médicale. Ils peuvent alors le consulter et s'en servir en présence du personnel. La majorité de ces téléphones étant désormais équipés d'appareil photo, il est demandé aux patients de ne pas le conserver avec eux mais de le restituer au personnel après usage.

La télévision n'est pas accessible dans les chambres mais deux postes sont installés dans des salles distinctes pour permettre la diffusion simultanée de deux programmes. Le choix de ces programmes est librement fait par les patients qui ont accès aux télécommandes. D'après les informations recueillies, la présence de deux écrans permet d'éviter la quasi-totalité des conflits relativement au choix des émissions diffusées. La télévision est censée être accessible à toute heure du jour ou de la nuit mais les soignants invoquent la nécessité que les patients se reposent dans cette unité de crise pour éteindre les postes aux alentours de 23 heures sans jamais pour autant interrompre un film en cours. Les patients interrogés ont déclaré que ces horaires n'étaient pas vécus comme restrictifs et, lors d'une visite de nuit, les contrôleurs ont pu constater qu'avant même 23 heures, les salles de télévision étaient désertées.

L'usage d'Internet n'est pas disponible à l'UFHC hormis par des téléphones portables dans les conditions décrites ci-dessus.

Le courrier des patients est recueilli quotidiennement par la cadre de santé qui le dépose, fermé, chez le vagemestre. Elle ramène, au retour, celui destiné aux patients à qui il est remis également cacheté. Les timbres sont payants et achetables auprès du vagemestre, toujours par le biais de la cadre de santé.

Le service de l'aumônerie de l'institut Camille Miret met à disposition des patients, par voie d'affichage, les coordonnées des responsables des religions chrétienne, musulmane et israélite. Pour la religion chrétienne, plusieurs églises sont disponibles (catholique, protestante, anglicane, orthodoxe et protestante évangélique). Pour chaque communauté, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du référent sont indiqués.

c. Les activités

La cour (de 900 m²) est librement accessible en journée par une porte vitrée du couloir.

Une première zone abritée permet aux fumeurs de s'y rendre, y compris par mauvais temps. Une table en bois, des sièges et un baby-foot y sont installés.

De nuit, un rideau de fer est abaissé pour isoler la cour mais laisse le libre accès à ce préau.

Cette belle cour comprend des espaces verts, un terrain de boules et une zone bitumée avec un panneau de basket. Des sièges et des tables y sont répartis.

Lors de la visite, en raison des conditions météorologiques, seuls les fumeurs s'y rendaient.



Une salle d'activités et de télévision est librement accessible à partir du couloir. Cette pièce est équipée d'un téléviseur et de sept fauteuils. Elle est également meublée de deux tables rondes avec des sièges, d'une bibliothèque ne contenant que des vieux livres usagés, d'une armoire contenant des jeux de société (Trivial poursuit, dominos...). Le mercredi 7 janvier 2015, à 17h, deux patients regardaient la télévision et deux autres étaient assis à une table ronde : l'un lisait une revue et l'autre s'adonnait à sa passion avec une brochure de jeux.

Une salle de sport est également à la libre disposition des patients. Elle est équipée de deux vélos d'appartement (dont un est hors service), d'une table de ping-pong, d'un sac de frappe et d'un tapis de marche. Une console Wii y est également disponible. Le mercredi 7 janvier 2015, vers 17h, un patient, qui était allé chercher la clé nécessaire au fonctionnement du tapis de marche dans le bureau des infirmiers, utilisait l'appareil.

Une autre pièce, accessible par la salle de sport, était vide lors de la visite mais était en cours d'aménagement pour y installer un atelier de créativité (peinture, dessin...).

Les activités sont variables selon le nombre des soignants présents. A la date de la visite, rien n'était formalisé mais des projets existaient pour mener deux activités par semaine.

En raison de la durée du séjour et de leur état, les patients sortent peu. Sur proposition du psychiatre, le directeur peut autoriser des sorties dans le parc, durant des horaires correspondant à l'ouverture de la cafétéria. « *Cela permet de tester leur autonomie* » a-t-il été ajouté. Aucun patient n'avait cette possibilité à la date de la visite. Ponctuellement, un soignant peut accompagner un patient à l'extérieur du bâtiment mais cette situation est rare.

d. Les soins

Le psychiatre référent de l'unité est présent 80 % du temps. Il consacre, conformément à la réglementation en vigueur pour les praticiens hospitaliers, deux demi-journées par semaine (le jeudi), à des activités d'intérêt général. Présent aux alentours de 9h, il est décrit comme disponible par l'équipe. En son absence, il est remplacé par la psychiatre de l'UPCA avec laquelle il travaille en binôme. Les entretiens avec chaque patient ont lieu deux à trois fois par semaine, en fonction de la nécessité de la clinique, davantage le cas échéant. Ils se font toujours en présence d'un personnel infirmier mais aucun infirmier n'est référent du patient. L'équipe se dit très soulagée d'avoir un médecin psychiatre affecté à l'unité de façon pérenne. Jusqu'à l'automne 2014, les psychiatres référents n'étaient affectés que provisoirement ce qui a fortement perturbé l'équipe soignante et empêché toute organisation stable. L'arrivée de ce médecin est donc saluée par l'équipe. Il est à noter qu'aucun temps de psychologue, d'ergothérapeute ou de psychomotricien n'est affecté à l'UFHC. Il semble que le recrutement d'un temps de psychologue soit à l'étude.

A l'exception des médicaments prescrits sous forme liquide, qui sont préparés au moment de la dispensation, les traitements sont préparés par l'équipe de nuit et répartis en piluliers nominatifs pour chaque patient. Les traitements en goutte sont préparés par le personnel infirmier chargé de le dispenser. La dispensation se fait quatre fois par jour, généralement avant les repas ou les collations dans la salle à manger ou devant la salle de soins.

Les soins somatiques sont assurés par un médecin généraliste qui répartit son temps entre l'UFHC et le secteur d'hospitalisation infanto-juvénile. Son bureau est installé au sein de l'UFHC qu'il ne quitte que lorsqu'il est appelé dans une des deux unités infanto-juvénile. Cette organisation permet qu'il soit très présent à l'UFHC et les soignants le décrivent comme extrêmement disponible. Il prescrit et organise, avec l'aide du personnel infirmier, les consultations extérieures et les hospitalisations en services de soins somatiques pour les patients de l'unité.

L'utilisation de la chambre d'isolement est abordée au paragraphe 4.4.1.

4.2.2 L'unité d'hospitalisation de court séjour (Hospo O2)

4.2.2.1 Présentation générale

L'unité de court séjour – ou « Hospo O2 » – accueille les patients en soins libres ainsi que ceux en SPDT ou en SPDRE qui ne sont pas maintenus dans les autres unités du centre hospitalier et qui sont destinés à rejoindre leur domicile. La capacité d'accueil est de dix-huit patients en dix-huit chambres.

Ce service est ouvert, dans le sens où les patients peuvent aller dehors pour fumer dans un espace qui n'est pas clos, peuvent aller dans le parc anglais, qui n'est pas clos, et à la cafétéria qui est à 200 mètres environ. Il leur est demandé de respecter leur contrat de soin qui peut les limiter,

selon le cas, à la proximité immédiate du bâtiment ou à des distances supérieures. Le livret d'accueil précise : « *Dans le cadre d'un contrat de soin, durant une période de 72h d'observation suivant votre admission, nous vous invitons à rester dans l'unité. Afin de permettre l'organisation des soins, nous vous invitons par la suite à informer l'équipe soignante de vos sorties et déplacements* ».

a. Les locaux

L'unité occupe un bâtiment en forme de T (cf. paragraphe 2.4). La barre supérieure du T mesure de l'ordre de 30 m de long et de 10 m de large ; elle est orientée Est-Ouest, avec la façade principale au Sud. La jambe du T mesure 15 m de large sur 15 m de long ; elle part du milieu de la barre du T vers le Nord ; sur sa façade Est, se trouve la porte de l'accueil.



Vue extérieure du bâtiment

La porte de l'accueil donne dans un sas de 15 m² dont la porte donne dans un couloir, au milieu de la barre du T.

En face de cette porte se trouvent deux locaux :

- le bureau des infirmiers, séparé en deux pièces : l'une de 12 m² et l'autre de 8 m² ; la façade donnant sur le jardin au Sud est occupée par une fenêtre ;
- la pharmacie également séparée en deux pièces de 12 m² et de 8 m² ;
une grande baie vitrée dans le mur séparant le bureau des infirmiers de la salle à vivre permet aux infirmiers de suivre l'activité de ce grand espace et, inversement, les personnes de cette salle peuvent suivre l'activité du bureau infirmiers.

Sur la droite, se trouve un couloir desservant la barre droite du T, accueillant treize chambres, une salle de bain et une cage d'escalier permettant d'accéder au premier étage.

La salle de bain, à but thérapeutique, comporte une baignoire et une douche, un fauteuil percé, un double lavabo surmonté d'une glace, une grande glace miroir, du matériel pour prendre des shampoings.

La jambe du T accueille cinq autres chambres.

Sur la gauche, se trouve une porte d'accès à la salle à vivre, de 70 m² environ ; celle-ci comporte :

- un accès à une véranda de 20 m², dans laquelle sont disposés un vélo d'intérieur et un marcheur elliptique en état ; la véranda donne accès au jardin ouvert vers le Sud ;
- un espace salon exposé vers le Sud avec trois tables, une dizaine de fauteuils rouges et de chaises rouges autour des tables, trois fauteuils rouges rangés contre un mur, des plantes vertes ;
- un espace salle à manger comportant trois tables de 1,20 m de diamètre entourées de chaises rouges ; il communique avec un office de 15 m² qui débouche lui-même dans un espace réservé au personnel ;
- un espace petit salon comportant une bibliothèque avec quelques livres, cinq fauteuils et un pouf de couleur bleu-vert, une table basse et deux petits meubles bas.



L'espace salon salle à manger et la véranda

La salle à vivre se poursuit dans un couloir qui dessert :

- sur la droite :
 - le bureau de la cadre de santé ;
 - un bureau ;
 - une pièce donnant sur l'extérieur ; elle est notamment utilisée par les fumeurs car elle débouche sur le jardin et dans un abri ouvert, protégeant les fumeurs des intempéries et disposant d'une table et trois fauteuils en plastique ;
 - une salle de ping-pong (deux raquettes et une balle étaient posées sur la table) ;

- sur la gauche :
 - un escalier ;
 - deux toilettes destinées aux patients ; les toilettes ne comportent pas de patère ;
 - trois locaux.

A l'étage, qui n'est pas en libre accès aux patients – les portes sont fermées à clé –, sont situés notamment :

- des bureaux de médecin ;
- deux salles de relaxation :
 - une salle individuelle, de 18 m², comportant un lit, un plafonnier et une source de lumière pilotée par la musique d'une chaîne Hi-Fi ;
 - une salle de 40 m² comportant des tapis en mousse, un plafonnier et une source de lumière pilotée par la musique d'une chaîne Hi-Fi ;
- une salle de réunion, qui sert notamment pour la réunion de synthèse hebdomadaire (voir *infra*) ;
- une buanderie avec lave-linge et sèche-linge ;
- une salle de formation utilisable par d'autres personnels que ceux de Hospy O2 ;
- un espace de repos pour le personnel, comportant un coin cuisine avec un four à micro-ondes, un évier et une table avec quatre chaises.

Les chambres sont similaires à celles de la gérontopsychiatrie (cf. *infra* paragraphe 4.7) à quelques différences près :

- on trouve trois superficies possibles (12, 15 et 18 m²) ;
- chaque chambre dispose d'un téléphone fixe, d'un téléviseur et d'un bureau avec deux tiroirs et un fauteuil ;
- les fenêtres peuvent être ouvertes, mais de façon très limitées : elles peuvent coulisser et laisser un espace ouvert d'une largeur de 10 cm au maximum
- les murs sont recouverts de papier peint au lieu de peinture ;
- dans certaines chambres, des décorations (posters, dessins...) sont fixées au mur.

Les contrôleurs ont constaté que les locaux et les meubles étaient à l'état neuf, maintenus dans un état de propreté parfait. Dans certaines pièces tapissées, le papier peint a vieilli, sans pour autant remettre en cause la qualité générale des lieux.

b. Les personnels

Les effectifs réalisés correspondent aux effectifs théoriques :

- 2 ETP de médecin psychiatre réalisés avec un médecin chef de pôle et deux médecins présents, l'un le matin et l'autre l'après-midi ;
- 0,5 ETP de médecin somaticien; ce même médecin dispense la formation de gestion du stress du personnel soignant selon la méthode du « *mindfulness* »²³ pendant des sessions de huit semaines à raison d'une journée par semaine ;

²³ Cette méthode qui vise à répondre au stress de tous les jours. La pratique de la Mindfulness permet de reconnaître et de gérer le stress, de développer une plus grande acceptation de l'expérience vécue, de mieux comprendre les

- 1 ETP d'interne en psychiatrie ;
- 13 ETP d'infirmiers avec quinze personnes ; selon les informations recueillies par les contrôleurs, l'effectif réalisé est de seize personnes en raison d'un surnombre temporaire ; parmi ces infirmiers, la moitié sont des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et l'autre sont des infirmiers spécialisés en psychiatrie ;
- 2 ETP d'aide-soignant (AS) ;
- 5 ETP d'agents hospitaliers qualifiés (AHQ).

Une réunion de synthèse clinique est organisée tous les mardis après-midi de 13h45 à 15h30, voire 16h, avec les deux psychiatres, le médecin somaticien, les infirmiers en poste de jour, les aides-soignants, la psychologue, l'assistante sociale, l'interne en psychiatrie et le cadre de santé, pour évaluer et mettre à jour les projets de soins de trois ou quatre patients, et examiner les entrées et les sorties.

Les personnels soignants et agents hospitaliers sont organisés de la façon suivante :

- en semaine, les deux équipes de jour comportent trois infirmiers, un agent hospitalier et, le matin ou l'après-midi, un aide-soignant ; parfois l'équipe de jour comporte quatre voire cinq infirmiers; cette équipe de jour ne doit pas comporter moins de trois infirmiers. L'équipe de nuit comporte un infirmier et un aide-soignant (cf. paragraphe 2.4.2). Pendant les week-ends, l'équipe de jour compte trois infirmiers et un agent hospitalier, mais aucun aide-soignant ; en effet, en semaine, la mission de l'aide-soignant est d'assurer les accompagnements des patients en dehors de l'unité ;
- la durée des relèves est de 15 mn le matin comme le soir et de 30 mn à la mi-journée ; les éléments de la nuit, comme ceux du jour, sont enregistrés dans l'application Cortexte et sont accessibles aux seuls personnels soignants concernés ;
- le rythme des équipes de nuit est théoriquement le suivant : quatre nuits de service, deux nuits de repos, trois nuits de service, deux nuits de repos, etc.
- le personnel de service de nuit ne participe pas, de fait, aux réunions hebdomadaires de synthèse.

Il a été remis aux contrôleurs un état des plannings de service réalisés en octobre, novembre et décembre 2014. Le nombre de soignants présents par demi-journée durant ces trois mois, soit sur 92 jours, est le suivant :

Nombre de soignants par équipe	Matin	Soir
2 soignants	2 fois	1 fois
3 soignants	24 fois	45 fois
4 soignants	47 fois	34 fois
5 soignants	16 fois	12 fois
6 soignants	3 fois	Jamais

réactions habituelles, de répondre aux situations par choix plutôt que par habitude et d'apprendre à se détendre, à réduire les tensions physiques, les peurs et douleurs pour simplement vivre mieux.

c. Les patients

Sur l'ensemble de l'année 2014, la durée moyenne de séjour a été de 18,36 jours.

En 2014, trente personnes ont été admises en soins sous contrainte :

- vingt-neuf à la demande d'un tiers : neuf en urgence (SPDTU) et vingt pour péril imminent (SPPI) ; soit aucun sur simple demande d'un tiers (SPDT) ;
- un sur décision de représentant de l'Etat.

Au moment de la visite des contrôleurs, dix-sept patients étaient placés à Hospy O2 :

- quatre hommes et sept femmes étaient en hospitalisation libre ;
- trois hommes et trois femmes étaient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers : quatre en urgence (SPDTU) et deux pour péril imminent (SPPI) ;
- le plus ancien patient en soins libres y était depuis le 8 décembre 2014 ;
- le plus ancien patient en soins sous contrainte y était depuis le 19 décembre 2014 ;
- le patient le plus âgé avait 82 ans ;
- le patient le plus jeune était âgé de 24 ans.

4.2.2.2 L'admission dans le bâtiment

La procédure d'accueil fait l'objet d'un protocole. Les informations sont immédiatement intégrées dans l'application de gestion et de suivi des patients Cortexte. Cette procédure prévoit un « entretien infirmier » conduit par un infirmier ou le cadre de santé. Cet entretien est suivi de celui avec un psychiatre, de celui avec les médecins généralistes et de la notification des droits par le cadre de santé.

La notification du placement et des droits y afférents est parfois repoussée de 24 heures si l'état du patient le nécessite ; elle est lue avec le patient puis une copie lui en est remise.

L'entretien infirmier comporte les rubriques suivantes :

- « *identification professionnelle (date, nom et prénom du professionnel, sa fonction, nom de l'unité de soins) de l'infirmier ;*
- *identification du patient (nom, prénom, sexe, date et lieu de naissance) ;*
- *date et heure d'entrée, mode d'entrée, provenance, médecin référent, type de modalité, chambre n°... ;*
- *circonstances de l'admission (accompagné par, dressé par, attentes médecin adresseur, attentes du patient) ;*
- *présentation à l'entrée (signes cliniques observés / exprimés)*
- *sécurisation du patient (existe-t-il des objets licites à sécuriser oui/non ... décharge des objets de valeur ; existe-t-il des objets illicites à sécuriser oui / non) ;*
- *commentaires spécifiques (problèmes liés à l'hospitalisation, autres commentaires) ;*
- *validé par (si ce questionnaire est saisi par l'aide-soignant de la gériatrie-psychiatrie, noter ici pour validation : le nom de l'infirmier(ère) ou du cadre de santé) ».*

L'accueil du médecin généraliste comporte les rubriques suivantes :

- « *identification professionnelle (date, nom et prénom du professionnel, sa fonction, nom de l'unité de soins) ;*
- *identification du patient (nom, prénom, sexe, date et lieu de naissance) ».*

L'accueil du médecin psychiatre pour les personnes hospitalisées à temps complet comporte les rubriques suivantes :

- « *identification professionnelle (date, nom et prénom du professionnel, sa fonction, nom de l'unité de soins) ;*
- *identification du patient (nom, prénom, sexe, date et lieu de naissance) ;*
- *anamnèse ;*
- *plaintes somatiques ;*
- *antécédents somatiques oui / non ;*
- *score EVA²⁴ ; médecin traitant référent : oui (cf autre fiche), non, ne peut se prononcer ;*
- *bilan nutritionnel possible ».*

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les patients désignent volontiers une personne de confiance. Cependant, la relation entre le personnel soignant et la personne de confiance est parfois difficile à gérer quand celle-ci appartient à la famille proche, car les attentes ne sont pas de même nature, et que la relation entre un patient et sa famille peut être complexe ; les relations sont facilitées quand le tuteur est personne de confiance.

Il a été expliqué aux contrôleurs que la personne de confiance ne recevait des informations qu'après que le patient avait donné son accord.

4.2.2.3 Le fonctionnement

a. La vie quotidienne

Le petit déjeuner est pris dans la salle à manger entre 8h30 et 9h – le livret d'accueil prévoit 8h. Il n'est pas obligatoire. Les patients peuvent être réveillés par le personnel soignant pour prendre les médicaments prescrits à une certaine heure. A 10h, les chambres doivent être libérées afin que les agents hospitaliers fassent le ménage. Le déjeuner est pris entre 12h et 12h45 dans la salle à manger. Le goûter est servi à 16h pour les volontaires. Le dîner est pris entre 19h et 19h45 voire 20h.

Il n'y a pas d'extinction des feux mais les patients regagnent le plus souvent leurs chambres pour regarder la télévision. Les portes donnant sur l'extérieur sont fermées pendant la nuit de 22h à 7h ; les éventuels fumeurs demandent au personnel de service de nuit de leur ouvrir la porte sur le jardin le temps de fumer.

Lorsqu'un patient a besoin de tabac, s'il n'est pas autorisé à sortir, un personnel soignant va en acheter dans la commune voisine, située à 5 km.

Pour les repas, aucun plan de table n'est prévu, aucune place n'est attribuée. Les patients se regroupent par affinité. Parfois des repas sont servis en chambre pour des raisons médicales. Les verres sont en verre, les couverts en métal (cuiller, fourchette et couteau), les serviettes en tissus. Les régimes sont identifiés par des pastilles de couleur et vérifiés par les infirmiers. Les menus sont affichés dans la salle à manger, près de l'office. Les patients sont de grands consommateurs de café qui est lyophilisé.

²⁴ Echelle d'évaluation de la douleur.

L'entretien du linge personnel est assuré par les familles des patients, un service du pressing d'une commune voisine et, dans quelques cas exceptionnels, à la buanderie qui est à l'étage.

La question des relations sexuelles se pose rarement, en raison de la brièveté des séjours, même si parfois des couples se forment, selon les informations recueillies par les contrôleurs. Il n'existe pas de distributeur de préservatifs, mais des préservatifs, disponibles à la pharmacie, sont donnés aux patients s'ils le demandent ; les patients ne sont cependant pas informés de cette possibilité.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, il n'a jamais été constaté la présence de drogue dans les chambres des patients. En revanche, il est arrivé, parfois, que de l'alcool, un couteau ou des médicaments y soient trouvés ; l'alcool est détruit, les objets dangereux sont mis en dépôt et rendus à la sortie et les médicaments sont remis au médecin.

b. Les communications avec l'extérieur

Selon le livret d'accueil, les visites sont autorisées de 14h à 19h, les horaires peuvent être aménagés sur décision de l'équipe de soins ; pour des raisons de confidentialité, les visites ne sont autorisées que dans les chambres et/ou dans le parc de l'hôpital ; l'accès aux lieux communs de l'unité reste réservé aux patients. Dans les faits, compte tenu de l'éloignement, les visites sont autorisées dans un créneau plus large. Les mineurs sont autorisés, quel que soit leur âge.

Le téléphone est d'accès libre, sauf sur décision médicale. Chaque chambre est équipée d'un téléphone. Les communications vers la France métropolitaine sont gratuites. Les patients conservent leurs téléphones portables sauf décision contraire du médecin pour une durée déterminée. Le livret d'accueil précise : « *Afin de préserver votre droit à l'image et la confidentialité des soins, les clichés photographiques sont interdits (via téléphone portable ou appareil photographique)* ».

Le téléviseur de chaque chambre reçoit la TNT.

Les patients peuvent apporter leur ordinateur personnel. L'accès à Internet n'est pas possible, le centre hospitalier ne disposant pas de l'équipement nécessaire pour relier les chambres.

L'aumônier vient sur demande du patient ; les entretiens se déroulent dans les chambres. L'aumônerie organise, dans ses locaux, des activités de chant auxquelles les patients peuvent participer ; ces locaux sont dans le périmètre de liberté d'aller et venir des patients ; pour les patients en SPDT ou en SPDRE, une autorisation du directeur général doit être délivrée au préalable.

Le courrier « arrivée » est récupéré par un infirmier chez le vaguemestre puis remis de la main à la main aux patients concernés. Le courrier « départ » est remis à un infirmier ou déposé directement dans la boîte aux lettres située à côté du bureau du vaguemestre. Les courriers ne sont ni ouverts ni enregistrés. Les timbres, enveloppes et papiers à lettre ne peuvent pas être achetés sur place, ni à la cafétéria.

Les valeurs des patients peuvent être déposées dans le coffre de la comptabilité. Les patients peuvent retirer des valeurs déposés sous réserve des horaires d'ouverture ; la comptabilité est

fermée le week-end et en semaine le soir après 18h.

c. Les activités

La seule activité thérapeutique proposée aux patients consiste en des séances de relaxation dans les salles de l'étage ; quelques activités occupationnelles leur sont accessibles.

Aucune activité culturelle n'est également proposée aux patients. La bibliothèque, disponible dans la salle commune, contient une petite cinquantaine de livres dont aucun récent. Le stock n'est pas renouvelé.

Les patients sont libres d'aller dans leurs chambres, qui sont fermées en leur absence et dont ils possèdent la clé. Ils peuvent circuler librement à l'extérieur sans accompagnant, en proximité notamment pour fumer, ou pour se rendre dans le parc qui est à environ 200 m. Pour les patients en SPDT ou en SPDRE, la sortie dans le parc nécessite une autorisation, demandée par le médecin psychiatre et validée par le directeur général du centre hospitalier (ou son délégué) pour des durées limitées (voir *supra*) sans accompagnant ; ces autorisations ne permettent pas d'aller dans la commune de Leyme située à un kilomètre.

Les autorisations de sortie de 12 h et de 48 h suivent un protocole similaire :

- le médecin formule son accord le jour J et la demande est transmise pour décision au directeur général qui rend sa décision à J + 1 ;
- la décision est transmise au bureau des entrées, qui appelle le cadre de santé. Ce dernier notifie la décision au patient et lui demande de signer le document pour en valider la prise de connaissance, et non pas pour valider le sens de la décision. Pour les permissions de 12 h, le patient part avec ses proches ou, quand il s'agit de se rendre au tribunal ou à une consultation extérieure, avec un aide-soignant. Pour les permissions de 48 h, le patient sort de façon autonome ; il peut – le cas échéant – partir avec sa voiture ; le médecin est attentif au mode de locomotion utilisé par le patient. Un pilulier comportant les médicaments correspondant à la durée de la sortie est remis au patient ;
- pour les sorties des patients en SPDRE, l'information préalable de la préfecture est requise ; le circuit interne entraîne un délai supplémentaire d'un jour ou plus. Pour les sorties des patients en SPDT, l'accord du tiers n'est pas demandé « *car il n'est pas juridiquement nécessaire et il n'est pas certain que le tiers le donne* ».

d. Les soins

La dispensation des médicaments intervient, avant chaque repas ou selon le programme défini par le médecin, selon la méthode suivante : les patients font la queue dans le couloir, de part et d'autre de la porte de la pharmacie en se maintenant derrière une ligne de confidentialité tracée sur le sol, à un mètre de la porte ; les patients entrent un par un dans la pharmacie dont la porte reste ouverte ; ils reçoivent leurs médicaments des mains d'un infirmier, devant qui ils les absorbent. La confidentialité est correctement assurée.

Les piluliers sont préparés par l'équipe de nuit et vérifiés par l'équipe de jour avant la dispensation.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, aucune mesure d'isolement ni de contention n'est prise dans l'unité, qui ne comporte aucune chambre d'isolement, de soins intensifs ou

d'apaisement.



Ligne de confidentialité pour la dispensation

4.2.3 L'unité de soins prolongés

4.2.3.1 Présentation générale

Comme son nom l'indique, l'unité de soins prolongés (USP) regroupe des patients au long cours et aux pathologies lourdes et diverses : démence, retard mental, schizophrénies, psychopathologies. Cette diversité ne rend pas la gestion des activités facile, d'après ce qui a été rapporté aux contrôleurs. Les patients étant pour la plupart d'entre eux hospitalisés depuis longtemps, l'unité a tendance à devenir un « lieu de vie ».

L'engorgement des structures médico-sociales, telles les maisons d'accueil spécialisées tant au sein de l'institut Camille Miret qu'en dehors, est tel que les patients, bien qu'inscrits sur des listes d'attente, n'ont guère de visibilité sur un placement hors de l'hôpital.

La difficulté d'une telle unité est donc de demeurer un lieu de soins, et non pas de devenir un lieu de vie, pour des personnes présentes entre ses murs depuis de longues années pour la plupart d'entre eux.

a. Les locaux

L'unité est implantée dans des locaux récents situés au Sud du site principal, légèrement à flanc de colline au bout d'une allée sans issue perpendiculaire à l'axe central de l'établissement.

Il s'agit d'un ensemble de trois bâtiments accolés construits sur un seul niveau, totalement conçus pour faciliter le déplacement des personnes à mobilité réduite.

L'implantation centrale est un bâtiment carré à toit plat de 41 m² environ. Il constitue le passage unique entre, à droite en entrant, un bâtiment rectangulaire à toits quatre pentes de 100 m² environ, et, à gauche en entrant, un bâtiment également à toits quatre pentes, en forme de L, de 350 m² d'emprise au sol environ.

Le bâtiment rectangulaire regroupe la partie jour (activités, restauration, consultation médicale) et le bâtiment en L, la partie nuit et soins.



L'unité de soins prolongés

L'accès à l'ensemble n'est possible que par l'**implantation centrale**, via un sas d'entrée. La porte extérieure du sas donnant sur le parking est ouverte en permanence, la porte intérieure entre le sas et le hall d'accueil général de l'unité reste fermée.

La zone centrale, de 41 m², dessert les bâtiments de jour et de nuit, ainsi que la cour intérieure centrale de l'unité. Cette cour, qui se trouve du côté l'opposé à l'entrée, est entièrement clôturée et libre d'accès en permanence depuis la zone centrale. Un « coin TV », partiellement fermé par un paravent, est situé dans la zone centrale. Il comprend quelques fauteuils et un poste de télévision. A côté, sont situés les casiers personnels des patients, dont ils détiennent la clé. Ils y entreposent du tabac, un téléphone ou d'autres effets personnels.

Le bureau de la cadre de santé et le local d'accueil des familles sont implantés dans le bâtiment central, de part et d'autre du sas d'entrée.

En entrant dans le **bâtiment de jour**, en continuité immédiate du hall d'accueil, se trouvent, à gauche, le bureau de consultation médicale et, à droite, la salle à manger et ses dépendances (cuisine thérapeutique, office, salle de plonge).

Sur la gauche, après le cabinet médical, se trouvent les toilettes réservées au personnel, trois salles d'activité et le salon.

Le local d'accueil des familles est décrit comme non satisfaisant, étant petit et peu convivial. Une des salles d'activités a vocation à le remplacer lors de travaux programmés en cours d'année. Elle présente l'avantage, par rapport à l'implantation actuelle, d'être accessible depuis l'extérieur. Il est prévu d'aménager une terrasse pouvant être utilisée par les patients et leurs proches.



La salle d'activité principale

Composent les locaux consacrés à la restauration :

- la salle à manger, de 30,8 m², qui est équipée de six tables circulaires pour trois personnes ainsi que quatre tables individuelles ;
- la cuisine thérapeutique, de 14 m², avec sortie sur l'extérieur, utilisée par les malades dans le cadre d'activités ;
- l'office réservé au personnel ;
- un local de plonge ;
- un local poubelle.



La salle à manger



La cuisine thérapeutique

Le **bâtiment de nuit et de soins**, en L, comporte dans sa partie centrale le bureau des infirmiers. Depuis ce bureau vitré, la vue est totale sur le hall d'accueil que prolonge en continuité immédiate le hall de circulation du bâtiment de nuit.

Donnent directement dans ce hall, du côté extérieur du bâtiment, les pièces suivantes :

- la salle à manger du personnel ;
- le local ménage ;
- une salle de réunions ;
- les vestiaires hommes et femmes du personnel ;

- deux locaux techniques pour le traitement du linge.

L'aile qui se trouve derrière le bureau des infirmiers possède un couloir de 16 m de long qui dessert à droite les chambres numéros 1 à 5, et, à gauche, les chambres numéros 10 à 6 et une salle d'activités (entre les chambres n°10 et n°9). Cette salle de 16 m² sert à la fois de débarras en l'attente de l'aménagement du nouveau local d'accueil des familles et reçoit l'activité « écoute musicale ». Elle sert également de salle de massage. Elle ne présente aucun élément décoratif et son encombrement la rend peu accueillante.

La chambre numéro 1 est la chambre d'isolement – appelée « chambre d'apaisement » par le personnel soignant.

Au fond du couloir, à gauche, une porte qui reste ouverte donne accès à une cour. Elle est particulièrement utilisée par les fumeurs.

L'autre aile, perpendiculaire à la précédente, est traversée par un couloir de 14 m de long, qui dessert une salle de balnéothérapie puis les chambres numéros 11 à 19.

A l'exception de la chambre d'apaisement et de la chambre numéro 10, toutes les autres sont identiques ou symétriquement identiques.

Les contrôleurs, pour ne pas perturber la vie des malades, ont mesuré et photographié la seule chambre libre lors de leur visite (n°5).

Elle présente une forme rectangulaire de 4,47 m de long sur 3,10 m de large (soit une superficie de 13,85 m²).

Dans cet espace, a été aménagée, par la pose de cloisons, sur la gauche²⁵ en entrant, une salle de bains avec cabinet de toilettes. La salle de bain mesure de 2,54 m de long sur 1,80 m de large (soit une superficie de 4,57 m²). La largeur de la porte et les installations répondent en tout point aux critères exigés pour les personnes à mobilité réduite.

La salle de bains est équipée d'un WC suspendu, un lavabo, une douchette et des poignées murales, un distributeur de papier hygiénique, un distributeur de savon et shampoing liquide, une poubelle et une balayette. Il n'a pas été prévu de porte-serviettes.

²⁵ Sur la droite pour les chambres symétriques.



Une chambre de l'unité de soins de longue durée (n°5)



La salle de bains

Le sol est carrelé et prévu pour l'évacuation des eaux de la douche.

La chambre est munie d'un placard de 2,06 m de haut sur 1,11 m de large qui fait face à la porte d'entrée.

Elle est meublée par :

- un lit médicalisé en bois, de 0,90 m de large ;
- un bureau en bois (de 0,57 m de large, sur 0,80 m de long et 0,75 m de hauteur) ;
- un chevet en bois (de 0,40 m de large, sur 0,42 m de long et 0,75 m de hauteur) ;
- une chaise en bois et métal.

La fenêtre est en aluminium, à deux battants horizontaux coulissants, dont l'ouverture est restreinte à 0,15 m par la présence de serrures.

L'éclairage est constitué, dans la chambre, par une batterie de trois tubes au néon de forte intensité commandé par un système de « va et vient » par l'interrupteur situé à l'entrée de la chambre ou celui à côté du chevet. L'éclairage de la salle de bain est confié à un tube au néon unique.

Face au lit en hauteur, se trouvent trois prises murales : deux arrivées « secteur » et une arrivée pour une antenne de télévision.

A gauche du lit, au-dessus de la plinthe, une prise secteur et, à droite, à la même hauteur, une prise secteur et une prise téléphonique.

Aucune caméra de surveillance n'est installée dans la chambre qui n'est pas pourvue, non plus, de bouton d'appels ou de secours.

Les murs sont peints et le sol est recouvert d'un revêtement plastique.

La chambre d'isolement est située immédiatement derrière le bureau infirmier et le local de pharmacie et soins.

Elle présente la même superficie que les autres chambres et est équipée également d'une salle de bains. En revanche, tout meuble a été retiré et le lit, fixé au sol, est muni de sangles de contention.

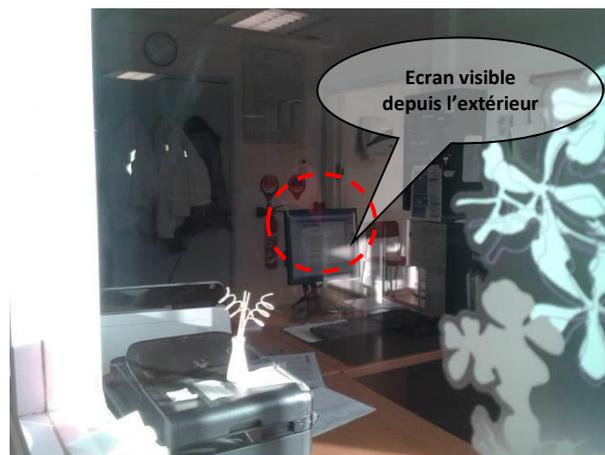
Enfin, au plafond se trouve une caméra avec renvoi d'images sur l'ordinateur principal du bureau des infirmiers. Ce dernier étant vitré, et l'écran de l'ordinateur visible depuis la zone centrale, il est aisé pour les patients, personnels ou toute autre personne (techniciens, par exemple), de voir ce qu'il se passe dans la chambre d'isolement. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que, après la visite des contrôleurs, le poste informatique a été déplacé afin que l'écran ne soit plus visible de l'extérieur.



La chambre d'isolement



Le dispositif de surveillance vidéo



b. Les personnels

Le personnel affecté à l'unité de soins prolongés se décompose comme suit :

- 0,2 ETP de psychiatre, présent le mercredi ;
- 0,5 ETP de cadre de santé, présente les lundis et vendredis toute la journée et le mercredi matin ;
- 10,1 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat, dont deux hommes ;
- 9,8 ETP d'aides-soignants ;
- un éducateur à temps plein ;
- deux moniteurs éducateurs (hommes), dont un à temps plein et l'autre à 60 % ;
- une assistante sociale, présente le vendredi toute la journée et le mercredi après-midi pour la réunion clinique ;

- quatre ETP d'agents de service hospitalier dont un homme.

Dans cette unité, comme dans l'ensemble du centre hospitalier, les équipes de nuit ne sont pas comptabilisées. L'unité de nuit, est engagée sur l'ensemble des unités, n'est pas placée sous la responsabilité de la cadre de santé de l'USP (cf. paragraphe 2.4.2).

Plusieurs horaires d'emploi sont prévus, ils peuvent concerner toutes les catégories de personnel, les plus employés principalement pour les infirmiers et aides-soignants sont les horaires décalés, communs à l'ensemble des soignants (cf. paragraphe 2.4.2) :

- le matin de 6h15 à 14h15 ;
- l'après-midi de 14h15 à 22h15.

D'autres personnels sont engagés en journée de 9h à 17h, de 13h à 21h.

Le cycle d'emploi normal est de quatre vacations de travail, suivies de deux jours de repos pour ceux qui sont présents les fins de semaine.

Les moniteurs et éducateurs-moniteurs ne sont pas présents les fins de semaine et travaillent en rythme hebdomadaire classique.

La réunion clinique a lieu le mercredi après-midi.

L'unité n'a pas organisé de réunion d'analyse des pratiques depuis une année environ, a-t-il été indiqué aux contrôleurs, ce qui est déploré par les personnels.

c. Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs la situation était la suivante :

- dix-sept patients étaient présents : treize hommes et quatre femmes ;
- quatre patients –hommes – avaient été admis en SPDRE ;
- cinq patients – quatre hommes et une femme – avaient été admis en SPDT ;
- huit patients – cinq hommes et trois femmes avaient été admis en soins libres ;
- la plus longue hospitalisation avait débuté en 1982 ;
- le patient le plus âgé avait 74 ans, le plus jeune, 30 ans.

Tous les patients sont sous tutelle ou curatelle.

4.2.3.2 Le fonctionnement

a. La vie quotidienne

Les règles de vie

Les patients peuvent circuler librement au sein de l'unité et disposent chacun de la clé de leur chambre. **La porte de l'unité est fermée**, bien que la plupart des patients soient en hospitalisation libre. La porte d'accès au jardin est laissée ouverte.

Un document appelé « règlement intérieur de l'unité de soins prolongés », qui est une feuille plastifiée, récapitule les règles principales s'appliquant dans l'unité. L'alcool et autres stupéfiants sont interdits dans l'unité, ainsi que les objets potentiellement dangereux. Le tabac est autorisé dans la cour.

L'argent de poche est distribué le lundi, mercredi et vendredi, de 10h à 10h30. Un coffre permet de le conserver, ainsi que les objets de valeur.

Les appareils électriques sont autorisés dans les chambres, sous réserve de l'acceptation de l'équipe soignante ainsi que de l'équipe technique. Un patient a ainsi été vu avec son rasoir électrique.

L'hygiène

Chaque chambre étant équipée d'une douche, les patients peuvent se laver quand ils le souhaitent. Pour les moins autonomes, des aides-soignants aident à la toilette. La salle de balnéothérapie est également équipée d'un lit-douche le cas échéant.

Le ménage est programmé à titre thérapeutique pour certains des patients et est inscrit sur l'emploi du temps figurant dans la zone centrale. Chaque jour, une à deux chambres sont programmées.

D'après les propos recueillis, la propreté des chambres est vérifiée une fois par jour, « en la présence des patients, si cela est possible ».

L'entretien du linge

Les plus autonomes participent à l'entretien de leur linge, avec l'aide d'un soignant. Pour les autres, les personnels soignants s'en occupent.

La restauration

Les repas sont pris dans la salle à manger, où les menus ne sont pas affichés. En revanche, ils le sont sur le panneau d'affichage, dans la zone centrale, mais sont difficilement lisibles du fait de la petitesse des caractères d'imprimerie. Le petit déjeuner se prend de 8h45 à 9h30, le déjeuner de 12h à 12h45, et le dîner de 19h à 19h45. Il y a un plan de table, car certains rituels doivent être respectés. Quatre patients mangent seuls à une table et l'un d'entre eux doit impérativement rester face au mur. Quatre autres patients prennent leur repas avant les autres, du fait de leur manque d'autonomie.

Le « règlement intérieur » indique que les patients doivent aider à mettre et débarrasser les tables et que les téléphones portables sont interdits à l'heure du repas.

Il est interdit pour les patients de conserver des sucreries dans leur chambre.

Le tabac

Chaque lundi, les cigarettes sont achetées par un personnel soignant au tabac-presse à Aynac. Le tabac représente un budget mensuel de 1 000 euros environ pour l'ensemble des patients.

Selon leur degré d'autonomie, les patients peuvent conserver leurs cigarettes, mais elles sont le plus généralement stockées dans le bureau des infirmiers. Selon les patients, un nombre plus ou moins important de cigarettes leur est donné chaque jour.

Le jardin, qui sert de fumoir, est accessible de jour comme de nuit. Malgré la présence de cendriers, des piles de mégots étaient présentes en différents endroits du jardin.



Les mégots au sol près de la porte arrière

Les relations sexuelles

Les relations sexuelles ne sont pas interdites au sein de l'unité. Lorsque le cas de figure s'est présenté, les personnes impliquées ont été sensibilisées à la contraception et aux risques encourus.

b. Les communications avec l'extérieur

Les visites sont autorisées de 10h à 12h et de 14h à 17h, en hiver, et de 10h à 12h et de 14h à 18h, en été.

Les visites sont rares et ne sont pas particulièrement encouragées par le personnel soignant. Il a été rapporté aux contrôleurs que, bien souvent, elles ont pour effet de perturber les patients et suscitent également la jalousie de certains d'entre eux qui n'en reçoivent pas. Elles se passent dans le local prévu à cet effet.

Deux ou trois patients reçoivent des visites, peu fréquemment.

Il n'existe aucun *point-phone* dans l'unité mais un téléphone sans fil. Les patients donnent le numéro à l'infirmier qui appelle l'accueil de l'hôpital, depuis lequel le numéro est composé. Deux patients, en soins libres, ont leur téléphone portable avec eux.

Deux coins « télévision » sont disponibles pour les patients, l'un dans la zone centrale, l'autre dans une salle située près de la zone de nuit. Les programmes sont choisis par les patients. Ils peuvent également avoir la télévision dans leur chambre.

Il n'y a pas d'accès à l'Internet pour les patients au sein de l'unité. Au village de Leyme, un espace Internet peut être accessible.

Les patients peuvent écrire des lettres. Le papier, les enveloppes et les timbres sont fournis par l'hôpital. Ils les postent eux-mêmes, s'ils ont l'occasion d'aller au village, ou le courrier transite par le vagemestre, qui passe tous les jours.

c. Les activités

Un grand tableau situé dans la zone centrale récapitule l'emploi du temps des patients. Il indique les activités auxquelles chacun participe, mais également le ménage. Certains patients

écrivent eux-mêmes sur le tableau. La semaine du 5 au 9 janvier, les activités suivantes étaient proposées :

Lundi :

- 10 h : atelier créatif pour deux patients ;
- 10h15 : chant à l'aumônerie ;
- 16h : relaxation pour deux patients ;

Mardi :

- 9h30 : sortie à Figeac pour deux patients et à Saint-Céré pour une patiente ;
- 10h30 : atelier esthétique pour trois patientes ;
- 14h : art-thérapie pour trois patients ;
- 14h : sortie à Saint-Céré pour un patient ;
- 16h : réunion communautaire ;

Mercredi :

- 10h : randonnée à Cornac pour deux patients ;
- 10h : rendez-vous chez le dentiste pour une patiente ;

Jeudi :

- 10h : atelier créatif pour trois patients ;
- 15h30 : messe à la chapelle pour quatre personnes ;
- 16h : atelier d'écoute musicale pour quatre patients ;

Vendredi :

- 9h : randonnée au Lioran pour deux patients ;
- 10h : gymnastique douce pour quatre patients ;
- 16h : atelier créatif pour trois patients.

Il est à noter que sept patients sur dix-sept participent aux activités proposées au sein de l'unité. Cela explique que, bien que des activités existent, des patients disent beaucoup s'ennuyer. L'équipe soignante a l'intention de proposer plus d'activités, a-t-il été indiqué.

Quand les patients reviennent de leurs sorties au village, ils doivent montrer leurs poches et le contenu de leurs sacs. Les objets interdits les plus fréquemment retrouvés sont des briquets, de la bière et du cannabis.

La cour est équipée d'une table, de chaises en plastique ainsi que de deux bancs. Un potager surélevé peut être cultivé lors des beaux jours.

Tous les ans, un séjour thérapeutique est organisé pour quelques patients de l'unité. En 2014, le séjour s'est déroulé en Dordogne durant quatre jours et trois nuits.

Une réunion communautaire a lieu chaque semaine, animée par l'éducateur et les moniteurs-éducateurs. Elle est l'occasion de s'inscrire ou confirmer son inscription aux activités proposées et de discuter de certains sujets. Les contrôleurs ont assisté à la réunion communautaire qui s'est tenue le 6 janvier à 16h. Il a été rappelé aux patients qu'il est interdit de fumer dans les chambres.

Une personne s'est inscrite à l'activité d'équithérapie pour le mardi, comme chaque semaine. L'activité est particulièrement appréciée. Trois personnes se sont inscrites à la gymnastique douce qui a lieu le vendredi matin. Trois patientes se sont inscrites à l'atelier esthétique et il a été rappelé que l'activité d'art-thérapie aurait lieu l'après-midi du mardi 13 janvier.

Une sortie « raquette » organisée le vendredi a été proposée pour deux patients avec quatre accompagnateurs.

Il a été indiqué que la coiffeuse viendrait le vendredi pour couper les cheveux de deux patients. Il a également été rappelé que l'atelier d'écoute musicale aurait lieu le jeudi.

Le rendez-vous chez le dentiste d'un patient a été mentionné. Le ménage prévu dans les chambres de trois patients également été rappelé.

Un patient a dit vouloir une « rouleuse », pour pouvoir fabriquer ses cigarettes. Un autre avait besoin d'une veste en cuir et il lui a été répondu qu'il faudrait prendre attache avec son tuteur. Un patient a manifesté son intérêt à participer à la prochaine randonnée et il lui a été dit qu'il faudra consulter le psychiatre. « *Oui mais je peux bien vous le dire* », a-t-il répondu.

Les sorties dans le parc

Pour les personnes admises en soins libres, à leur demande, la porte de l'unité est ouverte et ils peuvent sortir de 9h45 à 18h45, en été, et de 9h45 à 17h, en hiver.

Dans la zone centrale, sur un panneau d'affichage, se trouve un tableau sur lequel les sorties de six personnes hospitalisées sans leur consentement sont indiquées. Seul leur prénom est visible, même s'il apparaît que leur nom était mentionné au départ et qu'il a été masqué.

Nom	Sorties accompagnées village	Sorties libres village (programme de soins)	Sorties accompagnées CHS	Sorties libres enceintes CHS
A				10h30 à 11h et 15h à 15h30 à l'appréciation de l'équipe 5 – décembre 2014
B	Matin ou après-midi (à l'appréciation de l'équipe)		Entre 10h et 16h (à l'appréciation de l'équipe)	
C		A/C du 25/08/12 Tous les mercredis de 9h30 à 11h		Tous les jours de 9h30 à 10h30 et de 14h à 15h. Le lundi de 10h30 à 11h30 (activité chant) Le jeudi de 16h30 à 17h30 (activité messe)
D		A/C du 31/10/14 Tous les mardis de 10h30 à 11h30 Tous les jeudis de 14h à 15h.		Tous les jours, 1 ½ heure le matin et 1 ½ heure l'après-midi.

E	Matin ou après-midi (à l'appréciation de l'équipe)		Entre 10h et 16h (à l'appréciation de l'équipe)	
F		A/C du 23/04./13 Tous les lundis, mercredis et vendredis de 10h30 à 12h		Tous les jours de 10h30 à 12h et de 14h30 à 16h30.

Les cultes

Les patients peuvent se rendre à la messe, qui a lieu le premier jeudi du mois à 15h30.

Bien qu'un certain nombre d'activités thérapeutiques soit proposé, les patients ont globalement rapporté s'ennuyer.

d. Les soins

Un médecin psychiatre de l'unité basée à Cahors intervient depuis novembre 2014 les mercredis toute la journée, pour pallier l'absence de médecin référent fixe perdurant depuis de nombreux mois. Le trajet qu'il doit effectuer, d'une heure minimum, réduit le nombre effectif d'heures passées au sein de l'unité. Le défaut de présence psychiatrique pérenne pour des personnes aux pathologies lourdes et ayant besoin de repères, a été déploré par les patients et le personnel soignant. « *On a l'impression qu'on n'intéresse personne* », a-t-il été indiqué aux contrôleurs. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique qu'un psychiatre a été recruté le 30 mars 2015, postérieurement à la visite.

La situation devrait se résoudre au premier trimestre de l'année 2015, avec l'embauche d'un psychiatre qui sera présent à mi-temps au sein de l'unité.

Les médicaments sont distribués au moment des repas, devant les autres.

Chaque patient a deux ou trois référents, selon les cas, répartis entre les infirmiers, les aides-soignants et les moniteurs-éducateurs. Une crainte parmi les personnels est le taux de renouvellement, perçu comme fréquent, des jeunes infirmiers, qui ne désireraient pas s'attarder dans cette unité au long cours.

L'utilisation de la chambre d'isolement est abordée au paragraphe 4.4.1.

Les soins somatiques

Le médecin généraliste de l'unité passe tous les matins du lundi au vendredi, en fin de matinée, et peut revenir à la demande. Il s'agit d'une présence médicale stable pour les patients. Le médecin d'astreinte se rend à l'unité à la demande le week-end ; le SAMU prend le relais, si besoin.

4.2.4 L'unité d'hospitalisation de réinsertion, dite « R2 »

4.2.4.1 Présentation générale

L'unité est installée dans un bâtiment de type « R+1 » construit dans les années 1970. Un autre, de même type, avec lequel il forme un « V », est inoccupé depuis que les mineurs sont accueillis dans des locaux neufs.



Selon les informations recueillies, l'unité devait quitter ce bâtiment dans un délai bref pour s'installer dans un autre, plus confortable, durant sa rénovation. Une réflexion était toutefois engagée sur le devenir de cette unité de réhabilitation à Leyme, dans un village désormais dépourvu de commerce hors une supérette, situation jugée peu propice pour réapprendre à ces patients à vivre dans la société. Une solution alternative, dans des appartements thérapeutiques inoccupés, était examinée avec attention.

a. Les locaux

Un hall d'entrée donne sur un couloir desservant :

- à droite : la zone de vie de nuit avec les chambres et les installations sanitaires ;
- à gauche : la salle à manger et son office, la salle de repos des soignants, une salle de télévision et une salle d'activités. Une porte vitrée donne accès à l'extérieur. Plus loin, dans une partie séparée par une porte fermée à clé, se trouvent les bureaux du psychiatre, de l'art-thérapeute et de la cadre de santé.

Les chambres sont réparties sur deux niveaux :

- au rez-de-chaussée, six chambres individuelles et une chambre double ;
 - à l'étage, six chambres individuelles et deux chambres doubles ;
- soit au total douze chambres individuelles et trois doubles, pour un total de dix-huit places.

Les installations sanitaires sont également réparties sur deux niveaux :

- au rez-de-chaussée, une salle de douche avec deux douches cloisonnées, des lavabos, des WC, une salle de bains et une buanderie ;
- à l'étage, une salle de douche avec deux douches cloisonnées, des lavabos et des WC.

Des horloges sont placées dans les couloirs.

Cette unité est la seule de l'établissement à compter encore des chambres à deux lits et à ne pas avoir de salle d'eau dans les chambres. Elle ne dispose d'aucune chambre d'isolement.



Les douze chambres individuelles sont de conception identique. Les contrôleurs ont visité plus particulièrement une chambre du premier étage. De 3,35 m de long et 2,85 m de large (soit 9,55 m²), elles sont meublées d'un lit en bois, non fixé au sol, de 2 m de long et de 0,90 m de large, avec des draps, une couverture, un oreiller et un couvre-lit. Une table de chevet est placée à sa tête. Un placard ainsi qu'une table et une chaise meublent également la pièce.

Un lavabo, surmonté d'une tablette, d'un miroir et d'un éclairage, constitue le seul équipement sanitaire.

Une fenêtre, sans protection extérieur mais avec des volets roulants, assure l'éclairage naturel et un luminaire, l'éclairage électrique. Un radiateur est placé en dessous.

Les patients disposent de la clé de leur chambre.

Comme à l'UFHC, les contrôleurs ont observé que chaque chambre constituait réellement le « domaine privé » de chaque occupant.

b. Les personnels

L'équipe des personnels qui compose cette unité se décline ainsi :

- un médecin psychiatre présent une demi-journée par semaine, dans l'attente du recrutement d'un psychiatre qui partagera son activité avec une autre unité ;
- un médecin généraliste présent à mi-temps dans l'unité, effectuant l'autre partie de son activité à l'unité de psychopathologie des conduites addictives (UPCA) ;
- une assistante sociale présente quatre demi-journées par semaine ;
- une art-thérapeute à 0,10 ETP ;
- une cadre de santé déjà affectée à temps plein à l'unité d'hospitalisation de court séjour (dite « Hospi O2) mais intervenant aussi à l'unité « R2 » en raison de la vacance du poste ;
- treize infirmiers (onze femmes et deux hommes) pour 10 ETP ;
- quatre aides-soignants (femmes) à temps plein ;
- une éducatrice spécialisée à temps plein ;
- quatre agents de service hospitalier (femmes) à temps plein.

Il a cependant été indiqué que, en cas de nécessité, le psychiatre ou celui de garde pouvait rapidement se déplacer à l'unité. De plus, la cadre de santé, qui travaille dans un bâtiment voisin, situé à quelques dizaines de mètres, peut très rapidement être présente à l'unité.

Au minimum, trois infirmiers ou aides-soignants sont présents en journée, dont au moins un infirmier, selon les horaires appliqués dans tout l'établissement (cf. paragraphe 2.4.2). Compte tenu de la composition de l'équipe, la présence d'hommes est peu fréquente ; il a été indiqué que cette situation n'était pas problématique car « *les soins ne reposent pas sur la force* » et que, face à un incident demandant une intervention, des moyens permettent d'alerter des renforts.

Les contrôleurs ont examiné la situation des trois derniers mois de l'année 2014. Les effectifs minimums ont toujours été respectés, y compris durant les deux dernières semaines de décembre. En moyenne, 4 infirmiers ou aides-soignants étaient en service le matin et 3,6 l'après-midi ; avec l'apport de quelques autres présents durant d'autres horaires (par exemple entre 9h et 17h), 7,8 soignants travaillaient dans l'unité durant la journée. Durant cette période, le taux d'absentéisme des infirmiers et aides-soignants a été de 13 % mais deux personnes ont été malades durant les trois mois ; sans elles, le taux a été de 2,8 %.

Hormis les transmissions effectuées à chaque relève, une réunion de synthèse devrait se tenir chaque jeudi mais, en raison des contraintes du psychiatre, elles se déroulaient, à la date de la visite, une semaine sur deux, lors du chevauchement des équipes du matin et de l'après-midi. Des réunions de fonctionnement, traitant de l'organisation du service, sont organisées chaque trimestre et des réunions d'information le sont en fonction des besoins.

Un infirmier référent est désigné pour chaque patient.

c. Les patients

Le 8 janvier 2015, la situation était la suivante :

- dix-huit patients étaient hospitalisés (onze hommes et sept femmes) ;
- deux hommes étaient en ASPRE ;
- trois hommes et trois femmes étaient en ASPDT ;
- six hommes et quatre femmes étaient en soins libres ;
- la plus longue hospitalisation en soins libres datait du 28 décembre 2013 (soit un an) ;
- la plus longue hospitalisation en soins sans consentement au sein de l'unité datait du 14 septembre 2014 (soit trois mois et demi), étant toutefois observé que des personnes pouvaient avoir effectué des séjours dans d'autres unités avant d'être admises au sein de l'unité de réhabilitation ;
- le patient le plus âgé avait 78 ans et le plus jeune, 26 ans.

4.2.4.2 L'admission dans le bâtiment

L'admission à l'unité de réhabilitation n'est jamais directe ; les patients proviennent toujours d'une autre unité où les différentes formalités ont déjà été effectuées.

La procédure suivie à l'arrivée dans l'unité est donc simple : remise du livret d'accueil, explication des spécificités de l'unité et des règles de vie, visite de l'unité, présentation des activités.

L'infirmier qui reçoit le nouveau patient devient son référent, sauf si ses charges en la matière sont déjà très importantes.

4.2.4.3 La période initiale de soins et d'observation

L'unité n'a pas vocation à recevoir des patients dont les soins sous contrainte débutent. Ce n'est donc jamais dans cette unité que se déroule la période initiale de soins et d'observation.

Lorsqu'un patient admis en service libre nécessite des soins sous la contrainte, par exemple avec application de la procédure d'urgence d'admission en soins sous contrainte à la demande d'un tiers, il est immédiatement admis à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise.

4.2.4.4 Le fonctionnement

a. La vie quotidienne

Un document, affiché dans les locaux, fixe les « *règles de vie en collectivité* ».

✓ L'ouverture et la fermeture de l'unité et des chambres

L'unité fonctionne en régime de porte ouverte. Si la porte d'entrée reste fermée, la porte arrière, située dans la salle de télévision, est ouverte malgré la présence de patients placés sous contrainte (cf. paragraphe relatif aux patients – *supra* – et paragraphe relatif aux activités - *infra*).

Les patients ont un libre accès à leur chambre. Il leur est demandé de faciliter le nettoyage effectué par les agents de service hospitalier.

✓ Le rythme de vie

Quelques horaires sont imposés et les patients peuvent ensuite s'organiser selon leurs envies.

Ainsi, les repas sont servis de 8h30 à 9h (petit déjeuner), à 12h (déjeuner), à 15h45 (gouter) et à 19h (dîner) dans la salle à manger. Par ailleurs, les patients doivent être prêts pour le début des activités (prévues de 10h30 à 11h et de 16h30 à 17h) et pour la dispensation des médicaments.

Certains peuvent ainsi faire leur toilette avant de venir prendre le petit déjeuner alors que d'autres peuvent faire l'inverse.

✓ L'hygiène

L'absence d'une salle d'eau dans chaque chambre impose que les personnels régulent les passages aux douches.

Les serviettes sont changées après la douche. Chaque patient prend en charge ses propres produits d'hygiène mais des solutions de dépannage existent, si nécessaire.

Les draps sont changés une fois par semaine, au minimum, et plus fréquemment, en cas de souillure.

Si la famille ne s'en charge pas, le linge individuel peut être confié à la laverie centrale (cf. paragraphe 4.1.2). Toutefois, les agents du service hospitalier de l'unité lavent le linge, à titre gratuit, avec une machine installée dans la buanderie.

✓ La restauration

La salle à manger est située dans le prolongement de la salle de télévision. A la date de la visite, des décorations de Noël, avec des guirlandes, étaient encore en place. Cette pièce, également utilisée pour des activités en dehors des heures de repas, est meublée de cinq tables rondes, chacune avec quatre chaises. Rien n'est fixé au sol.

Une fontaine à eau, avec des gobelets, est installée dans la salle.

Des fenêtres donnent sur le parking situé devant le bâtiment.

Aucun plan de table n'est imposé mais « *les patients s'installent toujours à la même place* » a-t-il été précisé ; des incompatibilités nécessitent parfois que les soignants veillent au placement. Les menus de la semaine sont affichés sur un tableau, dans la salle à manger.

Les agents du service hospitalier assuraient le service à l'assiette, à table

Selon les informations recueillies, les critiques portent sur la quantité mais pas sur la qualité des plats.

✓ L'accès au tabac

L'accès au tabac est libre. Les patients autonomes conservent leur paquet de cigarettes et leur briquet pour gérer leur consommation. Pour les autres, les paquets sont conservés par les soignants pour les aider ; ces derniers veillent toutefois à ne pas donner plus d'une cigarette par heure mais il a été précisé que cette règle pouvait être plus souple en fonction des difficultés rencontrées par un patient à tel ou tel moment.

Les familles peuvent apporter des paquets de cigarettes aux patients. Pour les autres, qui disposent d'argent, ce sont les soignants qui procèdent aux achats mais aucun débit de tabac n'existe à Leyme : des sorties thérapeutiques en groupe sont mises à profit pour que les patients achètent leurs paquets.

Les patients doivent sortir du bâtiment pour fumer.

✓ Les relations sexuelles

Aucun interdit n'est posé mais le sujet est abordé avec ceux qui le souhaitent. « *Il faut aussi préserver les patients* » a-t-il été dit.

Des préservatifs peuvent être remis à la pharmacie, sans qu'ils soient en accès libre.

b. Les communications avec l'extérieur

Les visites sont autorisées de 9h à 18h mais, comme pour l'unité fermée d'hospitalisation et de crise, l'équipe fait preuve de souplesse avec les familles qui viennent de loin et qui ont du mal à se rendre libre pendant la période autorisée. L'unité étant ouverte, il n'y a pas de local dédié mais le bâtiment comprend plusieurs espaces dans lesquels les visites peuvent se dérouler. Les visiteurs ont également accès à la chambre des patients. Lors de la visite des contrôleurs, seuls huit des dix-huit patients présents dans l'unité recevaient des visites.

L'accès au téléphone se fait selon trois modalités : les patients peuvent se procurer des cartes téléphoniques pour appeler d'une cabine située à l'écart des lieux de réunion. D'autres peuvent demander au personnel soignant de composer le numéro de leur choix avec un téléphone

sans fil. La communication est alors gratuite depuis le 1^{er} janvier 2015 et la mobilité du téléphone permet aux patients de s'isoler. Enfin, les patients qui sont munis d'un téléphone portable le conservent avec eux et peuvent donc en user librement. Il est toutefois rappelé aux utilisateurs de téléphones équipés d'appareil photo que les photos doivent être prises avec l'accord de la personne photographiée. Ces trois modalités d'accès au téléphone permettent un bon niveau de communication avec l'extérieur.

Deux téléviseurs sont situés dans les espaces de vie commune dont l'un face à un grand canapé permettant d'accueillir aisément cinq à six personnes. Elles sont allumées en dehors des heures d'activité, à volonté, jusqu'à 22h30 après quoi les soignants demandent à ce qu'elles soient éteintes sans pour autant exiger l'interruption d'une émission en cours. Les télécommandes sont à la disposition des patients. Par ailleurs, certains patients ont un poste de télévision dans leur chambre qui leur appartient.

Aucune installation ne permet l'accès à l'Internet mais les patients qui sont équipés d'un téléphone mobile ou d'une tablette électronique et d'une carte 3G peuvent librement le consulter.

Le courrier des patients est amené fermé chez le vagemestre par la cadre de santé du service qui rapporte avec elle celui qui leur est destiné. Il leur est remis cacheté et sans vérification. L'affranchissement est à leur charge ; ils peuvent se procurer des timbres auprès du vagemestre ou par voie externe.

Les patients sont informés de l'accès au culte par voie d'affichage. Les religions chrétienne, musulmane et israélite sont représentées avec plusieurs églises pour la religion chrétienne (cf. paragraphe 3.9).

c. Les activités

L'accès à l'extérieur est libre. Les patients admis en soins libres sortent quand ils le souhaitent mais les soignants leur demande de se signaler, « à titre d'information et non de contrôle » a-t-il été précisé. Les patients admis en soins psychiatriques sous contrainte ne peuvent sortir que sur autorisation, après que le psychiatre ait établi un certificat et que le directeur ait pris une décision. Les sorties sont alors progressives : dans le parc d'abord, jusqu'au village ensuite.

Dans une salle d'activité, attenante à la salle de télévision, sont installés des fauteuils face à un second téléviseur mais aussi une table avec des sièges, une bibliothèque avec quelques vieux livres et des jeux de société, un vélo d'appartement et un micro-ordinateur. Au-dessus de cette machine, un panneau indique qu'il est accessible durant une heure par semaine, par patient, dans des créneaux horaires limités²⁶.

Des activités sont proposées tout au long de la semaine. Les patients peuvent demander à y être inscrits lors d'une réunion organisée le mardi après-midi. Certaines se déroulent au sein de l'unité mais d'autres ont lieu au foyer occupationnel situé entre l'unité et le village (cf. paragraphe

²⁶ En semaine : de 9h30 à 10h30, de 14h30 à 15h30 et de 17h30 à 18h30. Le week-end : de 9h30 à 11h30 et de 14h30 à 18h30.

2.1.3) ou dans une salle d'art-thérapie installée près de la cafétéria. Les patients rejoignent alors seuls ces différents lieux.

Les activités générales sont ouvertes à tous mais l'art-thérapie et l'équithérapie le sont sur prescription médicale.

Un tableau, fixé dans la salle à manger, présente le programme de la semaine avec les prénoms de participants. Pour la semaine du 5 au 11 janvier, il indiquait :

	Lundi 5	Mardi 6	Mercredi 7	Jeudi 8	Vendredi 9
Matin	Chant (six personnes)	Art thérapie (quatre personnes)	Atelier « roses » (cinq personnes)	Gymnastique douce (cinq personnes)	Remise à niveau (huit personnes)
		Foyer occupationnel (2 personnes)	Foyer occupationnel (deux personnes)	Equithérapie (une personne)	
Après-midi	Histoire à lire (trois personnes)	Réunion des patients	Atelier mémoire (quatre personnes)	Equithérapie (une personne)	Discussion à thèmes (quatre personnes)
				Jeux de société (sept personnes)	

Le jeudi 8 janvier, à 17h, des patients et des soignants étaient assis dans la salle à manger et jouaient à des jeux de société :

- trois patients et un soignant jouaient au Rummikub® ;
- quatre patients et deux soignants jouaient au tarot.

Des sorties thérapeutiques ont lieu régulièrement pour aller notamment au cinéma ou à la piscine. Les dernières avaient eu lieu au moment de Noël.

d. Les soins

L'accès aux soins représente un problème, notamment sur le plan des soins psychiatriques. Le temps de présence psychiatrique est particulièrement faible. Le psychiatre responsable de l'unité dite O2 est chargé d'assurer le suivi psychiatrique des patients admis à l'unité R2. Il est présent une à deux demi-journées par semaine lorsqu'il n'est pas en congés ou absent pour d'autres motifs. D'après les propos recueillis par les contrôleurs, certains patients n'auraient pas été vus par un psychiatre depuis plusieurs semaines. Cette présence rare du psychiatre dans l'unité crée également des problèmes aux patients qui souhaitent obtenir des permissions de sortie. En effet, l'avis favorable d'un psychiatre est nécessaire pour toute sortie de courte durée pour les personnes placées en soins sous contrainte. De plus, cet avis doit être donné au moins quarante-huit heures à l'avance pour les personnes admises sur décision du représentant de l'Etat. Les contrôleurs ont constaté l'absence d'un psychiatre référent pour l'unité. Ils ont également constaté que des personnes en soins libres faisaient l'objet de mesures de privation de liberté.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur ajoute : « l'unité R2 disposait de 0,30 ETP de psychiatre dans l'attente de recrutement d'un psychiatre référent, effectué le 30 mars 2015 ».

En revanche, la présence insuffisante d'un psychiatre dans l'unité ne semble pas avoir de retentissement sur la rédaction des certificats nécessaires au maintien des mesures de soins sous contrainte. Le secrétariat du service où exerce le psychiatre responsable du suivi des patients hospitalisés à « R2 » est informé quand un certificat doit être établi : le médecin voit alors le patient concerné et rédige le certificat.

Pour pallier cette absence de temps médical, un planning de présence de jour des psychiatres de Leyme a été mis en place au mois de novembre 2014. Il indique au personnel infirmier le nom du médecin à appeler en cas de besoin, lorsqu'aucun psychiatre n'est présent dans l'unité. Les internes en médecine participent à ce tour d'astreinte mais ils ne sont pas en capacité de signer des certificats. Ils ne sont, en principe, pas non plus habilités à mettre en place une contention sans en référer à un médecin senior mais, selon les propos recueillis, cette règle n'est pas respectée.

Un psychiatre serait en cours de recrutement pour travailler à mi-temps dans l'unité R2.

La cadre de santé de l'unité « Hospi 02 » travaille parallèlement à temps partiel dans l'unité de réhabilitation depuis le mois de juillet en raison de l'absence de la cadre normalement affectée à mi-temps. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur mentionne que, à compter du 1^{er} avril 2015, postérieurement à la visite, « un cadre a été affecté de manière définitive à hauteur de 0,40 ETP ».

Il a cependant été indiqué que, en cas de nécessité, le psychiatre ou celui de garde pouvait rapidement se déplacer à l'unité. De plus, la cadre de santé, qui travaille dans un bâtiment voisin, situé à quelques dizaines de mètres, peut très rapidement être présente à l'unité.

La trop faible présence de temps médical et de temps de cadre de santé a généré un sentiment d'isolement notoire ainsi qu'un sentiment de délaissement, sinon d'abandon, chez le personnel soignant exerçant dans l'unité qui se sent livré à lui-même. Les contrôleurs l'ont fortement perçu lors de leur visite.

D'après ce qui a été déclaré aux contrôleurs, la contention n'est jamais utilisée dans l'unité R2 pas plus que l'isolement. Lorsqu'un patient agité nécessite une contrainte, il est transféré dans l'unité UFHC. Ces situations semblent cependant assez rares.

Les médicaments sont administrés quatre fois par jour à 8h, midi, 16h et 19h par le personnel soignant. A l'exception des traitements en gouttes qui sont préparés au moment de la dispensation, ils sont préparés la veille par le personnel de nuit et vérifiés avant la remise aux patients.

Les soins somatiques sont prodigués par un médecin généraliste qui passe tous les jours et qui partage son temps entre l'unité R2 et l'unité de psychopathologie des conduites addictives. Cette organisation, selon les personnes entendues, est satisfaisante. Lorsque des consultations sont nécessaires en ville, les patients sont accompagnés par un ou deux personnels de l'unité.

4.2.5 L'unité de gérontopsychiatrie

4.2.5.1 Présentation générale

La gérontopsychiatrie comporte deux unités au sein de la même structure immobilière depuis le 14 février 2014 ; auparavant ces deux unités, qui regroupent vingt-neuf lits en vingt-neuf chambres, n'en formaient qu'une. Ce service ne dispose d'aucune chambre d'apaisement même si le plan d'évacuation en mentionne deux qui ont été transformées en bureaux.

Le service est fermé ; le livret d'accueil – qui n'a pas encore pris en compte la séparation en deux unités – précise : « *les portes d'accès au service sont fermées pour veiller à votre sécurité* ». Un autre document, particularisé pour chacune des deux unités, est remis aux familles lors de l'entrée du patient et complète le livret d'accueil.

Les contrôleurs ont constaté que les locaux et les meubles étaient à l'état neuf et maintenus dans un état de propreté parfait.

Ces deux unités sont :

- **l'unité cognito-comportementale (UCC)**, destinée à accueillir, pour une durée de trois semaines à un mois, des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, avant leur retour à domicile (le plus souvent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EPHAD). La durée d'hospitalisation peut atteindre deux mois et demi. Certains patients déambulent jour et nuit ; la finalité est de leur redonner un rythme de vie normale à travers la participation à des ateliers et des traitements, médicamenteux ou non. Cette unité compte douze lits dans douze chambres. Elle est fermée ;
- **l'unité de gérontopsychiatrie générale (UGPG)**, destinée à accueillir, pour une durée moyenne de trois semaines à un mois, des patients atteints de troubles du comportement avant de retourner à leur domicile (le plus souvent en EPHAD ou en foyer). La durée d'hospitalisation peut parfois atteindre deux mois et demi. La durée de maintien dans le service peut être plus longue que celle du traitement en raison de difficultés à trouver un lieu d'accueil, dont notamment les unités d'hébergement renforcé²⁷ (UHR), qui sont en faible nombre et disposent de peu de places. Des patients peuvent être envoyés à l'unité fermée d'hospitalisation de crise (UFHC) si nécessaire. Des activités occupationnelles sont organisées par le personnel soignant. Cette unité compte dix-sept lits dans dix-sept chambres. Elle est fermée.

Les deux unités sont situées dans un même bâtiment rectangulaire récent, sans étage, dont les côtés extérieurs mesurent 40 et 35 mètres. Une moitié du bâtiment est occupée par l'UCC, l'autre par l'UGPG. Un couloir dessert l'ensemble du bâtiment ; la séparation des deux unités est assurée par des portes fermées à clef.

Le centre de ce bâtiment rectangle est une cour de promenade découverte de 200 m² pour les patients de l'UCC, avec un auvent de 20 m². La cour de promenade comporte un arbre, un banc en métal, des fauteuils en plastique, des allées en béton et des pelouses ; cet espace est agréable

²⁷ Les UHR accueillent les personnes qui ont des possibilités de passages agressifs.

et bien entretenu.

Dans le prolongement de ce bâtiment, une aile occupe deux niveaux : au rez-de-chaussée, une partie est utilisée par des locaux de l'UGPG (deux salons, trois salles à manger, un office, un bureau) et l'autre partie par des services administratifs de l'UCC et de l'UGPG ; à l'étage, se trouvent des salles d'activité et de consultation de l'UGPG.



La cour promenade de l'UCC

a. Les locaux

L'accès normal à l'UCC et à l'UGPG se trouve à l'angle Nord-Ouest du bâtiment rectangulaire, sur la façade Sud. Cette porte demeure fermée jour et nuit. La porte vitrée donne dans un espace de 50 m² :

- sur la gauche, cet espace donne sur le couloir de circulation de l'UCC dont la porte est également fermée à clé (cf. paragraphe *α infra*) ;
- en face, l'espace comporte une partie salon avec des fauteuils en cuir, confortables, une table basse avec quelques revues, où peuvent venir les patients de l'UGPG ; une baie vitrée donne sur la cour de promenade de l'UGPG (cour arborée de 30 m sur 40 m, clôturée) ; la pièce donne sur le couloir d'accès à l'UGPG (cf. paragraphe *β infra*) ;
- sur la droite, un autre couloir conduit aux salons et aux salles à manger de l'UGPG (cf. paragraphe *β infra*).

α L'UCC

Le couloir de circulation de l'UCC dessert les pièces suivantes :

- d'un côté :
 - le bureau de la cadre de santé, de 9 m² ; il a la vue sur la porte d'entrée ;
 - l'atelier d'esthétique pour femmes, de 15 m² ;
 - l'atelier « toucher-massage », de 15 m², avec un lit de massage ;
 - la « pièce à vivre », de 45 m², séparée en deux parties inégales par un bar ; d'un côté, un coin cuisine, équipé avec un four, des plaques de cuisson, deux réfrigérateurs et un évier ; de l'autre, la salle à manger avec deux tables et des chaises, deux canapés et un poste de télévision ;

- le bureau de la neuropsychologue, de 15 m² ;
- de l'autre côté :
 - un local de stockage pour le ménage ;
 - un bureau de médecin, de 15 m² ;
 - la pharmacie, de 9 m² ;
 - le « bureau infirmier », de 15 m² ;
 - deux toilettes ;
 - la salle d'accueil des familles, de 20 m² ; elle est peu utilisée « en raison de la couleur de la peinture murale, jugée agressive par les patients » ;
 - le bureau de la psychomotricienne, de 15 m²

Un autre couloir est bordé, à gauche, par les douze chambres et, à droite, par un mur dont le milieu est une verrière concave comportant de part et d'autre des portes donnant sur la cour de promenade. L'extrémité du couloir est fermée par une porte laissant passer la lumière et donnant sur une cour carrée de 5 m de large et 30 m de long. Cette cour servait antérieurement de cour de promenade ; elle a été fermée « *car le parapet n'est pas suffisamment haut et pourrait conduire des patients à tomber s'ils tentaient de le franchir* »).



Vue du bâtiment le long de la rue (espace qui a précédemment servi de cour)

Les douze chambres, numérotées de 1 à 12, sont de conception identique. Elles disposent toutes d'une fenêtre faisant face à l'Est.



Une chambre et la salle d'eau

Les chambres ont une superficie de 15 m², dont 3 m² de salle d'eau, avec une hauteur sous plafond de 2,46 m.

La porte d'accès s'ouvre vers le couloir ; chacune porte un numéro ; elle comporte, du côté du couloir, un cadre en plastique dans lequel peut être inséré un pictogramme ou un dessin, plus facile à retenir pour les patients. Le jour du contrôle, un seul dessin subsistait ; en effet selon les informations recueillies par les contrôleurs, un patient identifié faisait disparaître les pictogrammes ou dessins.

La salle d'eau comporte, à côté de la porte d'accès, un lavabo sous lequel est placé un meuble de rangement à roulettes ; le lavabo est surmonté d'une glace et d'un éclairage à néon, avec, à proximité, un distributeur de papier essuie-main. Face à la porte, sont contigus, sans séparation, une douche à l'italienne et une cuvette de toilettes à l'anglaise avec abattant, un distributeur de papier hygiénique ; une poignée accoudoir est fixée au mur dans la douche et une autre est fixée de l'autre côté, près de la cuvette. Une sonnette d'appel est fixée à une rallonge, au milieu du mur, entre le lavabo et la cuvette. La salle de bain ne comporte ni patère ni porte serviette.

Le mur de la chambre donnant vers l'extérieur, long de 3,08 m, comporte une fenêtre à vitre

coulissante de 1,48 m de large et de 2,10 m de haut (la fenêtre est bloquée fermée) et un placard de 2,06 m de haut et 1,10 m de large, à double porte battante, avec un espace penderie, des rayonnages pour poser le linge et, au-dessus, un espace libre pouvant recevoir une valise.

Les chambres, les salles d'eau et les plafonds sont peints de couleur claire : bleue ou blanc cassé ou jaune clair. Les revêtements de sol sont en matière composite de couleurs claires et unies.

Le mobilier de la chambre comporte :

- un lit adapté aux patients souffrant d'Alzheimer (lit surbaissé), la tête contre le mur, avec accès, depuis le lit, aux interrupteurs de l'éclairage de la chambre (plafonnier au milieu du plafond, néon fixé au mur à 1 m au-dessus du lit, veilleuse) et à un bouton d'appel utilisable également avec une poire au bout d'un fil ;
- une table de nuit de 0,45 m de côtés, entre le lit et la salle d'eau ;
- éventuellement un fauteuil roulant disposé entre le lit et la fenêtre ;
- sur le mur, au pied du lit, un radiateur – avec un passage de 0,80 m entre le pied du lit et le radiateur ;
- une table roulante de hauteur variable et dont le plateau mesure 0,92 m sur 0,47 m ;
- une chaise.

A l'entrée de la chambre, en hauteur, sont disposés une veilleuse et les interrupteurs des éclairages ainsi que le bouton d'acquiescement des appels. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les patients demandent souvent à éteindre la veilleuse quand l'ampoule diffuse de la lumière blanche – c'est rarement le cas quand l'ampoule diffuse de la lumière bleue – et à laisser allumer la lumière de la salle d'eau avec la porte légèrement entr'ouverte. Un détecteur incendie est fixé au plafond.

Les alarmes correspondantes sont transmises sur les téléphones des personnels soignants et sur des voyants rouges situés en hauteur, à proximité de la porte de la chambre, dans le couloir.

Quand le personnel soignant entre dans la chambre, il acquiescite l'alarme et éteint le voyant rouge et un second voyant – blanc – s'allume pour faire état de la présence d'un personnel soignant dans la chambre ; en quittant la chambre le personnel soignant acquiescite l'alarme et le voyant blanc s'éteint.

β L'UGPG

L'espace situé à l'entrée du bâtiment (cf. supra) donne, sur la droite, sur le couloir dont la façade orientée au Nord donne sur l'extérieur (des fenêtres font entrer la lumière du jour) ; l'autre côté, orienté au Sud, donne accès à différentes pièces.

Un espace à vivre, d'une superficie de 30 m², comporte une table ronde pouvant recevoir six à huit personnes, six fauteuils et un canapé à six places ; cet espace communique avec le « salon rétro ».

Le couloir donne accès successivement aux pièces suivantes :

- un « salon rétro », d'une superficie de 40 m² ; il comporte un poste de télévision, vingt sièges : fauteuils, fauteuils roulants, chaises, canapés ; lors de la visite des contrôleurs, une douzaine de patients étaient installés là, certains regardant la télévision depuis leur siège ou leur fauteuil roulant ;

- un « bureau infirmier », de 15 m², avec une baie vitrée donnant sur le « salon rétro » ; ce bureau comporte une porte donnant sur l'extérieur, que les patients empruntent pour aller fumer dehors car un cendrier est disposé devant cette porte ;
- une salle d'activité, de 40 m², comportant un coin cuisine, une table centrale pouvant accueillir de l'ordre de quatre personnes de chaque grand côté, neuf chaises, quelques accessoires, dans une caisse, pour faire du sport, un placard contenant quelques jeux tels que de la laine pour confectionner des pompons ;
- une cage d'escalier ;
- trois salles à manger qui communiquent ; la première salle, de 15 m², sera prochainement transformée en salon d'esthétique ; les deuxième et troisième salles comportent chacune trois tables rondes pouvant accueillir quatre personnes, soit douze personnes par salle à manger ;
- un office, de 20 m², comportant un lave-vaisselle, un évier, des appareils pour réchauffer la nourriture et des placards ; un tableau d'affichage sert à indiquer les repas ou les mets particuliers, tels que « sans sel », avec une partie du nom du patient concerné – pour une personne extérieure au service, il n'est pas possible de déterminer le nom complet du patient concerné par le régime indiqué –.

Cette partie du bâtiment comporte deux portes qui donnent sur le jardin ou « cour de promenade », laquelle est fermée ; les patients peuvent déambuler dans cette cour arborée, de 30 m sur 40 m, clôturée.





La cour de promenade arborée (fermée)

Ce couloir est fermé par une porte qui donne accès à une salle réservée au personnel, à trois bureaux, à une salle de réunion, puis aux bureaux du secrétariat, aux vestiaires des personnels (femmes et hommes) et à une cage d'escalier. Une porte donne accès à l'extérieur, en dehors de la cour clôturée.



L'espace à vivre et une salle à manger

L'espace à vivre dessert un autre couloir qui donne :

- sur la droite :
 - un bureau de médecin, de 15 m² ;
 - six chambres, numérotées de 12 à 17, identiques à celles de l'UCC décrites *supra* ;
 - un local de dépôt du linge sale, de 20 m² ; ce local, en deux niveaux reliés par un escalier, est climatisé à 17 °C ; aucune odeur n'en émanait quand les contrôleurs l'ont visité ; aucun linge sale n'y était entreposé dans la partie inférieure ; sur la partie supérieure, de 4 m², est entreposé un lève-personne ;
- sur la gauche, un nouveau couloir desservant :
 - le local « linge propre », de 15 m², avec des étagères et des placards-penderies ; ce local contient une demi-douzaine de draps propres, quelques matériels de contention qui, selon les informations recueillies par les contrôleurs, ne sont jamais utilisés et des vêtements propres de tailles différentes destinés à être donnés à des patients démunis (femmes et hommes) ;
 - onze chambres (cinq à droite : 1 à 5 ; six à gauche : 6 à 11) identiques à celles de l'UCC décrites *supra*.

b. Les personnels

Pour le service de gérontopsychiatrie et donc les deux unités, les effectifs théoriques et réalisés de médecin sont les suivants :

- 1 ETP chef de service, médecin référent de la géronto-psychiatrie pour le secteur G02 ; le poste n'était pas honoré lors de la visite des contrôleurs ;
- 2 ETP de médecin psychiatre : les deux postes étaient honorés lors de la visite des contrôleurs ;
- 2 ETP de médecin généraliste ou gérontologue : un seul poste était honoré lors de la visite des contrôleurs, le médecin présent assurant les consultations pour les deux unités.

L'UCC dispose des personnels suivants :

- médecins : 1 ETP de psychiatre et 1 ETP de somaticien ; au moment de la visite, il manquait 0,5 ETP de somaticien ;
- cadre de santé : 1 ETP ; au jour de la visite, le cadre de santé de l'UCC assurait l'intérim du cadre de santé de l'UGPG « *dont le ralliement allait intervenir dans les semaines suivantes* » ;
- neuropsychologue : 1 ETP ;
- psychomotricienne : 0,4 ETP ;
- assistante sociale : 1 ETP partagé avec l'UGPG ;
- infirmier : 8 ETP ;
- aide-soignant en gérontologie (ASG) : 6 ETP ;
- agent hospitalier qualifié (AHQ) : 8,5 ETP avec 9 agents (préparation et distribution des repas, ménage) ; ces ETP se partagent entre les deux unités UCC et UGPG.

L'UGPG dispose des personnels suivants :

- médecins : 1 ETP de psychiatre et 1 ETP de somaticien ; au moment de la visite, il manquait 0,5 ETP de somaticien ;

- cadre de santé : 1 ETP ; au jour de la visite, le cadre de santé de l'UCC assurait l'intérim du cadre de santé de l'UGPG « *dont le ralliement allait intervenir dans les semaines suivantes* » ;
- assistante sociale : 1 ETP partagé avec l'UCC ;
- infirmier : 8 ETP ;
- aide-soignant en gérontologie (ASG) : 8 ETP.

Les personnels soignants et les agents hospitaliers sont organisés de la façon suivante :

- l'équipe du « matin », composée de trois personnes au moins par unité (deux infirmiers et un aide-soignant) est présente de 6h15 à 14h15 ; l'équipe du « soir » (au moins deux infirmiers et un aide-soignant par unité) est présente de 13h45 à 21h45 ; l'équipe de « nuit » (au moins deux infirmiers et un aide-soignant pour l'ensemble des deux unités – cf. paragraphe 2.4.2) est présente de 21h30 à 6h30 ;
- la relève de 13h45 à 14h15 permet le passage en revue de tous les patients et l'évaluation en équipe, avec éventuellement la participation de la neuropsychologue, d'un patient ; la relève de 6h15 à 6h30 et celle de 21h30 à 21h45 permettent le passage en revue de tous les patients. Le contenu de ces relèves fait l'objet d'un résumé qui est enregistré sur l'application informatique et qui est consulté par les médecins et le cadre de santé ;
- les AHQ qui préparent les repas sont au nombre de deux le matin et de deux le soir ; pendant le week-end, un seul ASQ est présent le soir.

Dans chacune des deux unités – UCC et UGPG –, une réunion de synthèse de l'UCC est organisée tous les jeudis après-midi ; elle réunit le médecin référent, le psychiatre, le cadre de santé, la neuropsychologue, la psychomotricienne et au moins trois soignants ; le but est d'examiner, dans le détail, la situation de trois ou quatre patients pour établir et/ou évaluer leurs projets de soins individualisés (PSI). Le personnel de service de nuit est invité à participer mais vient de façon exceptionnelle.

Deux même, dans chaque unité, une réunion de fonctionnement est organisée au moins une fois par trimestre et par équipe sous l'autorité du cadre de santé avec, éventuellement, la participation du médecin référent. Parmi les soignants, vient qui veut. Un compte rendu de la réunion est diffusé à l'ensemble des personnes concernées.

Les médecins sont présents de 9h à 18h ; entre 18h et 9h, le personnel soignant fait appel autant que de besoin au psychiatre et au somaticien de garde pour l'établissement.

Il a été remis aux contrôleurs un état des plannings de service réalisés en octobre, en novembre et en décembre 2014. Le nombre de soignants présents par demi-journée durant ces trois mois, soit sur 92 jours, est le suivant :

Nombre de demi-journées avec une équipe composée de :	UGPG		UCC	
	Matin	Soir	Matin	Soir
2 soignants	Jamais		Jamais	1 fois
3 soignants			64 fois	71 fois
4 soignants	82 fois	78 fois	26 fois	16 fois
5 soignants	9 fois	14 fois	2 fois	3 fois
6 soignants	1 fois	Jamais	Jamais	1 fois

Répartition entre infirmiers et aides-soignants	UGPG		UCC	
	Matin	Soir	Matin	Soir
1 infirmier	29 fois	13 fois	18 fois	28 fois
2 infirmiers	51 fois	52 fois	64 fois	52 fois
3 infirmiers	10 fois	26 fois	10 fois	11 fois
4 infirmiers	2 fois	1 fois	Jamais	1 fois
0 aide-soignant	1 fois	1 fois	7 fois	5 fois
1 aide-soignant	8 fois	20 fois	46 fois	48 fois
2 aides-soignants	48 fois	50 fois	33 fois	34 fois
3 aides-soignants	33 fois	21 fois	6 fois	5 fois
4 aides-soignants	2 fois	Jamais	Jamais	Jamais

c. Les patients

Sur l'ensemble de l'année 2014, la durée moyenne de séjour dans le service de gérontopsychiatrie a été de 32,46 jours.

Il arrive, rarement, que des patients soient en soins sous contrainte.

Au moment de la visite des contrôleurs, quatre hommes et sept femmes étaient hospitalisés à l'UCC et quatre hommes et onze femmes à l'UGPG, tous en soins libres ; le plus ancien patient y était depuis le 23 septembre 2014 ; le patient le plus âgé de l'UCC avait 90 ans et celui de l'UGPG avait 95 ans ; le patient le plus jeune était âgé de 71 ans dans les deux unités.

Cinq personnes étaient inscrites sur la liste d'attente de l'UCC, nonobstant les personnes dont les entrées étaient déjà prévues ; selon les informations recueillies par les contrôleurs, la liste d'attente peut atteindre au maximum dix personnes.

Personne n'était inscrit sur la liste d'attente de l'UGPG ; selon les informations recueillies par les contrôleurs, la liste d'attente peut atteindre au maximum huit personnes.

Au cours de l'année 2014, vingt-quatre personnes avaient été admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers dans les conditions suivantes :

- à l'UCC, trois admissions en urgence (SPDTU) et une admission pour péril imminent (SPPI) ;
- à l'UGPG, deux admissions « simples » (SPDT), neuf admissions en urgence (SPDTU) et neuf admissions pour péril imminent (SPPI).

4.2.5.2 L'admission dans le bâtiment

La demande d'entrée est formulée par l'équipe ambulatoire de gérontopsychologie (EAGP)

qui intervient au domicile (EPHAD ou autre) sur demande. L'EAGP assure le suivi de la personne à sa sortie.

Les patients sont toujours interrogés sur la désignation d'une personne de confiance mais, selon les informations recueillies par les contrôleurs, ils sont rarement en capacité d'en désigner une.

La procédure d'accueil comporte, le jour de l'admission :

- un premier entretien avec un infirmier qui deviendra « l'infirmier référent » du patient pendant la durée du séjour ;
- une visite de la chambre, guidée par l'infirmier référent ;
- une information sur les droits du patient par l'infirmier référent. Pour les personnes admises en SPDT ou en SPDRE, cette information est faite par le cadre de santé accompagné d'un soignant ; la notification des droits est signée par le patient ou, si ce dernier refuse de signer, par le cadre de santé. Une copie de ce document est remise au patient et une autre au bureau des entrées ;
- un entretien psychiatrique avec le médecin ;
- un entretien somatique avec le médecin ;

Un deuxième entretien est organisé le lendemain, si besoin, avec le psychiatre.

Le traitement est réévalué jusqu'à trouver les dosages équilibrés et le maintien en hospitalisation est assuré jusqu'à obtenir l'équilibre du patient.

Le cas échéant, avant le passage devant le juge des libertés et de la détention, le psychiatre délivre un certificat de non compatibilité à présentation au JLD.

4.2.5.3 Le fonctionnement

a. La vie quotidienne

Habituellement, toutes les portes des chambres sont ouvertes de jour, de façon à permettre aux patients d'aller dans leur chambre comme ils l'entendent. Cependant, lors de la visite des contrôleurs, les portes étaient fermées « *pour éviter qu'un patient identifié entre dans les chambres pour y satisfaire ses besoins ailleurs que dans les toilettes* ». De nuit, les portes des chambres sont fermées à clé par le personnel soignant ; cependant, les patients disposent toujours de la capacité d'en sortir sans intervention du personnel.

Lorsque les patients dorment, le matin, ils sont réveillés vers 10h dans le but de libérer leur chambre pour le ménage ; dans le livret d'accueil, il est mentionné : « *les matinées sont consacrées aux levers, aux toilettes et aux petits déjeuners et toutes aides aux actes de la vie quotidienne* ».

Les régimes alimentaires sont affichés dans l'office de l'UGPG. Les menus sont affichés dans la salle à manger de l'UGPG et dans la pièce à vivre de l'UCC. Les personnes autonomes mangent seules ; celles qui ne le sont pas sont aidées par du personnel soignant. Les couverts sont en métal inoxydable, les assiettes en porcelaine incassable et les verres en verre. Les repas sont réalisés en liaison froide ; la nourriture est réchauffée dans l'office, dans des armoires chauffantes. Toutes les trois semaines, une diététicienne vient aider à élaborer les menus.

Les patients rejoignent leurs chambres le soir, à leur diligence. Il n'y a pas de couvre-feu. Les

patients qui le désirent peuvent rester regarder la télévision aussi tard qu'ils le souhaitent ; selon les informations recueillies par les contrôleurs, certains patients peuvent regarder la télévision jusqu'à 2h ou 3h du matin. Lors de la visite nocturne des contrôleurs, tous les patients avaient regagné leurs chambres.

Chaque patient dispose de deux référents : un ou deux infirmiers, ou un infirmier et un aide-soignant ; l'infirmier référent est celui qui a assuré l'entretien d'entrée.

Les patients peuvent fumer à l'extérieur, dans les espaces clos qui leur sont réservés. Les cigarettes et les briquets sont conservés par les soignants.

« *La question des relations sexuelles n'est pas d'actualité dans ces deux unités, compte tenu de l'âge des patients* », selon les informations recueillies par les contrôleurs.

Les patients, ayant libre accès en permanence à leurs chambres, peuvent utiliser leur salle d'eau. Cependant, l'aide à la toilette est toujours assurée : si le patient est autonome, un aide-soignant est présent de façon systématique à l'UCC et autant que de besoin à l'UGPG pour assurer la fonction de « superviseur » (s'assurer que la toilette est effectivement faite). Si le patient n'est pas autonome, deux aides-soignants aident le patient pour prendre une douche ou font sa toilette dans son lit. Pour ces raisons, aucun siège n'est placé dans les douches. La toilette est considérée comme appartenant à la thérapie, ce qui nécessite du temps et du personnel.

Les patients utilisent, selon leur envie et leurs besoins, les toilettes de leur chambre ou les toilettes communes aux patients.

Le linge plat est lavé par le centre hospitalier. Les serviettes de bain sont changées après chaque usage ; il n'existe pas de porte-serviettes dans les salles d'eau. Les contrôleurs n'ont pas vu de serviette de toilettes sèche ou humide dans les chambres ni les salles d'eau

A l'UCC, les repas sont pris dans la pièce servant de salle à vivre ou éventuellement dans les chambres.

A l'UGPG, les repas sont pris en commun en un seul service dans les deux salles à manger. Les patients se regroupent par affinité ou sont regroupés par niveau de dépendance ; les patients mangeant le plus difficilement, donc salement, sont mis ensemble.

Les horaires de repas sont :

- petit déjeuner de 8h30 à 9h mais il n'est pas obligatoire ;
- déjeuner de 12h à 13h mais il peut éventuellement être servi en chambre ;
- dîner de 19h à 19h45.

b. Les communications avec l'extérieur

Les visites sont autorisées tous les jours, selon les termes du livret d'accueil « *entre 13h30 et 18h sous réserve de l'accord du patient et du médecin psychiatre ou gériatre de l'unité mais les activités thérapeutiques restent prioritaires* ». Le livret d'accueil ne précise pas de restriction d'âge pour les mineurs qui ne sont, de fait, soumis à aucune limitation. Le document remis aux familles précise « *les visites sont autorisées de 13h30 à 18h dans la chambre afin de respecter l'intimité et la confidentialité de chacun* ». Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les visites sont souvent plus longues et commencent le matin, car « *il est difficile de dire d'attendre aux personnes*

qui viennent de loin et qui repartiront avant la fin du créneau théoriquement autorisé ».

Aucun téléphone n'est disponible dans les chambres ; les patients peuvent disposer de leur téléphone portable sauf avis contraire du médecin, mais ils sont peu nombreux à en posséder. Les patients peuvent demander à un personnel soignant de joindre un numéro : le standard du centre hospitalier compose le numéro qui est transféré sur le téléphone sans fil du personnel soignant ; pour les appels entrant, la même méthode est utilisée : le personnel soignant reçoit l'appel et prête son appareil au patient concerné.

Aucune chambre n'est équipée de télévision : des postes de télévision sont disponibles dans les salons et le programme est choisi par le personnel soignant.

Aucun accès à internet n'est possible, l'établissement ne disposant pas de l'équipement nécessaire.

Le courrier arrivé est remis aux patients par le personnel soignant qui est souvent sollicité par les patients pour le lire. L'arrivée de courrier est enregistrée dans le dossier du patient par le personnel soignant. Le courrier départ est remis au personnel ; parfois, le patient est accompagné jusqu'à proximité du bureau du vaguemestre où une boîte aux lettres est accessible à toute heure.

L'aumônier passe de façon systématique une fois par semaine et demande aux soignants si des patients sont en état de le voir ; selon les informations recueillies par les contrôleurs, les patients ne demandent pas à voir l'aumônier.

A l'UCC, un local est dédié pour les visites ; *« il est peu utilisé car les couleurs des murs paraissent agressives aux yeux des patients »*. Les patients reçoivent leurs visiteurs dans leurs chambres.

c. Les activités

A l'UCC, le document remis aux familles précise : « Les activités socio-thérapeutiques ont lieu tous les jours. La participation des aidants est possible pour certaines d'entre elles entre 15h et 17h [...] la participation des patients aux différents ateliers thérapeutiques est prioritaire sur les visites des proches. » Lors de la visite des contrôleurs, il a été constaté que des activités occupationnelles étaient organisées le jeudi après-midi (un cours de cuisine était prévu) et que le personnel soignant était très présent auprès des patients pour les occuper. Il a été précisé aux contrôleurs que des activités individuelles (massage, esthétique, ...) ou ateliers thérapeutiques (atelier, mémoire, gym douce, groupe de parole, relaxation, ...) étaient organisés pour les patients.

Il a été présenté aux contrôleurs une programmation hebdomadaire des activités :

- lundi
 - matin : esthétique ;
 - après-midi : gymnastique équilibre ;
- mardi
 - matin : esthétique ;
 - après-midi : réminiscence ;
- mercredi
 - matin : esthétique ;
 - après-midi : cognitif ;

- jeudi
 - matin : créativité esthétique ;
- vendredi
 - matin : esthétique ;
 - après-midi : cuisine.

Au moment de leur visite, aucune des salles réservées pour ces activités n'était occupée.

A l'UGPG, le document remis aux familles précise : « *Il est demandé aux visiteurs de respecter la présence des patients aux ateliers thérapeutiques* ». Il a été expliqué aux contrôleurs qu'il s'agissait exclusivement d'activités occupationnelles. Lors de la visite, aucun atelier n'a pu être observé.

d. Les soins

La dispensation des médicaments est assurée par les infirmiers au réfectoire, patient par patient, juste avant le repas au vu de tous ; les infirmiers surveillent la prise effective des médicaments.

Les piluliers sont préparés par l'équipe de nuit et vérifiés par l'équipe de jour avant la dispensation.

Aucune mesure de contention ni d'isolement n'a été observée par les contrôleurs pendant leur visite. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les mesures de contention ne sont utilisées que sur décision médicale pour empêcher un patient de glisser de son fauteuil roulant ; aucune mesure d'isolement n'est prise.

4.2.6 L'unité de soins ELAN'GO (mineurs)

4.2.6.1 Présentation générale

L'unité Elan'go est ouverte depuis septembre 2011 et les nouveaux locaux ont été mis en service en mars 2014. Elle héberge des jeunes de 12 à 17 ans qui présentent pour la plupart des problématiques abandonniques et/ou ont subi des traumatismes dans l'enfance : abus sexuels, maltraitance, négligence éducative ou affective. Ils sont peu à présenter une déficience ou un trouble du développement. Auparavant, l'unité Arpège recevait des jeunes de 15 à 25 ans dans un bâtiment ancien qui comportaient des douches collectives. Les personnels apprécient de travailler dans des locaux modernes et globalement bien conçus.

L'unité a été sous-occupée pendant quelques temps – hébergeant quatre ou cinq patients – posant la question de sa pertinence. Le projet de service a été revu et par ailleurs, l'unité reçoit des patients des départements voisins qui n'ont pas toujours les structures adaptées pour les adolescents en souffrance psychique. Depuis lors, son taux d'occupation a connu une certaine progression et est satisfaisant.

a. Les locaux

L'unité de soins pour adolescents Elan'go partage avec l'unité de soins pour enfants Hôpital-Môm un vaste bâtiment de 76 m sur 36 m, inauguré courant 2014.

Cette construction de plein pied a été implantée de l'autre côté de la route qui longe les bâtiments anciens, coté Est.



L'entrée du bâtiment commun à Elan'go et Hop-ti-mom

Le bâtiment comporte des parties communes aux deux structures, administratives ou techniques, et des parties réservées à chacune d'entre elles. Les locaux attribués à la structure pour les adolescents représentent la moitié du bâtiment, les salles d'activités étant mutualisées.

Chaque unité possède son entrée, de part et d'autre d'un bureau de secrétariat commun.

L'entrée possède un sas. Depuis l'extérieur, on y pénètre par une porte constamment ouverte. Le sas est composé d'un salon d'attente meublé et d'un bureau d'entretien.

La seconde porte, qui donne accès aux locaux d'Elan'go, est fermée. Une sonnette avec interphone permet aux visiteurs de s'annoncer et impose à un membre du personnel de venir ouvrir la porte de l'intérieur, au moyen d'une clé. Il n'y a donc pas possibilité, pour quelqu'un qui ne possède pas la clé, de sortir de la structure.

L'ensemble des pièces se distribue tout au long de deux couloirs (de 1,5 m de large environ) qui traverse parallèlement toute la structure sur la longueur, l'un du côté entrée (façade Ouest) et l'autre du côté arrière (façade Est). Un couloir perpendiculaire aux deux autres permet de circuler d'un côté à l'autre. Les couloirs principaux sont entrecoupés, à intervalles réguliers, de portes coupe-feu.

Pour permettre aux pièces situées à l'intérieur du bâtiment d'être éclairées par la lumière du jour, six patios ont été aménagés : trois dans chaque structure.

Le **premier couloir, côté entrée**, mesure au total 60 m de long. Il n'est pas rectiligne mais en baïonnette puisqu'au niveau de la partie restauration, un angle droit a été aménagé.

La première partie, de 25 m de long, celle qui se trouve immédiatement en entrant dans la structure, dessert, du côté intérieur, dans l'ordre :

- le bureau du cadre de santé ;
- le bureau du psychiatre ;
- le bureau de la psychologue ;
- le bureau de l'assistante sociale ;

- le bureau du cadre supérieur de santé ;
- l'atelier terre et peinture.

Du côté extérieur du bâtiment, dans l'ordre :

- la bibliothèque ;
- la pièce de psychomotricité ;
- la pièce de régulation ;
- la pièce d'accueil des familles qui possède un accès sur l'extérieur.

Le couloir fait ensuite un angle droit vers la droite pour contourner sur sa gauche l'espace de restauration. Cette partie, de 10,15 m de long, dessert sur sa droite le salon « esthétique ».

Après un nouvel angle droit, sur la gauche, le couloir, de 25,50 m de long, longe sur sa gauche l'espace de restauration, le couloir d'accès au préau, puis l'espace de vie.

Le second couloir, perpendiculaire au précédent et au suivant, mesure 10 m de long ; il est bordé sur sa gauche par les toilettes collectives et sur sa droite par la buanderie.

Le troisième couloir, de 35,7 m de long, dessert sur la gauche toute la partie nuit, soit dix chambres individuelles, toutes, à l'exception de celle qui porte le numéro 1, sur la façade arrière du bâtiment.

Sur la droite :

- un premier patio ;
- la salle polyvalente ;
- la salle de réunion ;
- un deuxième patio ;
- l'espace de soins détaillé *infra*.

L'espace restauration

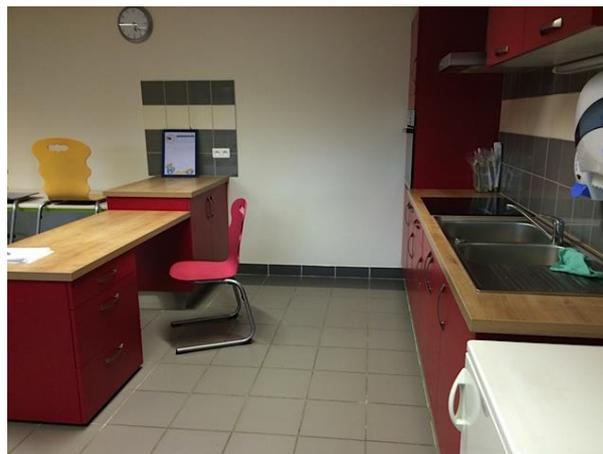
Il est constitué par deux pièces principales, la salle à manger et l'office, et des dépendances techniques (chambre froide et local livraison repas).

La salle à manger de 32,4 m² est meublée de cinq tables et dix-huit chaises. Elle possède de larges surfaces vitrées et est donc bien éclairée. Elle est équipée d'un plan de travail, d'un évier et de meubles de cuisine.

L'office mesure 3,90 m de long sur 3,45 m de large soit une superficie de 13,5 m².



La salle à manger vue par l'entrée



La salle à manger côté installation de cuisine

L'espace de vie

L'espace de vie a une superficie globale de 125 m², auquel s'ajoute un préau. Il est composé de :

- au centre, une vaste pièce de vie bien éclairée de 6,70 m de large sur 8,85 m de long (soit 59,3 m²). Cette pièce est accessible depuis le couloir et donne accès au préau. Elle est meublée de deux tables, quatre chaises, treize fauteuils, une petite table ronde, un buffet et un meuble fermé à clé contenant un téléviseur ;
- une salle de télévision, située immédiatement à gauche en entrant dans la salle de vie. Il s'agit d'une salle carrée de 3,45 m de côté, soit une superficie de 12 m², sans aucune fenêtre, meublée de quatre fauteuils et d'une petite table de salon, avec un téléviseur à grand écran plat et une console de jeux Nintendo Wii ;
- une salle dite « salle de ping-pong », attenante à la salle de vie, où se trouvent douze casiers destinés à recevoir les objets personnels des adolescents et une table. La pièce vitrée, très éclairée, a une superficie de 19 m² et possède un accès direct au préau ;
- une salle multi-activités, côté préau ;
- une salle « atelier création », côté couloir ;
- le préau de 21,20 m de long sur 6,50 m de large (soit 137 m²), est entièrement recouvert d'une avancée du toit. Il est bétonné. Un baby-foot, une table de ping-pong et du mobilier de jardin y restent en permanence. Le préau est entouré d'une clôture, aisée à escalader pour des adolescents, sans grand danger, en cas de tentative de fugue. Aucune installation dissuasive n'a été volontairement mise en place.



Le préau



La salle de vie

Une chambre individuelle

Les dix chambres dévolues aux adolescents sont toutes identiques dans leurs dimensions. Quatre présentent la particularité de ne pas avoir de flexible de douche dans les toilettes et une est prévue pour les personnes à mobilité réduite.

Chacune, de 17,50 m², est de forme rectangulaire. A l'intérieur de cet espace, a été aménagée, par la pose de cloisons, une salle de bains carrée de 2,89 m².

La salle de bains est équipée d'un WC suspendu, un lavabo, une douchette et des poignées murales, un distributeur de papier hygiénique, un distributeur de savon et shampoing liquide, une poubelle et une balayette. Il n'a pas été prévu de porte-serviettes. A noter que le papier hygiénique commandé par le centre hospitalier n'est pas compatible avec le format du distributeur. D'après les propos recueillis, le papier toilette adéquat devrait être commandé sous peu.

Le sol est carrelé et prévu pour l'évacuation des eaux de la douche.

L'éclairage de la salle de bain provient d'un unique tube au néon.

La chambre est munie d'un placard de 2,06 m de haut sur 1,11 m de large qui fait face à la porte d'entrée.

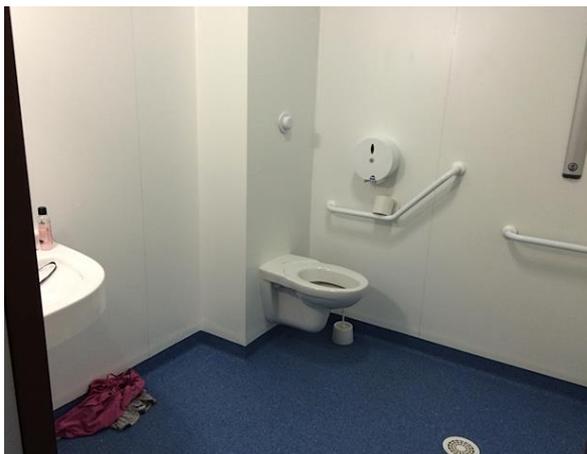
Elle est meublée par :

- un lit en métal de 0,90 m de large ;
- une tablette métallique faisant office de bureau ;
- un chevet métallique ;
- une armoire de 2 m de haut 0,90 m de large ;
- une chaise en plastique et métal.

La fenêtre est en aluminium, à deux battants horizontaux coulissants, dont l'ouverture est restreinte par la présence de serrures.

L'éclairage est constitué, dans la chambre, par une applique sous verre commandé par un système de « va et vient » par l'interrupteur situé à l'entrée de la chambre ou celui à côté du chevet.

A gauche du lit, au-dessus de la plinthe, une prise « secteur ».



Salle de bains individuelle



Chambre individuelle Elan'go

Il n'y a ni caméra de surveillance, ni dispositifs d'appels ou de secours, ni d'aménagements prévus pour l'installation d'un téléviseur.

Les murs sont peints, et le sol est recouvert d'un revêtement plastique. Des éléments décoratifs peuvent être mis aux murs, sous condition d'utilisation de pâte adhésive, qui ne dégrade pas les murs.

L'espace de soins

Situé au bout du couloir, après l'enfilade des chambres individuelles et juste avant l'entrée dans la structure Hop-Ti-Mom, l'espace de soins est ainsi constitué :

- le bureau des infirmiers est un espace presque carré de 12 m², largement vitré sur deux côtés et éclairé par la lumière naturelle grâce au second patio. Il est le point de vie central de la structure, ouvert 24 heures sur 24. Son positionnement lui permet d'avoir vue sur le couloir des chambres. Il est muni de deux ouvertures, l'une sur le couloir, l'autre à l'arrière donne sur la salle de soins infirmiers ;
- la salle de soins infirmiers (de 6,70 m de long sur 2,80 m de large) longe un patio central et donne accès à la chambre d'apaisement et à la pharmacie ;
- la pharmacie est implantée entre deux patios et permet, grâce à un sas, de passer du couloir du fond à celui de devant ;
- la chambre d'apaisement, de 3,36 m de long sur 2,58 m de large, est entourée par le couloir du fond, le bureau des infirmiers et la salle de soins. Elle possède deux portes, l'une sur le couloir, l'autre sur la salle de soins avec un panneau vitré de 1,03 m par 0,53 m donnant sur le bureau « infirmier ». La lumière naturelle n'atteint donc cette pièce qu'à travers le bureau « infirmier » largement vitré. Elle ne possède pas de salle de bains. La climatisation réversible, installée au-dessus de la porte du couloir, a été protégée par un grillage. Le seul meuble est un lit haut de 0,98 m de large, muni de deux sangles de contention. Un dispositif de variateur a été installé pour l'éclairage. Les murs sont peints en couleur beige. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur annonce : « des travaux sont en cours dans la chambre afin de mettre en place deux puits de lumière naturelle au niveau du plafond, une salle de bain comprenant douche, lavabo et WC en aluminium et d'atteindre une surface de chambre de plus de 12 m² »



La chambre d'apaisement



La salle de soins infirmiers

Les espaces à vocation particulière

Plusieurs aménagements particuliers ont retenu l'attention des contrôleurs :

- une salle de balnéothérapie commune aux deux structures témoigne de l'investissement qualitatif réalisé ;



Salle de balnéothérapie

- une salle de « cocooning » a été prévue. Sans fenêtre, de 8,5 m² de superficie, elle est juste meublée au sol de poufs, matelas et peluches, et a vocation à permettre à ceux des adolescents qui le souhaitent ou à qui on indique que la démarche devient pertinente, de s'isoler ;



Salle de « cocooning »

- une salle consacrée à la pratique du packing. Cette salle de 14 m² est davantage destinée aux enfants d'Hôp-ti-môm qu'aux adolescents mais elle est commune aux deux structures. Elle est installée après le bureau de la cadre de santé, dans l'espace commun.

b. Les personnels

Le personnel affecté à l'unité Elan'go se décompose comme suit :

- 0,7 ETP de psychiatre ;
- 0,5 ETP de psychologue ;
- 0,5 ETP de cadre de santé ;
- 11,8 ETP d'infirmiers diplômés d'état;
- 0,4 ETP d'aide-soignant;
- 2 ETP d'éducateur ;
- 1 ETP de moniteur-éducateurs;
- 0,4 ETP d'assistante sociale ;
- 4,5 ETP d'agents de service hospitalier ;
- 0,6 ETP d'interne.

La nuit, une infirmière et une aide-soignante assurent le service.

Plusieurs horaires d'emploi sont prévus et peuvent concerner toutes les catégories de personnel ; les plus employés pour les infirmiers et aides-soignants sont les horaires décalés communs à l'ensemble du centre hospitalier :

- le matin de 6h15 à 14h15 ;
- l'après-midi de 13h45 à 21h45.

D'autres personnels sont engagés en journée de 9h à 17h et de 10h à 18h.

Le cycle d'emploi normal est de quatre vacations de travail, suivies de deux jours de repos pour ceux qui sont présents les fins de semaine.

Un éducateur travaille en rythme de semaine et deux travaillent en roulement.

La réunion de service a lieu du lundi au jeudi de 9h10 à 9h55. Les réunions de synthèse ont lieu le mardi de 13h30 à 15h30 ; les partenaires n'y sont pas présents, seule l'équipe pluridisciplinaire l'est.

Une réunion de fonctionnement a lieu chaque deuxième jeudi du mois. Une réunion clinique concernant les deux unités du service se tient chaque premier jeudi du mois.

Les projets de soins individuels sont évalués toutes les deux semaines au maximum, lors d'une réunion au cours de laquelle tous les partenaires font le point.

Une réunion d'analyse des pratiques a lieu une fois par mois, animée par un psychothérapeute venu de Haute-Savoie.

Les infirmières de nuit ne participent pas aux réunions, qui se déroulent pendant leur temps de repos. Cela est regretté par tous les personnels.

Les contrôleurs ont pu assister à la réunion de fonctionnement tenue l'après-midi du jeudi 8 janvier 2015, sous la direction de la cadre de santé en charge des unités Elan'go et Hôp-ti-môm. L'ordre du jour, suivi scrupuleusement, était, pour partie, composé des questions du personnel, recueillies par écrit et, pour partie, de sujets choisis par la cadre de santé.

Tout le personnel de l'unité était invité, sans distinction de statut ou d'emploi. Nombre de participants étaient présents bien qu'en position de repos. La présence d'une aide-soignante de nuit a été particulièrement appréciée par ses collègues.

Après des rappels de consigne, le problème de la cohérence de la réponse des personnels vis à vis des patients a fait l'objet d'un long débat. Les projets individualisés de soins déterminés par des critères purement médicaux peuvent se trouver en contradiction avec les règlements de l'unité et créer entre jeunes des traitements différents et donc des récriminations.

Enfin, un projet de modification important de l'emploi du temps a été proposé à l'ensemble des personnels par la cadre de santé. L'instauration d'un temps de repos quotidien et obligatoire, de 13h30 à 14h30, tel qu'il se pratique dans une unité de Montauban a paru pertinente à la cadre de santé qui a souhaité une large concertation sur ce sujet.

En conclusion, les contrôleurs ont noté la qualité du management fondé sur l'adhésion, avec un vrai dialogue constructif.

c. Les patients

L'unité Elan'go accueille des jeunes de 12 à 17 ans.

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- neuf patients étaient présents : quatre garçons et cinq filles ;
- tous sont hospitalisés en « soins libres » ;
- la plus longue hospitalisation avait débuté le 17 novembre 2014 ;
- le patient le plus âgé avait 17 ans, le plus jeune, 12 ans ;
- Les patients étaient tous admis sur décision du titulaire de l'autorité parentale.

4.2.6.2 L'admission dans le bâtiment

D'après les propos recueillis, un entretien de pré-admission a lieu systématiquement, afin d'obtenir l'adhésion de l'adolescent à sa prise en charge par l'unité. Il rassemble le jeune, son représentant légal, le psychiatre et un membre de l'équipe soignante.

Dès l'entretien de pré-admission, le règlement intérieur est présenté au jeune et à son représentant légal. Ils doivent le signer.

4.2.6.3 Le fonctionnement

a. La vie quotidienne

Les règles de vie

Le règlement intérieur du service est un document de quatre pages. On peut y lire que les incivilités et actes violents sont interdits. Les dégradations engagent la responsabilité du jeune et de son représentant légal. Une participation à la réparation peut être exigée, sous la forme d'un travail d'intérêt général (généralement du ménage) ou d'une participation financière à hauteur de 10 % du montant des dégâts.

Les toxiques et autres produits illicites sont interdits.

Le rythme de la journée est organisé comme suit :

Le réveil	Le petit déjeuner	Le déjeuner	Le goûter	Le dîner	Le coucher
A partir de 8h	Entre 8h et 8h45 la semaine Entre 8h30 et 9h30 le WE. A 10h la chambre doit-être libérée.	12h	16h	19h	Est prévu à 22h30 : en fonction du projet de soin individualisé l'heure du coucher pourra être avancée

Extrait du règlement intérieur, p. 2

L'accès aux chambres est interdit de 10h à 12h et de 14h à 17h, notamment pour permettre le ménage des locaux. Les contrôleurs ont pu constater que cette règle est flexible, des jeunes se trouvant dans leur chambre au milieu de l'après-midi lors de leur visite.

Le règlement intérieur indique que les placards des jeunes peuvent être contrôlés par un soignant.

Les jeunes ne peuvent se regrouper dans leurs chambres, est-il également indiqué. Plusieurs jeunes ont néanmoins été vus dans une chambre, dans laquelle ils discutaient de slogans sur la liberté d'expression, suite aux attentats survenus à Charlie Hebdo le 7 janvier 2015.

La nuit, les infirmières restent dans le bureau « infirmier » et sont rapidement alertées lorsqu'un jeune sort de sa chambre, du fait du détecteur de présence qui allume automatiquement la lumière du couloir des chambres.

L'hygiène

Le règlement intérieur dispose qu'« une hygiène et tenue vestimentaire correctes sont exigées ». Les contrôleurs ont pu constater que certains jeunes avaient une hygiène corporelle toute relative, ce qui a été confirmé par le personnel soignant. Il s'agit d'une problématique délicate à cet âge et, par ailleurs, les problématiques personnelles des jeunes, souvent liées à des abus sexuels dont ils ont été victimes, jouent un rôle important dans cette dimension. La buanderie est accessible le mardi, vendredi et dimanche, de 8h à 19h. Les jeunes peuvent l'utiliser en présence d'un soignant.

La restauration

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger. Le petit déjeuner est servi de 8h à 8h45 en semaine, le déjeuner est à 12h, le goûter à 16h et le dîner à 19h.

Les jeunes souffrant de pathologies comme le diabète sont surveillés. Ils peuvent avoir des friandises qui sont laissées dans leurs casiers personnels.

Le tabac

Il est interdit dans l'unité, comme indiqué dans le règlement intérieur. Des substituts nicotiques peuvent être proposés. Toutefois, dans certains cas exceptionnels, le tabac est autorisé, en présence d'un soignant, mais il n'est jamais initié. « *Parfois, il faut négocier* », a-t-il été indiqué. Le nombre de cigarettes ne dépasserait jamais trois ou quatre par jour.

Les relations sexuelles

Comme indiqué dans le règlement intérieur, elles sont strictement interdites.

b. Les communications avec l'extérieur

Compte tenu des problématiques de la plupart des jeunes, liées à des abus sexuels ou une maltraitance, les communications avec l'extérieur sont définies entre eux et l'équipe soignante.

Les visites sont prévues dans le projet de soins individualisé. Elles se déroulent de 18h à 19h en semaine et de 14h à 18h le week-end. Elles peuvent être médiatisées. Elles ont lieu dans le local d'accueil des familles, accessible sans entrer dans l'unité. Les parents peuvent entrer dans l'unité quand les jeunes n'y sont pas présents.

Certains patients peuvent rentrer chez eux le week-end, ce qui est défini dans le projet de soins. Il arrive que ces retours à domicile soient perturbants pour eux. A leur retour, une palpation peut avoir lieu pour vérifier qu'ils ne fassent pas entrer d'objets illicites ou dangereux, et leurs affaires peuvent être contrôlées. Il arrive que du cannabis soit trouvé.

Les téléphones portables et appareils photographiques sont interdits. Les appels peuvent être passés entre 19h et 21h et sont définis dans le projet de soins individualisé. Les premiers appels sont prescrits médicalement et peuvent faire l'objet d'une médiatisation, tout comme les suivants.

Les appareils électroniques permettant uniquement d'écouter de la musique sont autorisés. Ils peuvent être conservés dans les casiers personnels ou dans l'armoire située dans la chambre.

Le poste de télévision est situé dans la pièce de vie et les programmes sont choisis par les jeunes. Les horaires pour les regarder sont de 9h à 10h30 et de 17h à 22h30, les lundi, mardi et mercredi, de 9h à 10h30 et de 18h à 22h30 les jeudi et vendredi, et à l'appréciation des soignants durant les weekend. Il semblerait toutefois que les jeunes puissent parfois regarder à d'autres heures, comme ont pu le constater les contrôleurs.

Il n'y a pas d'accès à l'Internet dans l'unité. Une salle avec une console de jeux est accessible depuis la pièce de vie.

L'argent

Les jeunes peuvent disposer de vingt euros par mois qui sont placés dans leur casier personnel.

Le courrier

Le matériel de correspondance ainsi que les timbres sont fournis. Le vagemestre se charge de poster les lettres.

Les cultes

Les aumôniers ne peuvent se rendre à l'unité qu'à la demande des jeunes ou des personnes titulaires de l'autorité parentale. La procédure permettant à ces dernières de donner leur autorisation n'est manifestement pas connue car jamais utilisée (cf. paragraphe 3.9).

Le temps scolaire

Auparavant, un partenariat avait été mis en place avec l'éducation nationale mais il a été clôturé. Les soignants, de manière générale, privilégient la scolarité à l'extérieur.

Le service académique d'assistance pédagogique (Sapad) peut intervenir au sein du service. Au moment du contrôle, aucun des jeunes ne suivaient de scolarité, même de manière parcellaire. Le personnel soignant l'a identifié comme un point faible, bien qu'il s'agisse d'un lieu de soins où il peut être délicat d'articuler les soins avec le temps scolaire. Toutefois, la présence pendant plusieurs mois d'un jeune au sein du service pose la question de la rupture scolaire. Cette question sera travaillée prochainement, a-t-il été indiqué aux contrôleurs.

Le projet d'une jeune fille de retourner au lycée de manière progressive était néanmoins suivi avec beaucoup d'attention. Il s'agissait, pour elle, d'y aller durant la semaine, tout en dormant à l'unité le soir, dans un premier temps. Elle paraissait sensible au soin pris pour qu'elle puisse reprendre sa scolarité de manière pérenne.

L'accès à la cour est libre, en dehors des activités.

Les activités proposées sont les suivantes :

Lundi

- 10h - 10h30 : atelier musique ;
- 13h - 15h30 : préparation de atelier « cuisine » du mercredi (choix du menu) ;
- 14h15 - 16h30 : randonnée ;
- 18h 18h30 : sortie pour l'achat des ingrédients pour l'atelier cuisine ;

Mardi

- 15h45 - 16h45 : atelier d'écriture ;

Mercredi

- 10h - 11h30 : atelier « cuisine » ;
- 16h30 - 17h30 : atelier « musique » ou atelier « créativité » ;

Jeudi

- 10h30 - 11h30 : atelier « théâtre » ;
- 15h - 16h : atelier « photo langage » ;
- 16h30 - 17h30 : activité physique et sportive ;

Vendredi

- 16h30 - 17h30 : activité physique et sportive.

Des sorties ponctuelles au village sont également organisées. Le 8 janvier, les jeunes qui le souhaitent se sont rendus à Figeac pour participer au rassemblement des lycéens en hommage aux victimes de l'attentat ayant eu lieu la veille à Charlie Hebdo. Devant l'impact qu'a eu l'événement sur les jeunes, les infirmiers ont proposé de les y emmener, ce qui a été accepté à condition qu'un « débriefing » soit organisé après. L'atelier « théâtre » qui avait lieu en fin de matinée a été utilisé à cette fin.

Très peu de patients tentent de fuguer de l'unité mais certains d'entre eux peuvent le tenter de nombreuses fois, pour des raisons inhérentes à leur pathologie.

c. Les soins

Le psychiatre est présent un peu plus de la moitié du temps au sein de l'unité. Il reçoit les patients avec un infirmier ou seul, selon les cas. Ses consultations ont lieu chaque jour, une à deux fois par jour. Elles peuvent durer cinq minutes comme une heure, selon l'objet de la consultation, ainsi que la réceptivité et l'investissement du patient.

La technique du « packing²⁸ », utilisée dans l'unité, concernait, au jour du contrôle, quatre patients.

L'utilisation de la chambre d'isolement est abordée au paragraphe 4.4.1.

Le médecin généraliste de l'unité passe tous les matins du lundi au vendredi. Le médecin d'astreinte se rend à l'unité à la demande le weekend ou le SAMU prend le relais, si besoin.

4.3 Les soins somatiques**4.3.1 L'accès au médecin généraliste**

Six médecins généralistes exercent au centre hospitalier Jean-Pierre Falret et interviennent dans neuf unités (O2, UFHC, R2, USP, UPCA, Elan'go, enfants, psychiatrie gériatrique et MAS). Deux

²⁸ Le « packing » est une technique thérapeutique consistant à envelopper transitoirement un patient de linges froids et humides, sur la base d'un protocole strict et dont les différentes étapes sont chronométrées. Le but poursuivi par cet outil est de chercher à faire reprendre une certaine conscience de leur image du corps aux patients.

d'entre eux exercent à temps partiel et interviennent dans l'unité de psychiatrie gériatrique. Les quatre autres, répartis en binômes pour assurer une permanence pendant les périodes de congés, interviennent chacun dans deux unités.

Toutes les unités sont visitées quotidiennement par un médecin généraliste. Les six médecins se partagent les astreintes de nuit, de week-end et de jours fériés. Au moins un médecin généraliste de permanence est donc susceptible de répondre aux situations médicales urgentes qui se présentent au centre hospitalier. Cette organisation, qui paraît idéale, souffre toutefois d'un taux de renouvellement important du personnel médical.

Les urgences somatiques sont dirigées essentiellement vers deux centres hospitaliers, celui de Figeac et celui de Saint-Céré, tous deux abritant une antenne de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) dépendant du service d'aide médicale urgente (SAMU) du centre hospitalier de Cahors. Selon les propos rapportés, les relations avec ces centres hospitaliers ne sont pas toujours simples, la population des malades mentaux entraînant, comme souvent, un sentiment de malaise et une réaction de rejet. Il est parfois nécessaire de négocier avec le SAMU pour qu'il accepte d'envoyer des véhicules d'un SMUR au centre hospitalier Jean-Pierre Falret. Toujours selon les dires des personnes entendues, le retour des urgences apparaît parfois prématuré, notamment quand il est fait du centre hospitalier de Saint-Céré.

4.3.2 Les consultations spécialisées

L'institut Camille Miret a passé convention avec un dentiste qui reçoit environ cinq patients par semaine. Le délai d'attente est d'environ deux semaines.

Les consultations de gynécologie sont faites par des médecins libéraux de Saint-Céré dont certains semblent éprouver une certaine appréhension à recevoir des patientes venant de psychiatrie.

Les consultations d'ophtalmologie se font dans le privé à Figeac mais les délais d'attente sont particulièrement longs.

Un neurologue, salarié par l'établissement Camille Miret, spécialisé en gériatrie, passe une fois par semaine dans le service de psychiatrie gériatrique et voit par ailleurs cinq patients des autres services. Il pratique également les enregistrements électro-encéphalographiques.

Si les consultations spécialisées se déroulent relativement correctement, les hospitalisations programmées sont décrites comme plus compliquées et relevant parfois du « *parcours du combattant* ». Elles semblent difficiles à obtenir et les temps d'hospitalisation apparaissent souvent trop courts. Chaque médecin qui exerce depuis un certain temps à l'institut Camille Miret a établi un réseau de connaissance qui lui est propre et avec lequel il travaille préférentiellement. Mais le taux de renouvellement des médecins généralistes étant important, les praticiens arrivés depuis peu ont du mal à faire prendre en charge leurs patients du fait de l'absence de relations privilégiées avec des médecins hospitaliers.

Il semble que les malades hospitalisés à Leyme fassent l'objet d'un *a priori* négatif qui nuit au bon accès aux soins extérieurs à l'établissement.

4.3.3 La pharmacie

Le personnel de la pharmacie centrale de l'institut Camille Miret est constitué de deux pharmaciens, l'un exerçant à 80 % et l'autre à 20 %, de trois préparatrices en pharmacie et d'une secrétaire.

Toutes les prescriptions médicamenteuses au centre hospitalier Jean-Pierre Falret sont faites dans le logiciel Cortexte. Chaque prescription est imprimée à la pharmacie centrale afin de tenir à jour le stock de médicaments livré quotidiennement dans chaque unité. La pharmacie de chaque unité contient deux boîtes de plastique de chaque médicament. Lorsque l'une des boîtes est vide, elle est renvoyée à la pharmacie centrale pour être remplacée par une boîte pleine. Ce système évite la rupture de stock de médicaments dans les services. L'impression des prescriptions à la pharmacie centrale permet de vérifier que chaque nouvelle molécule prescrite est bien présente dans l'unité concernée par la prescription.

Certains médicaments non psychotropes mais d'usage fréquent sont disponible en dotation centrale dans une salle accessible à l'ensemble des soignants et dont la clé se trouve à l'accueil de l'établissement. Cette dotation permet de pourvoir aux besoins les plus fréquents pendant les heures de fermeture de la pharmacie. Des antibiotiques, du matériel de perfusion, des antalgiques et d'autres médicaments de spécialités somatiques sont par exemple disponibles dans cette salle.

Le responsable de la pharmacie a remis aux contrôleurs une procédure qui définit les actions à mettre en œuvre pour optimiser le circuit du médicament. Son objectif principal est d'assurer que les bons médicaments soient prescrits, dispensés et administrés au bon patient, au bon moment avec un rapport bénéfice-risque optimum pour le patient. Cette procédure apparaît comme très pertinente.

4.3.4 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Son président est un des psychiatres exerçant à l'unité d'hospitalisation complète située à Cahors. Le CLUD se réunit plusieurs fois par an pour élaborer différents protocoles relatifs à la prise en charge de la douleur. Selon les propos recueillis, ce comité fonctionne correctement mais son approche est essentiellement physique et médicamenteuse. Certains membres du comité regrettent que ne soit pas développée une approche plus « affective » avec une réflexion menée sur la relaxation et la réassurance.

Les contrôleurs se sont procuré un document décrivant le mode opératoire de la prise en charge de la douleur des adultes selon l'échelle d'évaluation « Échelle visuelle analogique » (EVA) rédigé par le président du CLUD et validé par le service qualité. Son entrée en vigueur date du mois de janvier 2014. Une autre échelle d'évaluation de l'expression de la douleur chez l'adolescent ou l'adulte polyhandicapé (EDAAP) est utilisée par le médecin généraliste exerçant à la maison d'accueil spécialisée recevant des patients lourdement handicapés.

4.4 Le recours à l'isolement et à la contention

4.4.1 L'isolement

Cinq chambres d'isolement fonctionnement au sein du centre hospitalier : trois à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise (cf. paragraphe 4.2.2.1-a), une à l'unité de soins prolongés (cf. paragraphe 4.2.3.1-a) et une à l'unité Elan Go (cf. paragraphe 4.2.6.1-a).

Il a été indiqué que lorsque le placement à l'isolement d'un patient d'une autre unité apparaît nécessaire, la personne est rapidement transférée à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise.

Les contrôleurs ont relevé que le terme « apaisement » était souvent employé à la place du mot « isolement ». Il a été indiqué, en réponse, que l'apaisement correspondait à la finalité alors que l'isolement est un moyen mais aussi « *on répond à "pour que..." et non à "parce que..."* ». « *On apaise pour que le patient retrouve sa liberté de penser* » et « *l'apaisement correspond à un soin alors que l'isolement a une connotation punitive* » a ajouté un psychiatre.

Le terme « *soins intensifs* » n'a pas été employé.

Le placement en chambre d'isolement, même si elle est dénommée chambre d'apaisement, est effectué selon le protocole d'isolement, avec une réévaluation quotidienne, une visite du médecin généraliste également quotidienne, un suivi des constantes par les infirmiers,.... Si la mesure est prise dans l'urgence par l'équipe soignante, un psychiatre examine très rapidement le patient pour confirmer.

La mise à l'isolement a été un des sujets abordés lors de la réunion de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) du 11 septembre 2014. Dans le compte rendu, il est indiqué que les chambres d'isolement de l'établissement « *[présentent] des disparités au point de vue architecturale et ne [correspondent] pas aux recommandations de la [Haute autorité de santé]* ». Abordant la mise sous contention, le texte précise : « *la circulaire Weil en vigueur stipule qu'il est légitime de mettre un patient en hospitalisation libre en chambre d'isolement, donc sous contention, en l'absence de procédure de liberté. Le consentement d'un tiers, dans l'urgence, n'est pas exigée si la notion de péril imminent existe mais s'impose dans les heures qui suivent* ».

Le sujet a également été abordé lors de la réunion de la commission médicale d'établissement (CME) du 16 octobre 2014. Un médecin a fait part de ses interrogations quant à l'appellation « chambre d'isolement » et a fait observer que « *plusieurs chambres de l'institut Camille Miret servent aujourd'hui à la mise sous contention sans forcément répondre aux recommandations* ».

A. L'isolement à l'unité fermée d'hospitalisation et de crise

La traçabilité des mesures est assurée par la tenue d'un registre. Chaque mois, une feuille indique les mouvements des patients en précisant, pour chaque jour et pour chaque chambre, le nom de l'occupant, son statut et le recours à des moyens de contention. Cette situation est suffisamment rare pour être soulignée : elle permet une approche globale du recours à l'isolement dans l'unité.

Les contrôleurs ont ainsi examiné l'utilisation entre le 1^{er} octobre 2014 et le 8 janvier 2015 (soit 100 jours).

Les trente-huit placements concernaient vingt-cinq personnes différentes dont vingt et une étaient admises sous contrainte : treize en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ; cinq en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ; deux en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDT/U) et une en péril imminent (PI). En revanche, **quatre patients en soins libres ont été placés à l'isolement** et ont fait l'objet de neuf placements.

Trois de ces quatre derniers patients ont fait des séjours de courte durée : deux y sont restés durant deux jours et le troisième durant une journée.

La situation du quatrième est encore plus alarmante car cette personne a été placée en isolement durant trente-jours (soit, en moyenne, le tiers du temps) :

- une fois, durant deux jours (sous contention), en octobre ;
- une fois, durant huit jours (dont trois jours sous contention), en novembre ;
- une fois, durant vingt-trois jours consécutifs (sans contention), en décembre et janvier.

Durant la même période, aucune autre personne n'a passé autant de temps en isolement.

Quatre autres patients ont passé plus de dix jours en chambre d'isolement : un patient en ASPDRE (treize jours), deux en ASPDT (vingt-trois jours pour l'un et treize jours pour l'autre) et un patient en ASPDT-U (quinze jours).

Au total, les chambres d'isolement ont été occupées durant 189 jours (dont 98 jours par les cinq patients précités), soit un taux d'occupation de 63 %. Ce taux a cependant fortement varié selon les mois : 33 % en octobre ; 66 % en novembre ; 93 % en décembre.

Le registre indiquait un bilan, au 31 décembre 2014, pour l'année : 94 placements et 518 jours. Ainsi, le taux moyen d'occupation en 2014 a été de 47 %, indiquant un recours moins important à l'isolement au cours des neuf premiers mois.

B. L'isolement à l'unité de soins prolongés

La chambre d'isolement a été utilisée une vingtaine de fois en 2014, d'après les propos recueillis. Il n'existe pas de registre, comme à l'UFHC.

D'après les propos recueillis, les patients ne resteraient pas plus de 48 heures en chambre d'isolement et, au-delà, seraient envoyés à l'UFHC. Des personnes admises en soins libres peuvent entrer dans ce cas de figure et leur statut juridique n'en est pas nécessairement modifié.

Peu de temps avant la venue des contrôleurs, une personne a ainsi été envoyée à l'UFHC.

C. L'isolement à l'unité Elango

La chambre d'apaisement est utilisée avec parcimonie, d'après les propos recueillis. La durée de mise à l'apaisement est d'une heure renouvelable une fois, soit deux heures maximum. Aucun moyen de contention n'est utilisé.

Il est arrivé qu'un patient de l'unité, âgé de quinze ans, soit placé en chambre d'isolement à l'UFHC, pour une durée d'un mois et demi. Il s'agit d'une situation exceptionnelle, déplorée par un

personnel soignant démuni face à une pathologie lourde qui peut entraîner des comportements difficilement contrôlables. Un aménagement spécifique du service est envisagé dans le cadre du retour de ce patient au sein de l'unité, la collectivité ayant des effets désastreux pour lui.

4.4.2 La contention

Il a été indiqué que le recours à la contention était rare.

Dans les unités disposant de chambres d'isolement, elle n'est appliquée que dans ces locaux. Dans les autres, elle peut être utilisée en chambre ordinaire que le temps nécessaire à l'organisation du transfert vers l'unité fermée d'hospitalisation et de crise.

A l'unité fermée d'hospitalisation et de crise, l'examen du registre d'isolement fait état du recours à la contention mais la rubrique n'est renseignée que dans 59 % des cas (111 fois pour 189 jours d'isolement). A quinze reprises, une contention est mentionnée.

5 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION A CAHORS

Le centre hospitalier comporte une unité d'hospitalisation complète (UHC) située à Cahors, dans l'enceinte de l'hôpital général Jean Rougier. Elle occupe un bâtiment indépendant. Par ailleurs, l'institut Camille Miret a signé une convention de partenariat avec le CH de Cahors qui prévoit notamment l'intervention des personnels de l'UHC au service d'accueil des urgences pour la prise en charge des pathologies psychiatriques.

5.1 L'unité d'hospitalisation complète

5.1.1 Présentation générale

L'unité d'hospitalisation complète (UHC) a été créée en 1999 dans un ancien institut de formation en soins infirmiers localisé dans l'enceinte du centre hospitalier Jean Rougier. Selon les informations données aux contrôleurs, l'UHC avait été mise en place afin de permettre au centre hospitalier Jean-Pierre Falret d'assurer des hospitalisations libres dans une unité ouverte à une époque où les services installés à Leyme étaient plutôt organisés pour recevoir des patients nécessitant des unités fermées.

Cahors est situé à 75 km de Leyme ; le trajet en voiture, lorsque les intempéries – neige ou verglas – ne l'interdisent pas, demande environ 1 h 20 mn.

C'est ainsi que, depuis 1999, des soins psychiatriques en hospitalisation complète sont assurés à Cahors au profit de patients dépendant du secteur G01, c'est-à-dire résidant dans la moitié sud du département du Lot. L'UHC dispose de dix-huit lits destinés essentiellement à des patients adultes en soins libres et dont l'état de santé est compatible avec sa localisation en centre-ville et sa configuration : pas d'enceinte fermée, une quasi-absence de jardin, pas de chambre de soins intensifs ou d'apaisement.

Les contrôleurs ont perçu de la part du personnel un regret quant à l'absence, à Cahors, d'une unité fermée et d'une unité de réhabilitation, qui répondraient pourtant à un réel besoin, en particulier de la part des patients rattachés au secteur G01. Le déplacement des patients entre

Leyme et Cahors leur porte préjudice car il entraîne un changement de médecin traitant. Les médecins des deux localisations ont rarement l'occasion de se rencontrer ; le médecin de Leyme ne rencontre plus le patient qu'il a envoyé à Cahors. La CME ne s'est jamais tenue dans les locaux de Cahors.

5.1.1.1 Les locaux

L'UHC s'étend sur les quatre niveaux du bâtiment.

On y accède depuis le trottoir en descendant quelques marches pour aboutir à un rez-de-jardin. Ce premier niveau comporte les pièces suivantes, desservies par un couloir central :

- un accueil avec un guichet, le bureau de la secrétaire médicale et le bureau de la cadre de santé ;
- un office donnant sur une salle à manger de 40 m² ;
- une salle de relaxation pour les patients ;
- le bureau du psychologue et le bureau du psychiatre en charge des patients du 1^{er} étage ;
- une salle de réunion de 30 m², avec un deuxième accès donnant sur l'extérieur ;
- un vestiaire pour les hommes, un vestiaire pour les femmes, des wc pour les patients, des wc pour le personnel et une salle de repos du personnel ;
- une pièce d'archivage, un local à ordures et une chaufferie ;
- un ascenseur.

Le niveau suivant, appelé rez-de-chaussée, comporte :

- un salon de quelques 80 m² destiné aux patients, comportant un escalier donnant un accès direct à la salle à manger ; il est meublé de fauteuils, tables et armoires comportant des livres à la disposition des patients. Sa disposition, avec des recoins et une grande cheminée, le rend particulièrement chaleureux. Au moment du passage des contrôleurs, deux patients y étaient installés et jouaient de la guitare. Dans un coin, un baby-foot, un vélo d'appartement et un tapis de marche sont à la disposition des patients ;
- une salle de 20 m² destinée aux activités proposées aux patients – dessin, modelage, jeux de société ;
- la pharmacie ;
- le bureau du médecin chef du pôle G01, le bureau du psychiatre en charge des patients du 2^{ème} étage, le bureau du médecin généraliste et le bureau de l'assistante sociale ;
- une salle de réunion comportant des baies vitrées avec stores donnant sur le couloir et le salon.

Un jardin est accessible depuis ces deux niveaux : directement depuis le rez-de-jardin en passant par la salle à manger et par un escalier extérieur depuis le rez-de-chaussée. Il comporte une terrasse où une table de ping-pong peut être déployée ; il a été dit aux contrôleurs que cette table était souvent utilisée par les patients.

Les deux niveaux suivants – les 1^{er} et 2^{ème} étages – comportent essentiellement les dix-huit chambres des patients : neuf chambres individuelles par étage. Chaque chambre est meublée d'un lit médicalisé, un fauteuil, une tablette, une chaise et dispose d'un téléphone et d'un téléviseur. Dans un angle de la chambre, une salle d'eau fermée est équipée d'un lavabo avec mitigeur et miroir, d'une douche « à l'italienne » et d'un siège de wc ; les murs comportent des rampes de

soutien mais on n'y trouve aucun porte-serviette.

L'affectation d'un patient à l'un ou l'autre niveau dépend essentiellement de la disponibilité des chambres. Dans la mesure du possible, il est tenu compte du psychiatre qui s'est chargé de lui à son arrivée.

On trouve également, au 1^{er} étage, une salle de bain avec baignoire et, au 2^{ème} étage, un vestiaire comportant des vêtements usagés destinés aux patients nécessiteux.

5.1.1.2 Les personnels

Placée sous la direction du médecin chef du pôle G 01 et d'une cadre supérieure de santé chargée du pôle G01, l'équipe de l'UHC est ainsi composée :

- deux médecins psychiatres à plein temps, chacun étant responsable d'un étage et participant également à l'astreinte des urgences psychiatriques ;
- un médecin généraliste à mi-temps ;
- une cadre de santé en charge de l'UHC et des urgences psychiatriques ;
- six infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat et une infirmière en psychiatrie ;
- deux aides-soignantes ;
- quatre agents des services hospitaliers assurant une permanence en journée ;
- une psychologue ;
- une assistante sociale.

Il n'est pas prévu d'intervention de psychomotricien ou d'ergothérapeute.

En dehors des créneaux de permanence, c'est-à-dire la nuit et les week-ends, une astreinte à domicile est assurée par les deux psychiatres.

Au moment de la visite des contrôleurs, un des deux psychiatres assurait un intérim de deux demi-journées à l'USP à Leyme ; par ailleurs, le médecin chef du pôle quittait son poste et personne n'était nommé pour prendre sa suite ; la cadre de santé en charge de l'UHC et des urgences psychiatriques était en arrêt de travail et remplacée provisoirement par la cadre de santé en charge des soins psychiatriques hors hospitalisation. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique qu'un médecin chef de pôle a été recruté le 15 mars 2015, postérieurement à la visite des contrôleurs.

Dans la journée, une équipe de soignants est affectée à chacun des deux étages où sont les chambres ; elle est composée au minimum de trois personnes dont deux infirmiers. La nuit, une équipe unique est en charge de l'ensemble de l'unité ; elle est composée au minimum de deux personnes dont un infirmier.

Le travail est organisé selon le régime « des trois huit » : une équipe le matin, de 6h à 14h, une équipe l'après-midi, de 14h à 22h et une équipe de nuit de 22h à 6h. La relève est l'occasion d'une passation de suite de 15 mn le matin et le soir et de 30 mn à 14h. Tout le personnel soignant a vocation à assurer le service de nuit à tour de rôle.

Certains soignants ont regretté l'absence de supervision, « *qui permettrait d'éviter la routine, de rester dans une dynamique de réflexion* ».

Il a été remis aux contrôleurs un état des plannings de service réalisés en novembre,

décembre 2014 et janvier 2015. Le nombre de soignants présents par demi-journée durant ces trois mois, soit sur 92 jours, est le suivant :

Nombre de demi-journées avec une équipe composée de :	Matin	Soir	Nuit
2 soignants	2 fois	3 fois	92 fois
3 soignants	54 fois	54 fois	Jamais
4 soignants	21 fois	19 fois	
5 soignants	14 fois	15 fois	
6 soignants	1 fois	1 fois	

5.1.1.3 Les patients

Sur l'ensemble de l'année 2014, la durée moyenne de séjour a été de 21 jours.

En 2013, sur 269 admissions, 12 patients ont été admis en SPDT et 2 en SPDRE.

Au moment de la visite des contrôleurs, dix-sept patients étaient placés à l'UHC ; un homme et deux femmes étaient en SPDT, dont le plus anciens y était depuis le 18 novembre 2014. Le patient le plus âgé avait 68 ans et la patiente la plus jeune était âgée de 17 ans. L'admission et la sortie les plus récentes dataient du 13 janvier 2015.

5.1.2 L'admission dans l'unité

5.1.2.1 L'arrivée des patients admis sans consentement

La très grande majorité des patients qui sont admis sous la contrainte le sont à la demande d'un tiers. Les admissions sur décision du représentant de l'Etat sont tellement rares qu'aucun des soignants interrogés n'est parvenu à se souvenir de quand datait la dernière. De la même façon, les admissions qui inaugurent la prise en charge sous contrainte sont exceptionnelles. Dans la très grande majorité des cas, les patients qui arrivent à l'unité d'hospitalisation complète ont déjà fait l'objet d'un séjour dans une unité fermée. Certains soignants ont regretté que le transfert des patients provenant de l'UFHC soit parfois prématuré et effectué dans le seul but de libérer une chambre à Leyme.

En 2014, dix-huit personnes ont fait un séjour en soins psychiatriques sur demande d'un tiers à l'unité complète d'hospitalisation. Elles ont totalisé vingt-cinq admissions. Seize admissions correspondaient à un transfert de l'unité fermée d'hospitalisation et de crise, huit étaient des réintégrations de personnes placées sous un régime de programme de soins ambulatoires.

Quatre des dix-huit patients ont initialement été admis en service libre à Cahors et ont été secondairement transférés dans l'unité fermée d'hospitalisation et de crise de l'hôpital de Leyme en raison d'une aggravation de leur symptomatologie et de la nécessité d'instaurer un régime de soins sous contrainte.

La seule personne admise directement, sans être passée par un service fermé et sans avoir été préalablement placée en programme de soins n'a pas vu la mesure confirmée par le certificat de vingt-quatre heures.

5.1.2.2 Les modalités d'admission

Les personnes admises sous la contrainte à l'unité d'hospitalisation complète ne sont plus en état de crise, en règle générale.

Un premier entretien infirmier est réalisé au cours duquel le régime de l'hospitalisation est rappelé oralement. Il est suivi d'un entretien avec un psychiatre du service ou, le cas échéant, avec celui d'astreinte. Les effets personnels que les patients ne peuvent garder avec eux (par exemple canif, médicament, lame de rasoir, eau de toilette pour les personnes ayant une problématique alcoolique, téléphone portable le cas échéant, etc.) sont entreposés dans des casiers fermés à clé, situés dans le poste de soins infirmiers. Ils ne font l'objet d'aucun inventaire. Il est ensuite proposé aux patients de déposer leurs objets de valeur dans le coffre situé au secrétariat. S'ils refusent, il leur est demandé de signer une décharge dégageant l'institut Camille Miret de toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration des objets restés en leur possession. S'ils acceptent, ces objets sont placés dans une enveloppe sur laquelle sont inscrits, entre autre, le nom du patient, la date de dépôt, la nature des objets déposés, le nom de l'infirmier ayant procédé à l'inventaire et l'émargement du patient. Cet inventaire est fait parfois par deux infirmiers, parfois par un seul. Les contrôleurs ont constaté que l'émargement du patient ne figure pas toujours sur l'enveloppe (cf. photo ci-dessous). En cas de besoin, le patient peut à tout moment reprendre des biens ou en déposer ; tout le personnel soignant est habilité à procéder à ces mouvements.

5.1.2.3 La période de soins et d'observation

Dans la totalité des cas, en 2014, et de façon plus générale dans l'immense majorité des cas, les admissions à l'unité d'hospitalisation complète sont des admissions secondaires, faisant suite à un transfert en provenance d'une unité fermée ou à un non-respect du programme de soins, voire à la demande même du patient en programme de soins sous contrainte. De ce fait, la période d'observation et de soins initiale, au sens de la loi du 5 juillet 2011 modifiée, ne se déroule pas à l'unité d'hospitalisation complète. Aucune précision n'a pu être donnée aux contrôleurs pendant leur visite sur les modalités de déroulement de cette période quand elle a lieu à l'unité d'hospitalisation complète.

5.1.2.4 L'information des patients admis et les voies de recours

Lorsqu'un patient est admis en soins sans consentement, les informations relatives à sa situation et à ses droits lui sont notifiées par la remise de la décision du directeur du centre hospitalier – soins à la demande d'un tiers, en urgence, pour péril imminent – ou de l'arrêté préfectoral – soins sur décision du représentant de l'Etat. Il est invité à signer le document puis une copie lui en est remise. Si l'admission en soins sans consentement a été réalisée précédemment dans une unité de Leyme et si la personne en manifeste le besoin, sa situation et ses droits lui sont à nouveau expliqués verbalement. Aucun document détaillant ces sujets n'est mis à la disposition de ces patients.

Le livret d'accueil remis à chaque patient est le même que celui de Leyme (cf. paragraphe 3.2.1). En complément, il comporte une feuille sur laquelle sont notées, recto-verso, quelques informations concernant l'UHC :

- présentation de l'unité (trois lignes) et de l'équipe pluridisciplinaire ;
- les conditions d'entrée (une phrase) ;

- la durée de séjour (une phrase) ;
- l'organisation des soins (cinq lignes) ;
- les horaires du service (deux lignes) ;
- les visites (trois lignes) ;
- les sorties (une phrase) ;
- le téléphone et le courrier (neuf lignes) ;
- la télévision (une phrase) ;
- le culte (une phrase) ;
- les prestations hôtelières (six lignes) ;
- les médicaments (deux phrases) ;
- les boissons alcoolisées (une phrase) ;
- le linge (une phrase) ;
- la protection des biens (deux lignes) ;
- les frais de séjour (cinq lignes) ;
- une dernière phrase écrite en caractères gras : « **IMPORTANT** : « *La vie en collectivité comporte certaines règles indispensables au respect des autres et de soi-même. La transgression de ces règles peut amener à revoir les conditions de votre prise en charge* ».

Il ne comporte pas toutes les informations réglementaires²⁹. Il n'existe pas de règlement intérieur à la disposition des patients³⁰.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, il est systématiquement demandé au patient arrivant s'il souhaite désigner une personne de confiance. Si son état ne le permet pas, la question lui est posée quelques jours après son arrivée.

Les contrôleurs se sont entretenus avec un patient en soins sans consentement ; il n'avait pas conservé le document décrivant sa situation et ne connaissait pas précisément ses droits. Il a été déclaré aux contrôleurs que l'avis du patient sur les soins qui lui étaient prodigués lui était toujours demandé et mentionné dans son dossier.

Il a été dit aux contrôleurs qu'il arrivait en moyenne une fois par mois qu'un patient soit présenté à l'unité alors que toutes les chambres sont occupées. Dans ces conditions, deux solutions sont possibles, dont le choix dépend du profil du patient, de ses souhaits et des places disponibles ailleurs : il peut être envoyé à Leyme – notamment lorsqu'il s'agit d'une personne en soins sans consentement – ou bien dans une clinique privée.

5.1.3 Le fonctionnement

5.1.3.1 La vie quotidienne

Les patients sont peu occupés. Ils sont invités à organiser leurs journées à leur initiative.

Un « atelier à expression médiatisée » est organisé tous les mardis de 14h30 à 16h, animé

²⁹ Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

³⁰ Cf article L.3211-3 du code de la santé publique.

par deux soignants (dont le référent de l'atelier), avec une capacité d'accueil maximale de huit patients. Plusieurs supports sont proposés pour offrir un maximum de possibilités en fonction des capacités et des goûts de chacun : peinture, pastels, dessin origami, collage à partir de découpage, argile. L'atelier est proposé à certains patients par l'équipe soignante en fonction de leur projet de soin.

Quelques appareils de détente physique sont mis à la disposition libre des patients : vélo d'appartement, tapis de marche, ping-pong, baby-foot.

Au moment de leur visite, les contrôleurs ont été témoins d'une séance de vernis à ongle au profit d'une demi-douzaine de patientes.

Dans le salon, un téléviseur et un lecteur de DVD sont à la disposition des patients. Ces derniers peuvent emprunter des livres à la bibliothèque en toute liberté et sans inscriptions. Ils ont un accès libre à la salle de bains du 1^{er} étage, « *qui est très appréciée* ». Des séances de relaxation peuvent être mises en place à la demande.

L'ensemble du bâtiment est « non-fumeur » mais l'accès au jardin est libre toute la journée et à la demande la nuit ; la nuit, le bâtiment est fermé par mesure de sécurité afin d'en interdire l'accès depuis l'extérieur.

Chaque patient détient la clé de sa chambre, où il peut se rendre à tout moment de la journée.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, lors d'élections, les patients étaient invités à sortir de l'unité pour aller voter. Des permissions de sortie sont établies dès lors que l'état de santé le permet ; à défaut, le patient est invité à procéder à une procuration.

La plupart du temps, les patients sont entièrement libres de sortir de l'unité dans la journée.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, les patients en soins sans consentement obtiennent facilement des autorisations de sortie. C'est ce qu'ils ont pu constater auprès des patients qu'ils ont rencontrés. Ainsi, l'un d'eux leur a déclaré qu'il sortait tous les jours entre 14h et 17h pour aller chez lui ou rencontrer des amis et qu'il passait le week-end chez ses parents.

Au moment de la visite des contrôleurs, seuls trois des dix-sept patients, en hospitalisation libre, étaient libres de sortir à leur convenance ; deux patients dont un en hospitalisation libre étaient soumis à des restrictions de sortie (durée ou créneau horaire), douze patients n'étaient pas autorisés à sortir dont deux des trois patients en SPDT.

5.1.3.2 Les communications avec l'extérieur

Chaque chambre dispose d'un téléphone. L'ouverture de la ligne est gratuite ; seuls les appels sortants sont payants. Les appels ne sont pas tracés ni écoutés ou enregistrés. En principe, après une phase initiale de quelques jours, tout patient peut utiliser en toute liberté son téléphone portable. Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients en soins sans consentement devaient remettre leurs téléphones portables au personnel soignant, avec l'éventualité de les récupérer par la suite si le médecin estimait que c'était compatible avec leur état de santé. Un patient en soins sans consentement leur a déclaré qu'il avait pu conserver son téléphone portable dès son arrivée.

Le courrier est libre et non contrôlé.

Chaque chambre dispose d'un téléviseur dont l'emploi est gratuit et n'est soumis à aucun contrôle.

Les patients sont autorisés à apporter leur ordinateur. L'établissement ne dispose d'aucun équipement Wifi qui permettrait d'accéder à Internet.

Les visites sont autorisées dans la journée. En général, elles ont lieu dans la chambre du patient. Dans un premier temps, dont la durée varie d'un patient à l'autre, les personnes en soins sans consentement ne peuvent pas recevoir de visite.

Au moment de la visite des contrôleurs, huit des dix-sept patients pouvaient téléphoner en toute liberté ; trois patients en hospitalisation libre avaient des autorisations limitées à des proches désignés ; six patients n'étaient pas autorisés à téléphoner dont quatre patients en hospitalisation libre et deux des trois patients en SPDT.

Cinq patients pouvaient recevoir des visites en toute liberté ; quatre patients dont trois en hospitalisation libre avaient des autorisations de visites limitées en temps ou en visiteurs (proches) ; huit patients ne pouvaient pas recevoir de visite, dont deux des trois patients en SPDT.

5.1.3.3 L'entretien du linge

La gestion du linge de l'unité d'hospitalisation complète est traitée à l'article 24 de la convention de partenariat entre le centre hospitalier de Cahors et l'institut Camille Miret. Il y est dit que le traitement du linge utilisé par l'unité est assuré par le centre hospitalier de Cahors selon les modalités en vigueur dans toutes les unités du centre hospitalier.

Pour la majorité des patients, le linge de lit et de toilette est changé une fois par semaine, le samedi matin. Le linge sale est disposé dans trois sacs distincts pour les taies d'oreillers, les draps et les alèzes, les serviettes et les couvertures. Trois fois par semaine, l'armoire à linge est déposée à l'extérieur, devant les cuisines, et est récupérée par les agents de la lingerie du centre hospitalier général de Cahors. Le stock est alors mis à jour et l'armoire est ramenée dans le service. Une dotation de draps et de serviettes de toilette est conservée dans l'unité pour éviter que le service se trouve en rupture de stock en cas de nécessité de changes plus fréquents.

Le linge des patients est généralement confié aux familles qui s'occupent du nettoyage et du repassage. Une machine à laver est située au rez-de-chaussée du bâtiment pour les patients isolés ou dont les familles ne peuvent prendre en charge l'entretien du linge. La lessive est alors effectuée par un agent hospitalier qualifié. Il est ensuite étendu sur un sèche-linge disposé dans le couloir, à proximité de la buanderie.

5.1.3.4 La restauration

L'article 24 de la convention de partenariat sus-citée prévoit que les repas des malades sont fournis par le centre hospitalier de Cahors selon les modalités en vigueur dans toutes les unités du centre hospitalier.

Les repas sont pris dans la salle à manger, pièce d'environ 40 m², lumineuse, située au rez-de-jardin, dans laquelle sont disposées trois tables, l'une pouvant accueillir huit personnes, la deuxième six et la troisième, quatre. Les patients s'installent de la façon qui leur convient à l'une des trois tables. Ils peuvent exceptionnellement prendre leur repas dans leur chambre, quand ils

ne désirent pas se joindre aux autres ou quand leur état clinique est incompatible avec la vie en communauté. L'avis médical est généralement requis lorsqu'un patient demande à prendre le repas dans sa chambre.

Trois repas sont servis chaque jour, à 8h, 12h et 19h. Un goûter est proposé à 16h. La salle à manger, dont l'accès est libre pendant la journée, met toujours à la disposition des patients une corbeille de fruits. Un distributeur d'eau fraîche ou tempérée est à la disposition des patients et du personnel dans le hall d'entrée qui jouxte la salle à manger.

Les repas sont confectionnés et conditionnés dans la cuisine de l'hôpital général. Les menus de la semaine ne sont pas affichés mais sont accessibles sur demande à la cuisine du service. Il existe neuf menus proposés à chaque repas : un menu classique dont les plats sont également proposés au restaurant du personnel et huit autres correspondant à différents régimes (diabétique, épargne digestive, sans résidu, senior, senior diabétique, haché, mouliné et mixé).

L'office du service est d'une surface d'environ 15 m². Elle comporte un réfrigérateur, un four, un distributeur de boissons chaudes, une machine à laver la vaisselle et un évier. Une porte vitrée donne sur la cour de l'hôpital général de Cahors que traversent les agents hospitaliers pour aller chercher, deux fois par jour, les repas du midi et du soir. La nourriture est conditionnée en barquettes qui sont entreposées dans le réfrigérateur jusqu'à l'heure du repas. Elles sont ensuite réchauffées au four avant d'être servies à table sur des plateaux. Les patients ont la possibilité de manger directement dans la barquette ou d'en verser le contenu dans une assiette.

Au petit déjeuner et au goûter, des boissons chaudes sont proposées (thé, café, chocolat) ainsi que des madeleines, du pain, du beurre et de la confiture.

Il n'existe qu'un service par repas.

5.1.4 Les soins

5.1.4.1 Les soins psychiatriques

Les patients sont régulièrement reçus en entretien par leur psychiatre référent et par le personnel infirmier.

Un patient en soins sans consentement a déclaré qu'il voyait un infirmier une demi-heure par jour et le psychiatre au moins un quart d'heure par jour, du lundi au vendredi.

5.1.4.2 L'accès au médecin généraliste

Un médecin généraliste est présent dans l'unité cinq demi-journées par semaine, le lundi toute la journée et les mardi, jeudi et vendredi matins.

Le médecin généraliste exerçant à l'unité d'hospitalisation complète a mis en place, en novembre 2014, un protocole de bilan d'entrée de tout patient. Celui-ci comprend un bilan clinique (poids, taille, indice de masse corporelle, périmètre ombilical), un bilan biologique type auquel sont ajoutés des examens spécifiques en cas de diabète, de dénutrition ou d'anémie, un bilan cardio-vasculaire, un bilan de l'hygiène de vie et la recherche systématique d'antécédents de chute dans les trois mois qui précèdent l'hospitalisation.

5.1.4.3 Les urgences somatiques

Dans la convention de partenariat qui les unit, le centre hospitalier de Cahors s'engage à faire bénéficier chaque patient admis dans l'unité d'hospitalisation complète d'une prise en charge somatique adaptée exécutée sous la direction d'un de ses praticiens et définie en collaboration avec les médecins de l'unité.

Lorsque le médecin généraliste n'est pas présent dans le service et en cas d'urgence, le personnel infirmier ou un psychiatre peuvent recourir au service des urgences attenant à l'unité d'hospitalisation. Pour cela, ils appellent le numéro du service d'aide médicale urgente (SAMU, 15), dont le siège est également situé dans l'enceinte du centre hospitalier général de Cahors. Si nécessaire, le SAMU dépêche une équipe sur place afin qu'elle prodigue les premiers soins. Le cas échéant, le transfert aux urgences est effectué dans un second temps. L'équipe infirmière regrette toutefois qu'il soit très difficile d'obtenir le passage de l'interne de médecine de garde au centre hospitalier pour avoir un avis en l'absence du médecin généraliste.

5.1.4.4 Les consultations spécialisées

Elles se déroulent à l'hôpital de Cahors ou en consultation de ville. L'équipe soignante a regretté que pour certaines spécialités médicales, malgré les relations de proximité à la fois géographique et de travail, il soit difficile d'obtenir des rendez-vous dans des délais convenables. C'est le cas notamment pour la cardiologie. Pour cette spécialité, les consultations se font presque exclusivement en ville.

5.1.4.5 La pharmacie

La pharmacie de l'UHC est gérée par celle du site de Leyme. Le fonctionnement en est donc le même et ne fait par conséquent pas l'objet d'une description particulière.

Les livraisons de médicaments sont faites quotidiennement les jours ouvrés avec, le vendredi et la veille des jours fériés, le nécessaire pour fournir les traitements jusqu'au jour ouvré suivant. Selon la convention de partenariat, en cas d'urgence et pour les spécialités non disponibles, le centre hospitalier général fournit les produits pharmaceutiques qui sont refacturés à l'institut Camille Miret.

5.1.4.6 Les analyses de laboratoires

Elles sont assurées par le centre hospitalier de Cahors selon une convention de partenariat passée entre le centre hospitalier et l'institut Camille Miret.

5.1.5 Le recours à l'isolement et à la contention

La fiche de présentation du service destinée aux stagiaires et professionnels décrit l'unité d'hospitalisation de Cahors comme un service ouvert de psychiatrie générale d'une capacité d'accueil de dix-huit patients. En bas de la première page du document, il est écrit en caractères gras : « *les patients souffrant de troubles graves du comportement et/ou nécessitant une hospitalisation sous contrainte sont pris en charge dans d'autres unités de l'institut Camille Miret disposant de l'équipement adéquat* ». Il a été indiqué aux contrôleurs que dans certaines situations de crises, le patient pouvait être adressé à l'unité d'hospitalisation de courte durée du service d'accueil des urgences du centre hospitalier général de Cahors afin que le transfert dans une unité

plus adaptée soit organisé de là-bas. Cette pratique n'a pas pu être confirmée et les modalités de passage du patient de l'unité d'hospitalisation complète au service d'accueil des urgences n'ont pu être déterminées par les contrôleurs.

5.1.5.1 L'isolement

Aucune pièce n'est aménagée pour permettre l'accueil d'une personne en situation de crise. Les chambres de l'unité sont munies d'un verrou intérieur permettant aux personnes hospitalisées de s'enfermer et seuls les soignants ont la possibilité d'ouvrir la porte de l'extérieur. Ce verrou permet également aux patients d'ouvrir la porte si elle a été fermée de l'extérieur.

Selon les propos recueillis, lorsqu'un patient est en situation de crise et susceptible de vouloir quitter l'unité, les soignants condamnent la porte d'accès à l'unité pendant le temps nécessaire à l'apaisement de la crise ou au transfert du patient en unité fermée. La porte fermée est dotée d'une sonnette qui permet aux personnes voulant entrer d'informer de leur présence. Les personnes souhaitant sortir doivent demander à un personnel de l'unité d'ouvrir la porte. Cette situation serait exceptionnelle et de toute façon de courte durée d'après les soignants. En 2014, selon les documents remis aux contrôleurs, à cinq reprises, les équipes ont dû organiser le transfert d'un patient vers le site de Leyme : quatre fois pour des personnes arrivées initialement en service libre et dont le mode d'hospitalisation a été modifié en raison de l'aggravation de leur l'état clinique et une fois pour une personne revenant de l'unité fermée sous un régime de contrainte et dont l'état a justifié qu'elle soit à nouveau transférée à l'unité fermée.

Dans un document daté du 21 octobre 2010, retraçant les modalités de prise en charge des patients à risque suicidaire et à l'usage des infirmiers de l'unité d'hospitalisation complète de Cahors, le recensement des actions infirmières existantes est le suivant :

- prévenir le médecin et l'équipe en présence ;
- renforcer la présence auprès du patient ;
- mettre en place la relation d'aide ;
- fermer le service ;
- maintenir le patient en chambre ;
- dans le cas d'une agitation incontrôlable, recourir à la contention selon le protocole ;
- sécuriser la chambre ;
- ne pas laisser sortir la personne dans le jardin ou l'accompagner pour fumer une cigarette ;
- faire des transmissions ciblées pour maintenir la continuité des soins.

5.1.5.2 La contention

Le recours à la contention semble également exceptionnel. Plusieurs personnels soignants ont déclaré ne s'en être jamais servis et ne pas savoir de quand datait sa dernière utilisation. Certains doutaient même que la trousse contenant les liens de contention fût dans le service dans la mesure où elle avait été prêtée à une autre équipe qui n'en disposait pas. Selon les éléments recueillis, elle n'est utilisée que lors d'une agitation dans l'attente d'un transfert vers l'unité fermée d'hospitalisation du site de Leyme. La trousse contient des liens de contention classique qui se fixent à l'aide d'un mécanisme de clips et qui se déverrouillent à l'aide d'un mécanisme aimanté. Lorsqu'une mise sous contention est nécessaire, elle se fait sur le lit de la personne

agitée, à l'initiative du personnel infirmier, avant même l'arrivée du médecin, comme le précise une note datée du 20 octobre 2009 et signée par le médecin chef de pôle.

5.1.6 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

L'unité ne dispose pas de salle d'audience. Il a été déclaré aux contrôleurs que les normes établies par une circulaire du ministère de la santé³¹ présentaient des exigences telles qu'aucune des deux salles de réunion ne pouvait servir pour les audiences. Par conséquent, toutes les audiences devant le JLD se tiennent au TGI. Les patients y sont conduits en voiture ; ils pénètrent dans le palais de justice par l'entrée principale du public, à laquelle on accède en gravissant un imposant escalier de pierre.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, si une salle d'audience était en place à l'UHC, les magistrats s'y rendraient très volontiers pour conduire les audiences.

5.1.7 La visite des autorités

Il a été déclaré aux contrôleurs qu'aucune autorité – préfet, président du TGI, procureur de la République, maire ou leurs représentants –, ni la CDSP, ne se rendaient jamais à l'UHC. Les visites réglementaires ne sont réalisées que sur le site de Leyme.

5.2 Le service d'accueil des urgences et l'unité d'hospitalisation de courte durée

5.2.1 L'organisation des soins psychiatriques

Le service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Cahors est constitué de deux unités : l'unité d'accueil à proprement parler, constituée de six box et d'une salle de déchoquage, et l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), de six chambres, qui a vocation à garder les patients en observation afin de les orienter dans le service le plus adapté à leur pathologie.

Un protocole de prise en charge des urgences psychiatriques et des situations de crise au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Cahors (CHC) a été élaboré en 2006. Il est signé par les médecins responsables du secteur de psychiatrie G 01 et du service des urgences, par les directeurs des soins de l'institut Camille Miret et du centre hospitalier de Cahors, enfin, par le médecin inspecteur de la direction départementale des actions sanitaires et sociales³² du Lot. Il s'inscrit dans la convention de partenariat entre le centre hospitalier de Cahors et l'institut Camille Miret datant de 2005.

Les psychiatres du secteur G 01 et deux pédopsychiatres exerçant à Cahors assurent une astreinte médicale sept jours sur sept et 24 heures sur 24. Quatre psychiatres se partagent l'astreinte de jour (de 9h à 18h) et six, l'astreinte de nuit (de 18h à 9h), de week-ends et de jours fériés. Ils interviennent à l'unité d'accueil des urgences et à l'UHCD à la demande du médecin urgentiste.

³¹ Circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

³² Appellation alors en vigueur.

Six infirmiers de l'UHC assurent une permanence à la fois dans l'unité d'accueil des urgences et à l'UHCD, sept jours sur sept et 24 heures sur 24. Ils sont placés sous l'autorité administrative du cadre de santé commun à l'unité d'hospitalisation complète et au service d'accueil des urgences. Ils sont sous l'autorité technique et conjointe du médecin urgentiste et du psychiatre d'astreinte. Ils peuvent participer aux missions du service médical d'urgence et de réanimation (SMUR) dans le cas de situations psychiatriques, après validation par le médecin régulateur du SAMU, et sous l'autorité technique du médecin urgentiste. Ils assurent également une permanence téléphonique destinée aux patients pris en charge en ambulatoire et aux appels adressés par le régulateur du SAMU lorsqu'il estime qu'un entretien avec un infirmier qualifié est nécessaire. Les différents services du centre hospitalier peuvent également faire appel à eux pour demander un avis ou un conseil. Les appels sont répertoriés dans un registre appelé « main courante » dont les rubriques sont les suivantes :

Date	Non de l'IDE	Identité du patient	Heure et origine de la demande	Appel du psychiatre d'astreinte	Nature de la demande	Orientation et heure de fin
------	--------------	---------------------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------	-----------------------------

Chaque infirmier travaille pendant douze heures avant d'être relevé par un collègue (tranche horaire de 7h30 à 19h30 et de 19h30 à 7h30).

En pratique, lorsqu'un patient est admis dans le service d'accueil des urgences, il est pris en charge par l'équipe responsable des soins somatiques. Lorsque la situation semble relever pour tout ou partie des compétences de l'équipe de psychiatrie, il est fait appel au personnel infirmier de l'UHC. Celui-ci réalise un entretien d'accueil avec le patient et, le cas échéant, avec ses accompagnants. Si le patient est connu, l'infirmier recueille toutes les données fournies par le « dossier patient » informatisé. Il renseigne à la fois le « dossier patient » informatisé du centre hospitalier Jean-Pierre Falret et le « dossier infirmier » du centre hospitalier de Cahors.

Il rend compte de ses observations au médecin urgentiste qui décide, le cas échéant, de faire appel au psychiatre d'astreinte.

Lorsque le psychiatre d'astreinte se rend aux urgences, il prend connaissance des informations recueillies à la fois par le médecin urgentiste et l'infirmier. Il examine, traite et oriente le patient en accord avec le médecin urgentiste. Il peut décider d'une orientation vers l'unité d'hospitalisation de courte durée, vers une unité d'hospitalisation, vers des soins ambulatoires ou des alternatives à l'hospitalisation. N'ayant pas accès aux prescriptions informatiques du centre hospitalier de Cahors, il conseille à l'urgentiste d'administrer le traitement approprié à la situation. Il renseigne ensuite le « dossier patient » informatisé de du centre hospitalier Jean-Pierre Falret, y fait figurer le traitement préconisé, imprime son observation et l'ajoute au « dossier patient » du centre hospitalier.

5.2.2 La prise en charge sous la contrainte au service d'accueil des urgences

5.2.2.1 Le patient amené par les forces de l'ordre

Les médecins ont affirmé aux contrôleurs que, lorsqu'une personne était amenée menottée aux urgences par la police ou la gendarmerie, l'entretien et l'examen clinique se faisaient toujours en l'absence des agents de la force publique. Tout au plus est discutée avec eux la pertinence de

retirer les menottes, la décision revenant en général au médecin. La situation ne s'est pas présentée pendant le temps de visite du contrôle général des lieux de privation de liberté.

5.2.2.2 Le patient en crise

Un patient agité au service des urgences peut nécessiter l'appel du psychiatre d'astreinte avant même qu'il soit vu par le médecin urgentiste. En attendant son arrivée, le recours à la contention est parfois nécessaire. La mise sous contention se fait alors sur un brancard avec l'aide du personnel soignant présent sur place. L'appel en urgence des forces de l'ordre est possible mais rare, semble-t-il. Dans cette hypothèse, les agents restent le plus souvent en retrait, prêts à intervenir si nécessaire ; certaines personnes entendues par les contrôleurs ont regretté qu'ils n'interviennent pas systématiquement d'entrée ; d'autres se félicitent que la maîtrise de la personne en crise soit d'abord faite par des soignants.

La prescription de la contention se fait selon un protocole dit de bénéfice/risque. Il répond au tableau reproduit ci-dessous :

Prescription contention physique	
Prescription d'une contention physique	
Motif de la contention	<input type="checkbox"/> Prévention de chute <input type="checkbox"/> Agitation comportementale : dangereux pour lui-même <input type="checkbox"/> Agitation comportementale : dangereux pour autrui <input type="checkbox"/> Agitation liée à une phase de réveil : danger potentiel <input type="checkbox"/> Incapacité à observer une consigne médicale de repos strict <input type="checkbox"/> Négligence de l'hémicorps
Autre motif	
Bénéfice / Risque	
Type de contention prescrite	<input type="checkbox"/> Barrières de lit <input type="checkbox"/> Contention ventrale <input type="checkbox"/> Contention scapulaire <input type="checkbox"/> Contention ventrale et scapulaire <input type="checkbox"/> Tablette solidaire du fauteuil <input type="checkbox"/> Attaches de poignets <input type="checkbox"/> Attaches de chevilles <input type="checkbox"/> Gants <input type="checkbox"/> "Gigoteuse" <input type="checkbox"/> Autre type de contention <input type="checkbox"/> Unité sécurisée <input type="checkbox"/> Fenêtres verrouillées
Autre type de contention	
Pour les IDE	
ATTENTION VOUS ETES DANS LE CADRE D'UNE CONTENTION	
VOUS DEVEZ PROGRAMMER LES ACTIONS QUI EN DECOULENT	

Le département d'information médicale du centre hospitalier de Cahors recense 196 prescriptions de contention toutes causes confondues, en 2014. Les médecins urgentistes ont tenu à préciser que ce chiffre paraissant élevé correspondait à une prescription et non forcément à une contention réalisée, certaines étant prescrites « en cas de besoin » pour des patients agités ou alcoolisés et nécessitant un alitement strict. Ils précisent que ces prescriptions doivent être justifiées et réévaluées pour être validées.

Dans les situations de crises et selon les informations recueillies, il arrive que le psychiatre d'astreinte demande directement au personnel infirmier d'administrer un traitement au patient, sans en référer au préalable au médecin urgentiste. Il régularise la situation dans un second temps en précisant le traitement administré dans son observation écrite.

Tant que la situation n'est pas stabilisée, le patient agité reste dans un box de l'unité d'urgence. Quand son état le permet, il est transféré dans l'unité d'hospitalisation de courte durée, dans l'une des deux chambres destinées initialement à accueillir les personnes détenues provenant de la maison d'arrêt de Cahors avant que celle-ci ne ferme. Ces chambres sont dotées de fenêtres verrouillées et peuvent être surveillées de la chambre mitoyenne grâce à une large vitre qui les sépare et sur laquelle un store peut être baissé, en cas de besoin. La salle d'eau de ces chambres est équipée d'une douche à tuyau rigide plutôt que d'un tuyau souple pour prévenir les tentatives de pendaison. Ces deux chambres donnent sur un couloir qui permet de rejoindre le service des urgences. La porte de sortie de secours, qui donne sur l'extérieur, est munie d'un système d'alarme prévenant de toute tentative de sortie inopinée.

La contention est levée dès que possible et l'orientation la plus adaptée à la situation est organisée.

Lorsqu'une hospitalisation sous contrainte est nécessaire, le transfert se fait vers l'établissement hospitalier dont dépend le patient et, le plus souvent, lorsque le patient vit dans le Lot ou est sans domicile fixe, vers l'unité fermée d'hospitalisation et de crise ou vers un autre service fermé du site de Leyme. Sauf indication médicale particulière, le transport est effectué en ambulance, en l'absence d'accompagnement par un infirmier. Le temps d'attente afin que le transfert soit organisé est parfois long, de plusieurs heures, notamment la nuit. Le trajet de 80 km jusqu'au site de Leyme dure entre une heure et une heure et demie. Les liens de contention sont parfois maintenus le temps du voyage, sur prescription du médecin urgentiste, le psychiatre d'astreinte n'étant, en règle générale, plus sur place à l'arrivée de l'ambulance. D'après les propos recueillis, la contention est assez fréquente afin de ne pas exposer les ambulanciers en charge du transfert à une résurgence agressive. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'un patient devant être admis à Leyme en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat avait dû passer la nuit sous contention dans l'unité d'hospitalisation de courte durée en raison des intempéries rendant les routes impraticables.