



**Unité pour
malades difficiles
de Sarreguemines
(Moselle)**

2^{ème} visite

du 29 juin au 3 juillet 2015

SYNTHESE

Quatre contrôleurs du contrôle général des lieux de privation de liberté ont effectué une visite l'unité pour malades difficiles de Sarreguemines (Moselle) du lundi 29 juin au vendredi 3 juillet 2015.

Cet établissement a précédemment fait l'objet d'une visite, du 27 au 30 juillet 2009.

A l'issue de la présente visite, les contrôleurs ont rédigé un rapport de constat qui a été communiqué au directeur du centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines, le 2 octobre 2015. Celui-ci a répondu le 20 novembre 2015.

I/ Le centre hospitalier spécialisé (CHS), implanté à 2 km du centre-ville, attenant au centre hospitalier général, dessert une zone située au Nord-Est du département de la Moselle regroupant 215 375 habitants. Il est constitué de cinq pôles correspondant à quatre secteurs de psychiatrie adultes et à un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, d'une capacité totale de 518 lits.

1 – La réorganisation envisagée au sein de l'hôpital devrait permettre de réunir l'unité pour malades difficiles au sein d'une même entité et donc de renforcer sa cohérence.

En effet, au sein de cet établissement, les huit unités de l'unité pour malades difficiles (UMD), chacune de 18 lits (soit 144 lits au total), sont situées dans une zone distincte des unités de secteurs et sont réparties au sein de deux ensembles clos (l'un dénommé Lauzier et l'autre, Cabanis), comme c'était le cas lors de la précédente visite. Une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP est maintenant installée à l'intérieur de la partie Cabanis, avec une entrée commune, mais est séparée des autres unités de l'UMD par une clôture (cf. § 3.1).

Au sein l'UMD, deux services se partagent les huit unités : cinq (une du premier service et quatre du deuxième service) sont installées à Cabanis et trois (toutes du premier service), à Lauzier. Il est pris acte de la réorganisation prévue au sein de l'hôpital qui aura pour effet de regrouper les huit unités dans un même pôle, incluant par ailleurs l'USIP, les soins à la maison d'arrêt de Sarreguemines et la réadaptation psychosociale, ce qui devrait redonner de la cohérence à l'UMD. Elle permettra également aux psychiatres de se concentrer plus efficacement sur les soins à l'UMD, sans être obligés d'accorder des priorités à des soins dans les centres médico-psychologiques, jugés souvent plus urgents, et permettra d'harmoniser l'accès aux soins somatiques, organisés différemment dans les deux services (cf. § 3.2, 3.3 et 6.2).

2 – Si des évolutions positives sont intervenues depuis la précédente visite, un pavillon offre encore des conditions d’hébergement insatisfaisantes et un projet de remplacement devrait être envisagé.

Le pavillon 5, dont le mauvais état avait été relevé en 2009, a été fermé. Les unités sont toutes installées dans des bâtiments de construction récente, en bon état, à l’exception de celle occupant le pavillon 9.

Ce bâtiment est vétuste, même si quelques travaux y ont été réalisés pour améliorer les conditions de vie. Des chambres individuelles, dotées d’aucun mobilier autre qu’un lit et sans même un lavabo, ressemblent toutefois à des chambres d’isolement. De plus, des chambres doubles sont équipées d’un WC protégé par une simple cloison basse n’assurant qu’une protection minimale, n’empêchant ni le bruit ni les odeurs. Ces conditions d’hébergement ne garantissent pas l’intimité des patients. En l’absence de mobilier, les patients devant prendre leur repas en chambre sont contraints de s’asseoir sur le rebord du lit et de poser le plateau sur leurs genoux ; ces conditions sont d’autant plus indignes que les personnes restent parfois très longtemps dans ces unités. Les autres locaux, de taille réduite, ne répondent plus aux besoins et les professionnels travaillent dans de mauvaises conditions ; les visiteurs ne peuvent venir que le week-end car le seul local disponible est le bureau du cadre de santé. Le transfert de l’unité dans un bâtiment neuf devrait être rapidement mis à l’étude (cf. § 5.1.1.1, 5.2 et 5.4.1).

Par ailleurs, les dortoirs à trois lits, existant dans cinq unités, avec des lavabos alignés dans la chambre, les uns à côté des autres, et des WC placés dans un recoin non fermé par une porte, ne garantissent pas la dignité des patients et ne respectent pas leur intimité. Il en est de même, dans plusieurs unités, des oculi donnant directement sur les WC des salles d’eau des chambres (cf. § 5.1 et § 7.2.1).

Le pavillon 17, avec une unité au rez-de-chaussée et une autre à l’étage, a été mis en service depuis la précédente visite. Climatisé, avec des chambres individuelles bien équipées, il offre de bonnes conditions. Le seul regret que l’on peut formuler est l’absence de douches dans les chambres (cf. 5.1).

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

La cohésion des équipes et la solidarité de leurs membres sont à souligner. Les décisions difficiles se prennent véritablement en équipe et les psychiatres écoutent les avis des cadres de santé, des infirmiers et des aides-soignants. Chacun se sent ainsi reconnu dans son rôle. Le taux d’arrêt de travail est faible, malgré des actes de violence à l’encontre du personnel soignant (cf. § 3.3).

Une véritable réflexion sur les pratiques, associant médecins, infirmiers, psychologues et ergothérapeutes, est menée au sein de l’établissement, permettant d’aborder des sujets variés ; les relations sexuelles des patients en font partie. Celle relative à l’amélioration de la préparation à la sortie de l’UMD et du retour vers l’unité d’origine mérite d’être encouragée, d’autant que les patients indiquent être bien à l’UMD, avec des activités, des sorties et des libertés malgré l’espace clos, et craindre le retour, par peur de se retrouver en isolement ou en contention (cf. § 6.1.3).

Comme cela avait déjà été souligné à l'issue de la précédente visite, les activités sont nombreuses et variées, dont certaines requièrent de véritables savoir-faire (tapisserie, réfection de meubles...). Il s'agit d'un point fort, caractéristique de cette UMD.

Les patients peuvent ainsi accéder aux ateliers d'ergothérapie très rapidement après leur admission, en fonction des décisions médicales, sous le contrôle permanent de soignants. Ces ateliers sont très équipés, y compris avec des machines-outils. Les pécules versés aux patients pour le travail réalisé leur permettent par ailleurs d'effectuer quelques achats et d'améliorer leur ordinaire (cf. § 5.5).

Une équipe de soignants et de moniteurs prend en charge les activités sportives et, là encore, l'offre est importante et les installations, adaptées (cf. § 5.5.1.1 et 5.5.1.2).

Au sein des unités, les soignants organisent des activités, notamment les week-ends, en l'absence des ergothérapeutes et du personnel du service des sports (cf. § 5.5.2, 5.5.3.1 et 5.5.4.1).

Les sorties thérapeutiques, nombreuses, constituent également un autre point fort. Les patients peuvent en bénéficier très rapidement après leur admission, en fonction des décisions médicales. L'éventail des sorties est très large, allant de la promenade en ville pour faire des achats à celle en VTT ou à la pêche dans un étang. Le service des soignants est organisé en conséquence pour regrouper des effectifs importants les jours de sortie afin d'assurer l'encadrement nécessaire tout en poursuivant le service au sein des unités (cf. § 5.5.1.3).

Les cours des unités sont ouvertes en journée sous réserve de la présence d'un soignant, sauf au pavillon 9 où l'accès est libre en raison de sa configuration. Une partie, couverte, séparée de la cour proprement dite par des panneaux métalliques, est alors toujours accessible en journée, permettant aux fumeurs d'y accéder à leur rythme. Il convient d'observer que toutes les unités, même installées en étage, bénéficient d'un accès direct à cet espace (cf. § 5.5.3.2, 5.5.4.2 et 5.7).

Une salle d'audience a été créée dans de bonnes conditions au sein du centre hospitalier et le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Sarreguemines s'y déplace deux fois par semaine. L'organisation mise en place tient compte de la disponibilité des soignants accompagnateurs et des équipes de sécurité. Le temps d'attente des patients y est limité au maximum (cf. 4.8.2).

Le juge des libertés et de la détention prend du temps pour expliquer son rôle et écouter les patients. Il notifie directement sa décision à l'issue du délibéré à ceux présents à l'audience et l'explique. Ce mode de fonctionnement, pédagogique, mérite d'être souligné (cf. § 4.8.2.2).

Comme pour le téléphone, la règle pour recevoir des visites est la liberté et les interdictions constituent l'exception. Les modalités de prise de rendez-vous sont suffisamment souples pour s'adapter aux contraintes des familles habitant loin.

- Plusieurs évolutions positives sont également intervenues depuis la précédente visite :
- les familles paraissent mieux prises en compte par l'établissement qu'elles ne l'étaient lors de la précédente visite, malgré les difficultés liées à leur éloignement géographique ; cependant, des parcours souvent chaotiques conduisent certains patients à rompre tout lien familial et les proches ne sont pas toujours en mesure d'offrir un cadre soutenant et sécurisant (cf. § 2 et 4.4) ;
 - la commission départementale des soins psychiatriques reçoit désormais les patients de l'UMD lors de ses visites au centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines, comme le Contrôleur général des lieux de privations de liberté l'avait préconisé à l'issue de sa précédente visite (cf. § 4.10) ;
 - contrairement à ce qui avait été observé lors de la précédente visite, les téléviseurs sont désormais de bonne qualité et le nombre des chaînes est celui de la TNT (cf. § 5.5.3.3 et 5.5.4.3) ;
 - le centre hospitalier ne rencontre plus de difficultés pour que les patients réintègrent leurs unités d'origine après un séjour à l'UMD, telles qu'elles avaient été signalées lors de la précédente visite (cf. § 8).

III/ Certaines situations nécessiteraient cependant des améliorations.

En l'absence de centralisation des demandes d'admission en UMD et de leur examen à l'échelon national, les UMD se trouvent contraintes d'examiner un plus grand nombre de demandes sans être informées de celle présentées auprès des autres. Cette situation engendre donc des difficultés pour les établissements mais également et surtout pour les patients (cf. § 4.1.1).

Comme en 2009, l'établissement reçoit toujours des mineurs, ce qui constitue un sujet de préoccupation pour le personnel soignant d'autant plus que leur durée moyenne de séjour peut être longue, qu'aucun dispositif particulier relatif à leur prise en charge n'existe et qu'ils ne peuvent pas bénéficier d'un enseignement scolaire (cf. § 3.4).

Des pratiques différentes sont observées en ce qui concerne le port du pyjama et le placement à l'isolement au moment de l'admission : certains médecins appliquent la procédure d'admission de façon systématique et d'autres l'adaptent en fonction de l'état clinique du patient. Une réflexion devrait être engagée au sein des deux services afin d'harmoniser les pratiques (cf. § 4.1.2 et 6.1.1).

Si le livret d'accueil de l'hôpital est toujours fourni aux patients admis à l'UMD, des documents supplémentaires leur sont désormais remis. Cette bonne mesure, préconisée à l'issue de la précédente visite, mériterait d'être complétée par des précisions complémentaires pour les patients placés sous le régime de l'irresponsabilité pénale ou pour les patients détenus et la possibilité de saisir le Contrôleur général des lieux de privation de liberté devrait y être mentionnée. Par ailleurs, les règles de vie devraient être remises à chaque arrivant, comme cela se pratique déjà dans quelques unités (cf. § 4.2).

L'obligation faite aux patients de l'unité « 18 étage » de porter les vêtements de l'hôpital et non pas les leurs est une pratique d'autant plus mauvaise que ces vêtements ne

leur sont pas attribués pour la durée de leur séjour mais peuvent, après avoir été nettoyés, être portés par d'autres patients de la même unité (cf. § 5.3).

Les conditions matérielles dans lesquelles se déroulent les visites des proches ne sont cependant pas satisfaisantes dans toutes les unités en l'absence de salle affectée à cet usage car seules les unités du « 17 étage » et du « 17 rez-de-chaussée » en bénéficient (cf. § 4.4, 4.5 et 5.6.2). De même, seules ces deux mêmes unités disposent d'une salle prévue pour que les patients téléphonent. Dans les autres, les appels sont passés dans des locaux communs, n'offrant aucune confidentialité (cf. § 5.6.3).

Deux situations évoquées à l'issue de la précédente visite n'ont pas évolué :

- les pavillons des deux parties de l'unité pour malades difficiles sont toujours les seuls désignés par un numéro et un étage, alors que tous les autres immeubles de l'établissement portent des noms de plantes, ces dénominations étant de nature à induire en erreur les familles sur la configuration des bâtiments (cf. § 2 et 3.2) ;
- la tenue de service ne permet toujours pas de distinguer les infirmiers des aides-soignants (cf. § 3.3).

OBSERVATIONS

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

Bonnes pratiques :

1. Le juge des libertés explique son rôle et écoute les patients. Il notifie directement sa décision à l'issue du délibéré et l'explique (cf. § 4.8.2.2).
2. Le libre accès au tabac est la règle et les patients conservent leurs paquets de cigarettes dans des casiers fermés à clé. Par dérogation à ce principe, les soignants ne conservent que ceux des patients incapables de gérer seuls leur consommation ou de ceux qui, faibles, risquent d'être victimes de rackets (cf. § 5.7).
3. L'organisation de réunions entre les personnels soignants et les patients constitue une bonne pratique (cf. § 6.1.2).
4. La prise en charge des patients est menée en équipe et les décisions sont prises au cas par cas. Il en est ainsi pour les placements à l'isolement et les retraits séquentiels (cf. § 6.1.2 et 7.1)

Recommandations :

1. La tenue de service devrait permettre de distinguer les infirmiers des aides-soignants (cf. § 3.3).
2. Les pavillons des deux parties de l'unité pour malades difficiles devraient recevoir une dénomination obéissant aux mêmes normes que celles du reste de l'établissement - noms de plantes au lieu de numéros (cf. § 2 et 3.2) ;
3. La prise en charge des mineurs doit faire l'objet de mesures adaptées, notamment pour leur permettre l'accès à un enseignement scolaire (cf. § 3.4).
4. Compte tenu du nombre d'unités maintenant en fonctionnement, une réflexion devrait être engagée pour savoir si une régulation nationale ne devrait pas être mise en place, permettant de faciliter aussi des affectations dans des unités plus proches du centre d'intérêt géographique des patients, ce qui serait plus favorable au maintien des liens familiaux (cf. § 4.1.1).
5. Le pavillon 9 doit être rénové (cf. § 5.1.1.1, 5.2 et 5.4.1).
6. Les avocats, généralement commis d'office, devraient veiller à la confidentialité de leurs entretiens avec leurs clients qui devraient se dérouler dans un bureau dont la porte est fermée, hors la présence de tiers (cf. § 4.8.2.2).
7. Les certificats médicaux devraient être rédigés conformément aux exigences de la loi pour permettre au juge des libertés et de la détention de rendre une décision en disposant de tous les éléments nécessaires (cf. § 4.8.2.3 et 4.10).

8. Dans le registre de la loi, la rubrique relative aux audiences du juge des libertés et de la détention devrait être systématiquement renseignée comme le prévoit l'article L.3212-11 du code de la santé publique (cf. § 4.11).
9. Chacune des deux entités de l'UMD (Cabanis et Lauzier) dispose d'une cafétéria ouverte un jour sur trois (Lauzier) ou deux jours sur trois (Cabanis) et une équipe de soignants en assure le fonctionnement. Depuis une violente agression, les patients s'y succèdent par petits groupes d'une même unité alors que la cafétéria était jusqu'alors un point de rencontre et de convivialité ; son fonctionnement ressemble maintenant plus à celui d'une supérette où les patients viennent faire quelques achats. Ce sujet mériterait de faire l'objet d'une nouvelle réflexion (cf. § 5.5.3.4 et 5.5.4.4).
10. L'accès des patients à internet devait être envisagé (cf. § 5.6.4).

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE

OBSERVATIONS 7

TABLE DES MATIERES..... 9

RAPPORT

1 Les conditions de la visite 12

2 L'évolution par rapport a la précédente visite..... 13

3 Présentation générale de l'établissement..... 17

3.1 Présentation générale du centre hospitalier spécialisé 17

3.2 Présentation de l'unité pour malades difficiles 19

3.3 Les personnels..... 20

3.4 Les patients..... 23

3.5 L'activité 24

4 Les hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits 25

4.1 L'arrivée des patients 25

4.1.1 L'examen de la demande d'admission 25

4.1.2 La procédure d'accueil..... 26

4.2 Les informations données aux malades arrivants 28

4.3 La confidentialité des soins 29

4.3.1 La confidentialité de l'hospitalisation 29

4.3.2 L'accès au dossier médical..... 30

4.4 La place laissée aux familles 30

**4.5 La place de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)
31**

4.6 La protection juridique des majeurs..... 32

4.7 Les incidents et leurs traitement..... 32

4.7.1 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC)
32

4.7.2 La violence..... 33

4.7.3 Les évènements indésirables..... 33

4.7.4	La gestion des fugues	34
4.7.5	Les questionnaires de satisfaction (UMD)	34
4.8	La levée des mesures	35
4.8.1	Le collège des professionnels de santé	35
4.8.2	Le contrôle du juge des libertés et de la détention	35
4.9	La visite des autorités	40
4.10	Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)	40
4.11	La traçabilité sur le registre de la loi et le respect des procédures	40
5	Les conditions matérielles d'hospitalisation	41
5.1	L'hébergement	41
5.1.1	Au premier service	42
5.1.2	Deuxième service	45
5.2	La restauration	47
5.3	Les vêtements et le linge	48
5.4	L'hygiène	49
5.4.1	Au premier service	49
5.4.2	Au deuxième service	50
5.5	Les activités	52
5.5.1	Au plan central	52
5.5.2	Dans les unités	57
5.5.3	Au premier service	57
5.5.4	Au deuxième service	60
5.6	La communication avec l'extérieur	61
5.6.1	Le courrier	61
5.6.2	Les visites	61
5.6.3	Le téléphone	63
5.6.4	L'informatique et l'accès à Internet	64
5.6.5	Le droit de vote	65
5.6.6	L'exercice du culte	65
5.7	L'accès au tabac	65
5.8	L'argent des patients	66
5.9	L'organisation de la journée	67

5.10 La sûreté	68
6 Les soins	69
6.1 Les soins psychiatriques.....	69
6.1.1 L'admission du patient.....	69
6.1.2 Le suivi du patient et l'organisation des soins.....	70
6.1.3 La procédure de sortie des patients.....	72
6.2 Les soins somatiques	72
6.3 La dispensation des médicaments.....	73
7 Le recours à l'isolement et à la contention.....	73
7.1 La procédure d'isolement	73
7.2 Les chambres d'isolement.....	74
7.2.1 Au premier service.....	74
7.2.2 Au deuxième service.....	74
7.3 Le recours à la contention.....	75
7.4 La traçabilité.....	76
8 La commission de suivi médical	76
9 L'hospitalisation des patients détenus.....	77
10 Ambiance générale	78

RAPPORT

Contrôleurs :

- Michel Clémot, chef de mission ;
- Ludovic Bacq ;
- Dorothee Thoumyre ;
- Bonnie Tickridge.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Sarreguemines (Moselle) du lundi 29 juin au vendredi 3 juillet 2015.

Cet établissement a précédemment fait l'objet d'une visite effectuée du 27 au 30 juillet 2009.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'UMD, située au sein du centre hospitalier spécialisé, rue Calmette à Sarreguemines (Moselle), le lundi 29 juin à 17h et ont quitté l'établissement le vendredi 3 juillet à 10h30.

Ils ont été accueillis par la directrice adjointe en charge de la qualité, en l'absence du directeur du centre hospitalier spécialisé, également directeur du centre hospitalier général. Les contrôleurs ont rencontré le directeur le mercredi 1^{er} juillet.

Une réunion de début de visite a été organisée dès l'arrivée des contrôleurs avec :

- deux directrices adjointes ;
- le président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- les chefs de pôle des premier et deuxième services ;
- deux praticiens hospitaliers ;
- la directrice des soins ;
- deux cadres supérieurs de santé (du premier service et de l'ergothérapie) ;
- sept cadres de santé.

Le 3 juillet 2015 à 9h, à l'issue de la visite, les contrôleurs ont tenu une réunion avec le directeur, la directrice adjointe en charge de la qualité, le président de la commission médicale d'établissement, les deux chefs de service et la directrice des soins pour leur faire part des principaux enseignements provisoires tirés de la visite.

Le cabinet du préfet de la Moselle, préfet de la région Lorraine, préfet de la zone de défense et de sécurité Nord-Est, le président du tribunal de grande instance de Sarreguemines et le procureur de la République près le même tribunal ainsi que le délégué territorial de l'agence régionale de santé ont été informés de la visite.

Les contrôleurs se sont en outre entretenus par téléphone avec le président du tribunal de grande instance et avec un représentant de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM). Ils ont également rencontré un juge des libertés et de la détention.

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.

La présente mission a fait l'objet d'un rapport de constat, qui a été adressé au directeur du centre hospitalier spécialisé, le 2 octobre 2015 en lui demandant de faire part de ses observations. Celui-ci a répondu le 20 novembre 2015. Le présent rapport de visite en tient compte.

2 L'EVOLUTION PAR RAPPORT A LA PRECEDENTE VISITE

A l'issue de la précédente visite, un rapport avait été adressé le 7 mars 2011 au ministre du travail, de l'emploi et de la santé et à la ministre auprès de ce dernier, chargée de la santé. Celle-ci a répondu par courrier du 8 juin 2011.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait d'abord noté des éléments positifs :

S'agissant des activités	
Observations	<ul style="list-style-type: none"> • L'ergothérapie est particulièrement bien développée. • Un nombre substantiel de malades, évidemment autorisés à cette fin par le corps médical, pratiquent des activités. • Les activités sont variées et se déroulent dans des sites bien installés. • Le sport occupe une place importante et les équipements sont de bonne qualité (avec le terrain de sport de Lauzier et un gymnase).
Situation en juin/ juillet 2015	Ce point fort demeure (cf. § 5.5).

S'agissant des personnes détenues	
Observations	Elles ne sont pas vouées à l'isolement le temps de leur séjour et peuvent ainsi accéder à toutes les activités thérapeutiques, y compris celles qui sont collectives et, notamment, l'ergothérapie.
Situation en juin/ juillet 2015	Les personnes détenues sont toujours traitées de la même façon (cf. § 9).

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait ensuite formulé des observations relatives aux locaux :

S'agissant de l'état général	
Observations	<p>Les locaux sont très contrastés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • certains ont fait l'objet de travaux de rénovation (hébergement, lieux collectifs ;

	<ul style="list-style-type: none"> d'autres comportent des installations anciennes appelant une accélération de la rénovation ; dans beaucoup de pavillons, l'état des récepteurs de télévision laisse à désirer et permet la vision d'images de mauvaise qualité et de programmes restreints.
S'agissant en particulier du bâtiment 5 de l'unité Lauzier	
Observations	<ul style="list-style-type: none"> Les deux urinoirs et deux cuvettes de WC installés dans un couloir fréquenté, sont « isolés » par de simples cloisons mobiles perpendiculaires au mur des sanitaires et sans porte. Ils doivent être rapidement ou supprimés ou convenablement séparés. Certaines chambres collectives sont ou bien dans un état médiocre ou bien laissées dégradées pendant de longs délais. Les chambres individuelles ne comportent pas les éléments de confort minimal qu'on est en droit d'attendre (pas d'armoire) et les toilettes, sur lesquelles donnent des impostes de surveillance, ne garantissent pas l'intimité des patients. L'unité « 5 » devrait bénéficier d'un accès à une cour extérieure. Le matériel laisse parfois à désirer : l'accès au téléphone est possible, les malades ne disposent d'aucun local où ils peuvent tenir une conversation sans qu'un tiers ne l'écoute.
Réponse du ministre	<ul style="list-style-type: none"> Le centre hospitalier a mené d'importants travaux d'amélioration de ses structures immobilières : <ul style="list-style-type: none"> un nouveau bâtiment de 36 lits a été mis en service en 2010 ; des travaux de rénovation sont envisagés dans les trois pavillons dont la construction remonte au début des années 1990 et sont à l'étude. <p>L'aménagement des chambres n'a pas fait l'objet d'observations de la part des experts de la Haute autorité de santé.</p> <p>Les personnels ont été sensibilisés à la nécessité de respecter l'intimité des patients.</p> <p>La conception ancienne des bâtiments ne garantit pas toujours l'intimité téléphonique mais des téléphones sans fil sont utilisés en priorité.</p>
Situation en juin/juillet 2015	Le pavillon « 5 » est désormais fermé et deux unités sont maintenant installées dans un bâtiment (pavillon « 17 ») mis en service en 2010. Le pavillon « 9 » est désormais le plus vétuste mais un projet de restructuration existe (cf. § 5.1).

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait ensuite relevé des difficultés de fonctionnement :

S'agissant des appellations des bâtiments	
Observations	<ul style="list-style-type: none"> Il est regrettable que les pavillons des deux parties de l'unité pour malades difficiles soient les seuls désignés par un numéro et un étage, alors que tous les autres immeubles de l'établissement ont des noms qui les désignent.
Réponse du ministre	Sans réponse.
Situation en juin/juillet 2015	Cette situation demeure (cf. § 3.2).

S'agissant des formalités d'accueil	
Observations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'accent n'est pas suffisamment mis sur les spécificités de l'UMD par rapport au régime de droit commun, ce qui fait courir le risque d'une information insuffisante (le formulaire de notification des hospitalisations d'office n'est pas propre à l'UMD et fait en particulier le silence sur la commission du suivi médical –le livret d'accueil distribué est celui du CHS en général, sans développements particuliers pour l'UMD).
Réponse du ministre	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de leur admission, la plupart des patients bénéficie d'une présentation vidéo du centre hospitalier et de l'unité dans laquelle ils sont accueillis. Il est prévu de le généraliser. • Les documents nécessaires sont remis et expliqués à chaque patient dont l'arrêté d'admission à l'UMD qui fait mention de la commission de suivi médical. • Le document relatif aux droits et devoirs des patients a été modifié depuis la visite.
Situation en juin/ juillet 2015	Même si un document spécifique à l'UMD a été élaboré, l'information délivrée n'apparaît toujours pas suffisante (cf. § 4.2)

S'agissant des relations avec les familles	
Observations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les relations avec les familles sont quelque peu sous-estimées : • les familles ne sont guère associées aux projets de soins élaborés dans l'UMD ; • l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) n'intervient pas à l'UMD alors qu'elle est présente dans le centre hospitalier ; • aucun local pour l'accueil des familles n'a été prévu dans les différents pavillons).
Réponse du ministre	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas réellement de pièce dédiée à l'accueil des familles qui est donc organisé en fonction de la configuration de chaque unité. • certaines mesures ont fait l'objet d'une réflexion collective et ont été validées par les instances de l'établissement (dispositions pour assurer le bon déroulement des visites, plaquette d'information mentionnant notamment les coordonnées des associations de familles de patients). • certaines visites « sensibles » continuent à se dérouler en présence du personnel soignant, notamment pour éviter l'introduction d'objets ou de substances illicites.
Situation en juin/ juillet 2015	Si les familles paraissent mieux prises en compte que lors de la précédente visite, les visites au sein des unités s'effectuent dans des conditions difficiles en l'absence, fréquente, de salle affectée à cet usage (cf. § 4.4, 4.5 et 5.6.2).

S'agissant des soins somatiques	
Observations	<p>Les soins somatiques sont organisés différemment dans les deux unités, sans que rien ne le justifie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans l'une, un médecin somaticien vient deux fois par semaine y diagnostiquer les affections et dispenser les soins nécessaires ; • dans l'autre, ce sont les internes en psychiatrie qui font l'un et l'autre.

Réponse du ministre	<ul style="list-style-type: none"> • sans réponse.
Situation en juin/ juillet 2015	Cette situation demeure inchangée mais la création d'un pôle somatique au sein du CHS devrait permettre une harmonisation des pratiques (cf. § 6.2).

S'agissant des soins psychiatriques	
Observations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est souhaitable : <ul style="list-style-type: none"> • que la présence médicale soit assurée dans les UMD au même titre que dans les autres parties des secteurs concernés ; • que les psychologues soient mis à même de disposer d'un temps accru à consacrer à des patients pour lesquels un meilleur suivi serait positif ; • que des réunions d'échanges, notamment avec le psychiatre, puissent avoir lieu plus régulièrement en vue d'une mise au point de l'état des soins.
Réponse du ministre	<ul style="list-style-type: none"> • L'ergothérapie est particulièrement développée à l'UMD et les ergothérapeutes sont intégrés à l'équipe soignante, dans le cadre d'une prise en charge globale. • le pôle de réadaptation psychosociale de l'UMD propose des activités aux patients qui peuvent se rendre régulièrement à l'atelier d'ergothérapie. Celles-ci sont organisées au sein des unités et sont adaptées aux situations individuelles. • Le renforcement du nombre des psychiatres et des psychologues de l'UMD est en cours.
Situation en juin/ juillet 2015	Cette situation demeure inchangée mais le regroupement des unités de l'UMD au sein d'un même pôle permettra de regrouper les effectifs médicaux et d'harmoniser les pratiques (cf. 6.1).

S'agissant de l'organisation générale des services	
Observations	<ul style="list-style-type: none"> • Rien dans la tenue de service ne permette de distinguer les infirmiers des aides-soignants. • Certains professionnels s'expriment en dialecte local en présence de malades (même si ce n'est pas pour s'adresser directement à eux). • La présence d'un seul agent, la nuit, dans certaines unités, est une source d'insécurité pour les personnels.
Réponse du ministre	<ul style="list-style-type: none"> • Sans réponse sur les deux premiers points. • Les effectifs des personnels de nuit sont adaptés au fonctionnement de l'UMD, à savoir un agent présent de nuit pour dix patients, soit 14 agents pour 140 patients. Une équipe de sécurité est positionnée à proximité de l'UMD.
Situation en juin/ juillet 2015	La tenue de service ne permet toujours pas de distinguer les infirmiers des aides-soignants mais le dialecte local ne paraît plus utilisé (sauf cas très particulier). Le service de nuit est assuré par deux soignants par unité, à quelques exceptions près (cf. § 3.3).

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait enfin formulé des observations de nature générale :

S'agissant de l'isolement	
Observations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de traçabilité du placement en chambre d'isolement, hors le dossier médical, en l'absence de registre, est particulièrement fâcheuse pour une UMD.
Réponse du ministre	<ul style="list-style-type: none"> • Le contrôle de la traçabilité des mises en isolement est assuré trois fois par jour. Toutes les mesures de mise en isolement sont traçables. • Une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles est actuellement menée par l'établissement sur la pris en charge des patients faisant l'objet de mesures de restrictions de liberté.
Situation en juin/juillet 2015	<p>Selon la direction de l'hôpital, un outil informatique, mis en place à l'issue de la précédente visite, assurerait la traçabilité des isolements et des contentions et permettrait de reconstituer l'utilisation des chambres d'isolement, sans toutefois avoir été présenté aux contrôleurs durant la visite (cf. § 7.4).</p>

S'agissant de la sortie de l'UMD	
Observations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La réintégration, lors de la sortie de l'UMD, dans le précédent centre hospitalier de rattachement, est parfois problématique, alors même qu'il est prévu que le patient y retourne : • les procédures peuvent être relativement longues ; • l'établissement prévu peut refuser de prendre à nouveau en charge un patient dont l'envoi en UMD a été le résultat de graves difficultés, voire de violences. <p>Les solutions doivent être en tout état de cause trouvées par l'autorité compétente (obligation de résultat) pour que le malade ne soit pas le jouet d'intérêts divergents.</p>
Réponse du ministre	<ul style="list-style-type: none"> • Les difficultés de sortie des patients sont très rares. • Hormis le cas d'un patient pour lequel la réintégration dans l'établissement d'origine a pris plusieurs mois, aucun patient n'est resté hospitalisé alors que la commission de suivi médical avait statué en faveur d'une sortie.
Situation en juin/juillet 2015	<p>Les difficultés évoquées lors de la visite de 2009 semblent ne plus exister (cf. § 8).</p>

3 PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 Présentation générale du centre hospitalier spécialisé

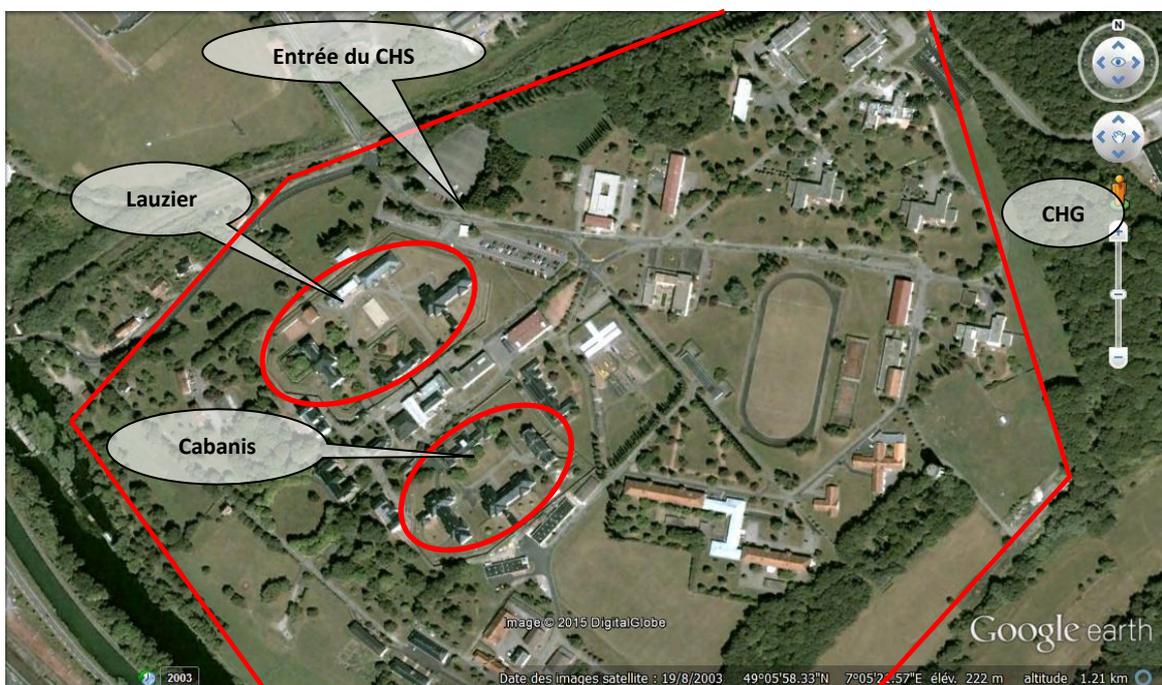
Sarreguemines, ville de 21 605 habitants¹, proche de la frontière franco-allemande, est le siège d'une sous-préfecture et d'un tribunal de grande instance. L'aire urbaine accueille 45 579 habitants.

¹ Recensement de 2012 – source INSEE.

Le centre hospitalier spécialisé (CHS) est implanté à 2 km du centre-ville et le centre hospitalier général est installé sur un terrain attenant.

Le CHS est constitué de cinq pôles correspondant aux quatre secteurs de psychiatrie adultes (57 G 10 Bitche – 57 G 11 Freyming-Merlebach – 57 G 12 Forbach – 57 G 13 Sarreguemines) et à l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. L'établissement dessert une zone située au Nord-Est du département de la Moselle regroupant 215 375 habitants.

Au sein du CHS, les huit unités de l'unité pour malades difficiles (UMD) sont situées dans une zone distincte des unités de secteurs et sont réparties au sein de deux ensembles clos (l'un dénommé Lauzier et l'autre, Cabanis), comme c'était le cas lors de la précédente visite. Une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), en construction en 2009, fonctionne désormais ; elle est installée à l'intérieur de la partie Cabanis, avec une entrée commune, mais est séparée des autres unités de l'UMD par une clôture.



Vue générale du centre hospitalier spécialisé et de l'unité pour malades difficiles (avec le centre hospitalier général à l'Est – ne figure pas sur cette vue aérienne)

Le CHS a une capacité de 518 lits dont 305 en secteurs, 144 en UMD, 15 en USIP, 24 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 30 en unité de soins de longue durée (USLD). Il dispose également d'un hôpital de jour. La blanchisserie et la cuisine travaillent également au profit de l'hôpital général et de l'hôpital de Bitche.

Les unités de secteur, qui portent des noms de plantes (Myosotis, Mimosas, Lierres, Glycines...) sont dispersées sur un terrain de 54 hectares, dans un ensemble verdoyant, et sont desservies par des rues. Des panneaux directionnels facilitent la circulation. Des aires de stationnement sont prévues pour les véhicules des visiteurs à l'extérieur de l'établissement, avant le franchissement des barrières du poste d'entrée, et d'autres le sont à l'intérieur, pour les professionnels.

La ville bénéficie de l'important réseau routier de la région et est desservie par le réseau ferré (avec des lignes la reliant à Strasbourg, à Sarrebourg et, via Forbach, à Metz). Une ligne de bus permet de rejoindre le centre hospitalier même si les horaires sont espacés.

3.2 Présentation de l'unité pour malades difficiles

L'unité pour malades difficiles est constituée de huit unités de soins installées dans deux enceintes distinctes, séparées par une rue, et relevant de deux services :

- le premier service avec les unités des pavillons « 9 » (construit en 1875 et restructuré en 1954), « 18 rez-de-chaussée » et « 18 étage » (construits en 1994) – ces trois unités sont situées à Lauzier – et « 17 étage » (construit à partir de 2008 et occupé depuis 2010) – située à Cabanis ;
- le deuxième service avec les unités des pavillons « 6 rez-de-chaussée » et « 6 étage » (construits en 1993), « 4 étage » (construit en 1998) et « 17 rez-de-chaussée » (construit à partir de 2008 et occupé depuis 2010) – toutes situées à Cabanis.

Chaque unité regroupe dix-huit lits (soit 144 lits pour l'UMD).



L'unité pour malades difficiles

Légende :

- | | |
|---|--|
| 1 – Pavillon « 9 » | 2 – Pavillons « 18 rez-de-chaussée » et « 18 étage » |
| 3 – Ateliers d'ergothérapie et salle de sport | 4 – Cafétéria |
| 5 – Ancien pavillon « 5 » | 6 – City stade |
| 7 - Pavillons « 6 rez-de-chaussée » et « 6 étage » | 8 – Pavillons « 17 rez-de-chaussée » et « 17 étage » |
| 9 – Pavillon « 4 » | 10 - Ateliers d'ergothérapie et cafétéria |
| 11 - Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) | |

Comme en 2009, ces unités sont les seules du CHS à être désignées par un numéro de bâtiment éventuellement complété par une précision relative à l'étage. Il a été indiqué que des

familles pensaient ainsi que « 18 étage » signifiait que l'unité était installée au 18^{ème} étage d'un bâtiment.

Une cafétéria et des ateliers d'ergothérapie sont installés à Lauzier et d'autres à Cabanis.

Un city stade et deux salles de sports, dont une récemment construite, sont implantés dans l'enceinte de Lauzier et de Cabanis.

Le pavillon « 5 » de Lauzier, dont le très mauvais état avait été relevé lors de la précédente visite, a été fermé et les deux unités ont été réinstallées dans un bâtiment neuf (bâtiment 17), depuis 2010. Ce pavillon « 5 » existe toujours mais n'est plus utilisé.

Un portail, pour les véhicules, et une loge, pour les piétons, donnent accès à l'intérieur de chacune des deux enceintes.

Un projet de réorganisation existe et a été approuvé en commission médicale d'établissement. Il s'agit de regrouper les unités de l'UMD au sein d'un pôle incluant également l'USIP, les soins à la maison d'arrêt de Sarreguemines et la réadaptation psychosociale. Les personnes rencontrées par les contrôleurs durant la visite ont fait part de leur accord sur le nouveau concept.

3.3 Les personnels

Les psychiatres qui travaillent dans les unités de l'UMD n'ont pas d'activités dans les unités de secteurs en intra-hospitalier mais des activités programmées dans les centres médico-psychologiques. Il a été indiqué que, dans ces conditions, l'UMD constituait une variable d'ajustement car les interventions dans les centres médico-psychologiques revêtaient souvent un caractère prioritaire et que des consultations en UMD, qui ne présentaient pas la même urgence, pouvaient être plus facilement reportées. La réorganisation évoquée *supra* devrait permettre de corriger cette situation.

Au premier service, trois médecins prennent en charge les quatre unités : un au pavillon 9, un pour les pavillons « 18 rez-de-chaussée » et « 18 étage », un pour le pavillon « 17 étage ».

Au deuxième service, deux praticiens hospitaliers se répartissent leur temps de présence au sein des unités.

Un interne est également présent dans chacun des deux services.

Il convient de préciser que lors de la visite, un poste de praticien hospitalier était vacant dans chacun des services.

Quatre psychologues, totalisant 1,65 ETP, interviennent dans les différentes unités. Selon les documents transmis, aucun d'eux ne prenait en charge l'unité « 4 étage ».

Trois assistantes sociales (pour, au total, 0,80 ETP) se partagent les huit unités de l'UMD.

Un cadre de santé est affecté dans chaque unité. Les infirmiers sont, volontairement, en nombre nettement plus important que les infirmières.

A la date de la visite, les personnels non médicaux se répartissent ainsi :

- au premier service :

Grades	« 17 étage »			Pavillon 9			« 18 rez-de-chaussée »			« 18 étage »			TOTAL		
	R ²	C ³	D ⁴	R	C	D	R	C	D	R	C	D	R	C	D
Cadres	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	4	4	0
Infirmières	3	4	-1	4	4	0	3	4	-1	2,8	4	-1,2	12,8	16	-3,2
Infirmiers	16,6	14,5	+2,1	15	14,5	+0,5	15	14,5	+0,5	15	14,5	+0,5	61,6	58	+3,6
Sous-total infirmiers (H et F)	19,6	18,5	+1,1	19	18,5	+0,5	18	18,5	-0,5	17,8	18,5	-0,7	74,4	74	+0,4
Educateurs spécialisés	1	0	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	+1
Aides-soignants	4	5,7	-1,7	5	5,7	-0,7	6	5,7	+0,3	7	5,7	+1,3	22	22,8	-0,8
TOTAL	25,6	25,2	+0,4	25	25,2	-0,2	25	25,2	-0,2	25,8	25,2	+0,6	101,4	100,8	+0,6

- au deuxième service :

Grades	« 4 étage »			»17 rez-de-chaussée »			« 6 rez-de-chaussée »			« 6 étage »			TOTAL		
	R	C	D	R	C	D	R	C	D	R	C	D	R	C	D
Cadres	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	4	4	0
Infirmières	3,6	4	-0,4	3	4	-1	2,8	4	-1,2	3	4	-1	12,4	16	-3,6
Infirmiers	15,9	14,5	+1,4	16	14,5	+1,5	16,8	14,5	+2,3	15	14,5	+0,5	63,7	58	+5,7
Sous-total infirmiers (H et F)	19,5	18,5	+1	19	18,5	+0,5	19,6	18,5	+1,1	18	18,5	-0,5	76,1	74	+2,1
Aides-soignants	5	5,7	-0,7	4,8	5,7	-0,9	5	5,7	-0,7	6	5,7	+0,3	20,8	22,8	-2
TOTAL	25,5	25,2	+0,3	24,8	25,2	-0,4	25,6	25,2	+0,4	25	25,2	-0,2	100,9	100,8	+0,1

² R : réel.

³ C : cible.

⁴ D : différence entre l'effectif réel et l'effectif cible.

Comme lors de la précédente visite, aucun signe distinctif ne permet de distinguer les infirmiers et infirmières des aides-soignants ; seule une inscription portée sur une étiquette de la blouse blanche en fait état. Contrairement à la visite de 2009, aucun usage du dialecte mosellan, préjudiciable aux patients, n'a été observé. Une infirmière a indiqué n'avoir recours au patois local qu'en s'adressant (parfois) à un patient bien identifié, originaire de la région, pour mieux attirer son attention.

En journée, cinq soignants sont présents dans les unités. Le service de nuit est assuré par les soignants, sans qu'il y ait des équipées dédiées. Deux professionnels sont alors présents dans chaque unité, l'effectif étant réduit à un seul une fois toutes les quinze jours (alors que l'effectif est de deux dans toutes les autres unités).

Le pôle de réadaptation psychosociale travaille au profit de l'ensemble des unités de soins du CHS. Dirigé par un cadre supérieur de santé et un cadre de santé, les professionnels font fonctionner la cafétéria centrale, les ateliers d'ergothérapie des unités de secteur et ceux de l'unité pour malades difficiles et les activités sportives :

Grades	Direction du pôle			Cafétéria centrale et secteurs			Ergothérapie Lauzier			Ergothérapie Cabanis			Sports			TOTAL		
	R	C	D	R	C	D	R	C	D	R	C	D	R	C	D	R	C	D
Cadre supérieur	1	1	0													1	1	0
Cadre	1	1	0													1	1	0
Infirmier (H et F)				4,2	3	1,2	5,8	7	-1,2	8	6	2	5	4	1	23	20	3
Aide-soignant				3	0	+3	2	2	0							5	2	3
Moniteur éducation physique													2	4	-2	2	4	-2
Ergothérapeutes																		
Maîtres ouvriers				1	0	1												
Agents d'entretien				3	4,2	-1,2												
Ouvriers professionnels				0	0,5	-0,5	0	1	-1	1	1	0				1	2,5	-1,5
Adjoint adm.	1	0,8	0,2															
TOTAL	3	2,8	0,2	14	10,2	-3,8	11,4	15	-3,6	12,3	11	1,3	7	8	-1	47,7	47	0,7

Il a été indiqué que, malgré des actes de violence, le taux d'arrêt de travail est faible. Les personnels déclarent ces accidents mais demeurent généralement présents à leur poste.

La cohésion des équipes et la solidarité de ses membres ont été fréquemment soulignées lors des différents entretiens. Les contrôleurs ont aussi observé que les décisions difficiles se prenaient véritablement en équipe et que les psychiatres écoutaient les avis des cadres de santé, des infirmiers et des aides-soignants.

3.4 Les patients

A la date de la visite, 137 patients étaient admis à l'UMD (69 dans les unités du premier service et 68 dans celles du deuxième), soit un taux d'occupation de 95,14 %. La répartition était la suivante :

Unité	Nombre de lits	Nombre de patients
1^{er} service		
Pavillon 9	18	18
« 18 rez-de-chaussée »	18	18
« 18 étage »	18	15
« 17 étage »	18	18
Total 1^{er} service	72	69
2^{ème} service		
« 4 étage »	18	18
« 6 rez-de-chaussée »	18	16
« 6 étage »	18	17
« 17 rez-de-chaussée »	18	17
Total 2^{ème} service	72	68

La moyenne d'âge était de 36 ans ; trois patients étaient mineurs (un de 16 ans et deux de 17 ans) ; le plus âgé avait 77 ans. La répartition des âges était la suivante :

Mineurs	De 19 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	Plus de 70 ans
3	39	44	31	13	6	1

En moyenne, ces patients séjournait à l'UMD depuis 2 ans et 3 mois :

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 à 5 ans	De 5 à 10 ans	De 10 à 15 ans	De 15 à 20 ans	Plus de 20 ans
57	27	38	8	0	4	3

Les trois patients présents depuis le plus longtemps séjournait depuis le 18 janvier 1988 (soit plus de 27 ans), le 18 avril 1991 (soit plus de 24 ans) et le 25 mai 1995 (soit plus de 20 ans).

La place des mineurs en UMD, au milieu des adultes, est un sujet qui a été spontanément abordé par des soignants. Leur temps de présence peut être long : le premier y était admis depuis un an, le deuxième depuis deux ans et le troisième depuis deux ans et neuf mois (il avait moins de

14 ans lors de l'admission). Un des mineurs était originaire des Vosges⁵ et les deux autres, de Seine-Saint-Denis⁶. Par ailleurs, aucune activité scolaire n'est prévue.

Près de 20 % des patients provenaient d'hôpitaux de Lorraine, près de 15 % des régions limitrophes (Alsace, Champagne-Ardenne et Franche-Comté) et plus de 25 % de régions proches (Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France, Picardie et Bourgogne).

En revanche, près de 10 % provenaient d'établissements du Sud de la France (Aquitaine, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte-d'Azur) et 5 % d'outre-mer.

Globalement, les contrôleurs ont également observé :

- qu'un grand nombre provenaient de l'hôpital de Sarreguemines (dix-huit patients, soit l'équivalent d'une unité) ; la quasi-totalité venait toutefois de l'USIP, qui accueillent des personnes adressées par des hôpitaux de Lorraine et d'Alsace ;
- que quelques patients provenaient d'hôpitaux au sein desquels existaient une UMD (Villejuif, Bron, Cadillac).

3.5 L'activité⁷

Le taux d'occupation des unités reste important :

Unité	2011	2012	2013
1^{er} service			
Pavillon 9	96,91 %	97,63 %	96,21 %
« 18 rez-de-chaussée »	95,78 %	93,02 %	95,39 %
« 18 étage »	88,09 %	87,63 %	91,95 %
« 17 étage »	91,16 %	94,55 %	94,57 %
2^{ème} service			
« 4 étage »	88,68 %	82,40 %	89,03 %
« 6 rez-de-chaussée »	94,44 %	89,27 %	93,82 %
« 6 étage »	89,01 %	81,09 %	89,27 %
« 17 rez-de-chaussée »	82,41 %	83,92 %	89,81 %

La durée moyenne de séjour (DMS) a varié de 148 jours (soit environ 5 mois) à 234 jours (soit environ 7 mois et demi), selon les unités et les années :

⁵ 180 km entre Mirecourt (Vosges) et Sarreguemines par la route et environ 5 heures de déplacement par voie ferrée.

⁶ 400 km entre Bobigny et Sarreguemines par la route et 4 heures de déplacement par voie ferrée.

⁷ Source : rapport d'activité et de gestion de l'année 2013.

Unité	2011	2012	2013
1^{er} service			
Pavillon 9	198,87	214,40	234,11
« 18 rez-de-chaussée »	170,08	197,68	164,92
« 18 étage »	179,68	148,63	193,24
« 17 étage »	230,35	173,03	188,27
2^{ème} service			
« 4 étage »	193,39	173,64	171,50
« 6 rez-de-chaussée »	193,91	202,79	171,22
« 6 étage »	205,77	156,64	193,47
« 17 rez-de-chaussée »	204,11	243,17	173

4 LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

4.1 L'arrivée des patients

La procédure d'admission des patients à l'UMD est définie par un protocole élaboré au mois de mars 2013 et définitivement approuvé par la direction du centre hospitalier le 8 octobre 2013.

Les termes de ce protocole reprennent en grande partie la procédure qui avait été observée par les contrôleurs lors de leur visite de 2009.

4.1.1 L'examen de la demande d'admission

La demande d'admission est adressée, par le service demandeur, à l'un des deux chefs de pôle de l'UMD. Elle peut également être envoyée au service des admissions qui la transmet au chef de pôle concerné.

Cette demande peut prendre la forme d'un courrier ou d'un appel téléphonique ; cependant, lorsqu'elle est orale, elle doit ensuite être formalisée par un écrit.

Le service demandeur doit motiver sa demande et préciser l'étiologie de la pathologie du patient, son traitement ainsi que la problématique qu'il présente.

Le chef de pôle saisi apprécie librement l'opportunité de la demande qui lui est présentée et la réponse à y apporter, en tenant compte notamment du profil du patient, de l'urgence de la situation et du nombre de places disponibles dans le service. Il a été précisé aux contrôleurs qu'une réponse favorable était quasiment systématiquement apportée aux demandes de réadmission d'un patient ayant déjà séjourné auparavant à l'UMD.

Lorsque la réponse du chef de pôle est défavorable, la demande est transmise à son homologue de l'autre service pour qu'il puisse statuer à son tour dessus.

Lorsqu'une réponse favorable est apportée à la demande, la personne est placée sur liste d'attente. Selon les informations recueillies, le délai d'attente avant l'admission effective est d'environ deux mois, au maximum de trois mois, car les demandes d'admission sont refusées

lorsque la liste d'attente excède ce délai. Une admission immédiate peut néanmoins être organisée lorsque la situation présente un caractère d'urgence, par exemple lorsque le patient concerné a porté atteinte à la vie d'un soignant du service demandeur.

En 2014, 308 demandes d'admission ont été reçues à l'UMD, 185 ont reçu un avis favorable et 123 ont été refusées. Selon les informations recueillies, les refus sont motivés, pour l'essentiel, par le manque de places à l'UMD.

Parmi les 185 accords, 82 ont fait l'objet d'une annulation.

Il a été précisé aux contrôleurs que les annulations avaient deux causes principales : soit l'état du patient s'est amélioré entre la demande d'admission et la libération d'une place pour procéder à l'admission effective, soit le patient a été admis dans une autre UMD plus rapidement.

En effet, comme les contrôleurs l'avaient déjà remarqué en 2009, les services demandeurs adressent le plus souvent leur demande d'admission auprès de plusieurs UMD afin de multiplier leurs chances d'obtenir une réponse favorable dans des délais courts. Les contrôleurs ont noté que cette pratique, qui s'explique par l'absence de centralisation des demandes d'admission en UMD à l'échelon national et de leur examen, engendre des difficultés pour les UMD qui se trouvent ainsi contraintes d'examiner un plus grand nombre de demandes sans être informées des demandes présentées auprès des autres, mais également et surtout pour les patients.

Ceux-ci sont admis dans l'UMD qui apporte la réponse favorable la plus rapide, sans qu'il soit tenu compte de la distance géographique la séparant de leur région d'origine et de leur famille. Paradoxalement, un patient se trouvant hospitalisé en psychiatrie de secteur à Cadillac (Gironde) et dont la famille réside à proximité de Cadillac, peut se retrouver transféré à l'UMD de Sarreguemines alors même que celle de Cadillac aurait apporté une réponse favorable à la demande, pour la seule raison qu'un lit se sera libéré plus rapidement à Sarreguemines. Le maintien des liens familiaux des patients s'en trouve nécessairement fragilisé. Au jour de la visite, seuls 20 % des patients provenaient d'hôpitaux proches de Sarreguemines (cf. § 3.4).

Il a été précisé aux contrôleurs qu'une réflexion serait actuellement en cours, à l'initiative de l'UMD de Villejuif, afin d'envisager la mise en place d'une plateforme nationale centralisant les demandes d'admission. Aucune réunion ni groupe de travail n'avaient cependant été organisés à ce sujet.

4.1.2 La procédure d'accueil

Le transfert du patient admis à l'UMD de Sarreguemines est pris en charge par l'hôpital d'origine. Il est demandé à ce que l'accompagnement du patient soit effectué par une équipe composée d'au moins un soignant participant à ses soins dans l'unité d'origine, afin de pouvoir échanger sur le patient. Il a été indiqué aux contrôleurs que, dans certains hôpitaux, par exemple à Paris, les patients sont accompagnés par des équipes soignantes dédiées aux transferts, qui ne connaissent pas le patient et ne peuvent donc pas échanger utilement avec les soignants de l'UMD.

Le service d'origine du patient est invité à remettre au patient une somme d'argent liquide pour subvenir à ses besoins personnels sur une période d'environ un mois, ainsi qu'à lui fournir une cartouche de cigarettes et un trousseau comprenant une tenue vestimentaire de ville complète, une paire de chaussure et une paire de pantoufles, un rasoir électrique et un cadenas.

A l'arrivée du patient, les soignants accompagnateurs se présentent au service des admissions, puis à l'unité de coordination des soins (cf. § 5.10) pour connaître l'unité dans laquelle le patient doit être accueilli.

L'accueil du patient est organisé directement en unité par le personnel soignant. Si l'état du patient le permet, l'accueil se déroule en trois étapes.

En premier lieu, un entretien avec le patient est organisé par le personnel soignant. Cette première prise de contact a pour objectif de rassurer le patient, lui présenter l'unité, son fonctionnement et lui faire éventuellement visiter les lieux. Des documents présentant l'UMD lui sont remis et les décisions de placement en soins psychiatriques sous contrainte et en UMD lui sont notifiées de nouveau.

Il a été précisé aux contrôleurs que les patients n'étaient admis à l'UMD qu'après leur premier passage devant le juge des libertés et de la détention, au motif que le délai de premier passage devant ce juge étant court (douze jours), il serait difficile pour les médecins de l'UMD, faute de délai d'observation suffisant, de procéder à la réalisation des certificats médicaux devant être joints à la procédure. Ainsi, lorsque le patient arrive à l'UMD, il s'est déjà vu notifier, dans son établissement d'origine, le placement en soins psychiatriques sous contrainte et la première ordonnance rendue par le juge des libertés et de la détention.

Lors de leur visite de 2009, les contrôleurs avaient constaté que le formulaire de notification utilisé n'était pas spécifique à l'UMD. Celui-ci évoquait par exemple la possibilité de sorties d'essai et ne mentionnait pas la commission de suivi médical. Les contrôleurs ont constaté, en 2015, que les imprimés de notification ne portent plus mention d'informations autres que les références et le sens de la décision notifiée.

Lorsque le patient n'est pas en capacité de signer l'imprimé de notification, deux infirmiers le signent et attestent de cette incapacité.

En deuxième lieu, le patient est invité à se mettre en pyjama après avoir été fouillé. Il est alors placé en chambre d'isolement pour un temps d'observation qui peut durer, selon les cas, entre un et sept jours. Lorsque le patient a déjà été accueilli à l'UMD peu de temps auparavant, cette étape peut être raccourcie et ne durer qu'une demi-journée.

Un inventaire des effets personnels du patient est alors réalisé en présence du patient et signé par lui. Cet inventaire s'accompagne d'un tri entre les effets que le patient est autorisé à conserver en salle et les autres.

Enfin, le patient est reçu par le médecin somaticien pour que soit réalisé un examen médical. Il est procédé à la prise des paramètres (pouls, température, taille, poids...) et au dépistage d'éventuels problèmes physiques et somatiques.

Le patient rencontre le médecin psychiatre responsable de l'unité lors de son prochain temps de présence.

Lorsque l'état du patient à l'arrivée ne permet pas la réalisation de ces différentes étapes, il est placé en chambre d'isolement et les soignants s'attachent à échanger avec lui pour tenter de le rassurer. L'examen médical, la transmission des informations et l'inventaire des biens sont différés.

Durant la procédure d'accueil, un temps d'échange est également prévu avec les accompagnateurs du patient. Les soignants leur présente l'unité, son fonctionnement et leur explique ou réexplique le rôle de l'UMD. Une brochure de présentation de l'UMD leur est remise.

4.2 Les informations données aux malades arrivants

A l'arrivée du patient, ou dans les jours qui suivent selon son état, celui-ci se voit remettre un livret d'accueil.

Lors de leur visite de 2009, les contrôleurs avaient formulé l'observation suivante : « *Le livret d'accueil remis à l'arrivée des patients est celui du centre hospitalier spécialisé. Il devrait être complété par un document spécifique pour les UMD* ».

Les contrôleurs ont constaté, en 2015, que le livret d'accueil remis aux patients est toujours celui de l'hôpital.

Cependant des documents spécifiques à l'UMD ont désormais été élaborés et accompagnent le livret d'accueil. Il s'agit de documents de présentation du statut juridique sous lequel le patient est admis à l'UMD et de ses droits. Ils sont au nombre de trois, l'un étant destiné aux malades admis sous le régime de l'irresponsabilité pénale (article L.122-1 du code pénal), l'autre à ceux admis sur décision du représentant de l'Etat et le dernier aux patients détenus (article D.398 du code de procédure pénale).

Les contrôleurs ont relevé plusieurs incohérences ou insuffisances dans les informations portées dans ces documents :

- s'il est fait mention des règles relatives aux sorties thérapeutiques dans les documents remis aux patients admis sur décision du représentant de l'Etat et à ceux qui sont détenus, il n'en est pas fait mention sur le document remis aux patients sous le statut de l'irresponsabilité pénale alors que, contrairement aux patients détenus, ils peuvent en bénéficier ;
- s'il est fait mention de l'audience devant le juge des libertés et de la détention dans les documents remis aux patients sous le statut de l'irresponsabilité pénale et à ceux admis sur décision du représentant de l'Etat, aucune mention n'en est faite sur le document remis aux patients détenus alors qu'ils sont convoqués devant ce magistrat comme les autres ;
- il n'est fait mention, ni dans le livret d'accueil, ni dans les documents spécifiques à l'UMD, de la possibilité pour les patients de saisir le Contrôleur général des lieux de privation de liberté⁸. Cette possibilité constitue un droit dont le patient doit être informé à son arrivée (article L3211-3, 3° du code de la santé publique).

Le patient se voit également remettre un feuillet d'information sur les modalités d'accès au dossier médical et le règlement intérieur de l'UMD. Ce dernier a été élaboré en avril 2006 et

⁸ Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur du centre hospitalier spécialisé précise que les informations relative au Contrôleur général des lieux de privation de liberté sont affichées dans le couloir du « 17 rez-de-chaussée ». Les contrôleurs ont bien vu une affiche les concernant dans ce couloir, mais il s'agissait de l'affiche d'information sur leur visite, qu'ils avaient adressée à l'hôpital quelques jours avant leur arrivée et non d'une affiche expliquant le rôle de l'institution et les modalités pour la saisir.

présente les dispositions applicables aux UMD, les droits et devoirs des patients ainsi que les règles de vie quotidienne à l'UMD.

Les règles de vie de l'unité sont transmises aux patients lors des premiers entretiens avec le personnel soignant. Chaque unité assure la présentation de son fonctionnement librement. Dans la plupart des unités, la présentation est simplement orale mais les contrôleurs ont pu constater que, dans certaines unités, elle s'accompagnait de la remise d'un document écrit présentant les règles de vie de l'unité (pavillon 18 et pavillon 17 « rez-de-chaussée ») ou de la projection d'un diaporama dans certaines unités.

Il est enfin demandé au patient, lors de son arrivée, de procéder à la désignation d'une personne de confiance en remplissant un formulaire prévu à cet effet. Il a été précisé aux contrôleurs que, lorsque le patient bénéficie d'une mesure de tutelle, il est invité à mentionner le nom de son tuteur en qualité de personne de confiance. Dans les autres cas, aucune suggestion n'est adressée au patient. Le patient peut refuser de désigner une personne de confiance. Il est fait alors mention de ce refus sur l'imprimé de désignation. Selon les informations recueillies, la plupart des patients procèdent à cette désignation.

Les différents imprimés d'information des patients ne sont pas traduits en langue étrangère. Il a été précisé aux contrôleurs qu'en cas d'admission à l'UMD d'une personne étrangère ne comprenant ou ne lisant pas le français, les informations lui sont traduites oralement par le personnel soignant. L'UMD dispose en effet de personnels soignants parlant les langues étrangères les plus courantes ; la liste est fournie aux unités. En cas de difficultés, il peut être fait appel à un traducteur, le centre hospitalier disposant de la liste des interprètes inscrits auprès de la Cour d'appel de Metz.

Durant leur visite, les contrôleurs ont constaté la présence à l'UMD d'une personne de nationalité nigérienne. Celle-ci ne comprenait pas le français et parlait un anglais peu courant. Les soignants ont indiqué aux contrôleurs parvenir à échanger avec elle sur les questions de vie quotidienne simple, mais éprouver des difficultés pour lui notifier les décisions administratives et juridiques la concernant et pour lui expliquer les règles de procédure, en raison de la technicité du vocabulaire à employer. Selon les informations recueillies, une demande d'interprète aurait été adressée aux services administratifs du centre hospitalier pour procéder aux notifications, mais demeurée sans réponse. Cependant, les contrôleurs n'ont trouvé aucune trace de cette demande au service des admissions, habituellement destinataire de ce type de demandes.

4.3 La confidentialité des soins

4.3.1 La confidentialité de l'hospitalisation

Tout patient souhaitant que son anonymat soit préservé durant son hospitalisation doit l'indiquer au personnel soignant au moment de son admission. Celui-ci transmet l'information au personnel du bureau des entrées qui la communique à la structure de coordination des soins (SCS – cf. § 5.10), en charge de gérer les appels téléphoniques destinés aux patients hospitalisés à l'UMD. Dans la pratique, il apparaît qu'aucun des patients n'en fait la demande.

Il existe également une procédure de filtre des appels par la structure de coordination des soins (SCS). Lorsqu'il s'agit d'un appel concernant un patient pour lequel les agents de la SCS n'ont pas reçu de consignes particulières de la part de l'équipe soignante, ils invitent leur interlocuteur

à rappeler ultérieurement. Le médecin référent du patient transmet alors aux agents les consignes à suivre. Lorsqu'il s'agit d'un patient dont l'état psychique n'est pas suffisamment stabilisé pour recevoir un appel, le médecin s'entretient directement avec les proches mais il ne communique aucune information concernant la pathologie. Par ailleurs, la SCS vérifie également l'identité de leurs interlocuteurs en composant le numéro de téléphone qui s'est affiché au cours de l'appel.

S'agissant des patients détenus, hospitalisés à l'UMD, il convient de préciser qu'ils ne sont pas enregistrés sous X au moment de leur admission. Par ailleurs, les dossiers médicaux sont nominatifs.

4.3.2 L'accès au dossier médical

Les informations explicitant les règles d'accessibilité au dossier médical sont disponibles sur le site internet de l'hôpital et dans le livret d'accueil remis à chaque patient.

Lorsque le patient souhaite accéder à son dossier au cours de son hospitalisation, il lui doit effectuer sa demande par écrit. Il a été précisé que, bien souvent, le personnel soignant accompagnait le patient dans sa démarche. A la réception du courrier, la secrétaire médicale du bureau des entrées remet au demandeur un formulaire à remplir. En général, le patient consulte son dossier en présence du cadre de santé de l'unité et le cas échéant, des explications supplémentaires sont fournies par le psychiatre en charge de son suivi.

Lorsque la demande d'accès au dossier médical a lieu après l'hospitalisation, elle s'effectue par une lettre manuscrite du demandeur ou par le biais de l'imprimé à remplir, disponible sur le site de l'hôpital. La demande doit alors être accompagnée de la copie d'un justificatif d'identité. La secrétaire médicale du bureau des entrées adresse au patient un courrier de confirmation précisant les frais de copie et de communication. Si le demandeur n'est pas le patient, il doit fournir les documents attestant sa qualité ; les ayants droits d'une personne décédée ont l'obligation de préciser le motif de la demande.

Au cours de l'année 2014, quarante-deux demandes de dossiers de patients hospitalisés en psychiatrie, tous secteurs confondus⁹, ont été formulées et traitées. Selon les témoignages du personnel médical du deuxième service, au cours des douze derniers mois, deux patients hospitalisés ont fait la demande d'accès à leur dossier médical. Les dossiers ont été consultés sur place en présence du cadre de santé et pour un patient, le médecin lui a fourni des éléments d'information supplémentaires.

Les délais moyens de réponse aux demandes de dossiers médicaux sont les suivants :

- 7,7 jours pour les dossiers de moins de cinq ans ;
- 17,33 jours pour les dossiers de plus de cinq ans.

La commission d'accès aux documents administratifs (CADA) n'a pas été saisie au cours de cette année.

4.4 La place laissée aux familles

⁹ Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir des données précises concernant les patients hospitalisés en UMD.

Lors de l'admission d'un patient, le médecin, tenu au secret professionnel, s'en tient à expliquer le fonctionnement de l'UMD et tente de rassurer le membre de la famille désigné par le patient. Dès lors qu'une relation de confiance s'est établie avec le proche, le médecin fournit des éléments d'information sur le mode de prise en charge établi du patient.

Une information sur les conditions de l'hospitalisation à l'UMD, notamment celles relatives aux modalités des visites, est également fournie. Toutefois, selon les propos recueillis auprès du personnel soignant, peu de patients bénéficient de visites (entre deux et cinq patients par unité). Bien souvent les parcours chaotiques de certains patients amènent ces derniers à rompre tout lien familial. Par ailleurs, beaucoup sont issus d'un milieu social défavorisé et la famille n'est alors pas en mesure d'offrir un cadre soutenant et sécurisant au patient.

Le lien est ensuite maintenu par des contacts téléphoniques avec le psychiatre ou avec le cadre de santé. Il a été indiqué que beaucoup de choses se réglaient ainsi par téléphone. Des familles profitent aussi de leur venue à Sarreguemines, à l'occasion des visites, pour s'entretenir avec le psychiatre. Les contacts entre le personnel soignant et les familles sont cependant restreints à moins que le médecin ne souhaite qu'un travail spécifique soit amorcé avec un parent.

Le personnel soignant s'assure néanmoins que les liens familiaux soient maintenus en dépit du caractère pathogène que peuvent revêtir certaines relations. Le personnel infirmier joue alors le rôle de médiateur afin d'éviter tout débordement de la part de la famille (propos ou comportements inappropriés) pouvant altérer l'état psychique du patient. Un médecin a tenu les propos suivants: « *quand la mère est pathogène pour le patient, on la reçoit d'abord en entretien pour qu'elle se décharge avant d'aller voir son fils* ».

Les contacts téléphoniques avec les proches peuvent être également limités au regard de la pathologie du patient ou des relations « nuisibles » que les membres de la famille entretiennent avec ce dernier.

Il convient de rappeler que les patients admis à l'UMD de Sarreguemines ne sont pas tous originaires de la région (cf. § 3.4) et que cela constitue un frein au rapprochement familial.

L'impact d'un reportage critique sur le fonctionnement de l'UMD de Sarreguemines, diffusé sur une chaîne de télévision, a aussi été abordé lors de la visite des contrôleurs. Les familles ne retrouvaient pas dans cette émission les informations fournies par l'établissement sur les conditions de l'hospitalisation et les explications délivrées par les psychiatres. Un travail complémentaire a été nécessaire pour les rassurer.

4.5 La place de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

L'UNAFAM est peu présente à l'UMD.

Cette association dispose de locaux en ville et y reçoit les familles qui le souhaitent. Il a été indiqué que les contacts avec les proches des patients de l'UMD, qui résident souvent loin de Sarreguemines, sont rares.

Elle est toutefois représentée au sein de la commission départementale des soins psychiatriques et a ainsi participé aux entretiens menés par cette commission avec des patients de l'UMD (cf. § 4.10).

4.6 La protection juridique des majeurs

Durant la visite, le 2 juillet 2015, sur les 135 patients présents à l'UMD, quatre-vingt-huit patients bénéficiaient d'une mesure de protection, soit environ les deux tiers d'entre eux.

Ces mesures se répartissaient comme suit :

Type de mesure	Nombre de mesure
Tutelle	45
Curatelle renforcée	37
Curatelle aménagée	1
Curatelle simple	5
Sauvegarde de justice	0
TOTAL	88

Il a été indiqué aux contrôleurs que, lorsque les patients arrivent en UMD, les démarches pour solliciter une mesure de protection ont déjà été engagées. Néanmoins, lorsque l'une personne arrive sans mesure de protection et qu'il apparaît au cours de son séjour qu'elle devrait pouvoir en bénéficier, le personnel soignant en informe le procureur de la République afin que celui-ci ouvre une procédure.

Les contrôleurs ont pu constater que les tuteurs étaient souvent désignés en tant que personne de confiance par les patients.

4.7 Les incidents et leurs traitement

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

La CRUQPC, installée au CHS depuis le 6 avril 2006, est présidée par directrice adjointe chargé de la qualité et de la gestion des risques et se compose de :

- deux médiateurs (un médecin et un non-médecin) et leurs suppléants désignés par le président de la CRUQPC ;
- un représentant de l'UFC « Que choisir » et un représentant de l'UNAFAM et leurs suppléants désignés par le directeur de l'ARS.

La commission, compétente pour l'ensemble des unités du CHS, s'est réunie quatre fois en 2014.

Les différents thèmes abordés sont l'étude des réclamations, le rapport des médiateurs, l'information sur les plaintes, l'information sur les événements indésirables, la visite de suivi de certification, le rapport, le fonctionnement interne, l'information sur l'établissement, la politique des droits des patients, l'implication des usagers, l'évaluation de la satisfaction, l'hospitalisation sans consentement, l'étude du bilan d'activité et du plan d'action et l'étude des indicateurs pour la qualité et la sécurité des soins.

Un rapport de la CRUQPC, qui porte sur l'ensemble du CHS, est édité chaque année. Le dernier, portant sur l'année 2014, a été validé le 23 avril 2015.

Il en ressort que, pour 8 915 personnes (dont 189 en UMD) pris en charge au moins une fois dans l'année :

- cinquante-trois réclamations ont été recensées (dont sept provenaient de patients de l'UMD) ;
- quarante-deux patients ont demandé un accès à leur dossier médical et leurs demandes ont toutes été traitées.

La CRUQPC a émis quatre avis concernant le centre hospitalier, dans son ensemble :

- très satisfaisant concernant l'évaluation des pratiques de l'établissement en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- satisfaisant concernant le droit à l'information et à l'expression du consentement éclairé ;
- très satisfaisant concernant le droit d'accès au dossier médical ;
- très satisfaisant concernant les mesures prises pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

4.7.2 La violence

Les personnels sont tous dotés du dispositif de protection du travailleur isolé (PTI) et d'un sifflet accroché sur chaque trousseau de clés individuel. En cas d'incident ou d'agression, l'alarme est déclenchée et l'incident est traité rapidement. La structure de coordination des soins peut alors intervenir (cf. § 5.10).

Les infirmiers rencontrés ont tous déclaré vouloir gérer l'incident dans le dialogue et la psychologie, en évitant au maximum d'en arriver aux gestes de sécurité et de défense.

En 2014, les personnels de l'UMD ont subi vingt-trois agressions dont trois graves, ayant nécessité plusieurs jours d'hospitalisation. Dans le cadre de la prévention des risques d'agression dans cette unité, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a décidé de réaliser une enquête auprès des professionnels confrontés à ces situations. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur du centre hospitalier spécialisé ajoute que les réponses ont été exploitées fin 2014, qu'« *une partie des résultats a donné lieu à la signature d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail avec l'agence régionale de santé, portant sur le financement d'équipements mobiliers spécifiques aux UMD* » et que « *l'achat de ces équipements était en cours, des essais ayant été réalisés en situation réelle* ».

4.7.3 Les évènements indésirables

Chaque jour, un rapport des événements « au fil de l'eau » est constitué et centralisé à la structure de coordination des soins (SCS) qui traite les réponses et les retours en temps réel.

Pour l'année 2014, 477 événements indésirables ont été ainsi dénombrés et concernent :

- des accidents : 42% ;
- la vie hospitalière : 27% ;
- des vols, disparitions ou dégradations : 8.4% ;
- les matériels et les locaux : 6.5%
- la logistique : 4% ;
- divers autres sujets : 8,6 %.

La gestion des événements indésirables fait l'objet d'un protocole développé en cinq points :

- le signalement de l'événement indésirable ;
- l'analyse ;
- l'évaluation ;
- la maîtrise ;
- l'enregistrement.

Plusieurs fiches correspondent à des événements : les fugues et réintégrations des patients, l'agression, le décès, le suicide, la détention d'arme, la détention de substance illicite.

4.7.4 La gestion des fugues

Dès lors qu'un personnel se rend compte de l'absence d'un patient, il en informe immédiatement le directeur d'astreinte, la SCS et le médecin du service.

Des recherches sont effectuées dans toute l'enceinte du CHS par les équipes de sécurité. Le SCS contacte les forces de l'ordre et transmet une fiche de signalement avec les circonstances de la fugue.

L'agence régionale de santé (ARS), la famille ou le représentant légal sont prévenues ainsi que l'établissement pénitentiaire, si le patient fugueur est un détenu.

Une seule fugue a été signalée aux contrôleurs : un patient a tenté de se sauver lors d'une randonnée en extérieur mais il a regagné de lui-même l'établissement le soir.

4.7.5 Les questionnaires de satisfaction (UMD)

Un questionnaire de satisfaction est remis au moment de la préparation à la sortie.

Les contrôleurs n'ont pas pu assister à une formalité de sortie mais ont consulté les résultats de ces questionnaires pour l'année 2014. Sur 121 patients consultés :

- 60 l'ont rempli avec l'aide d'un soignant et 61 l'ont rempli seul ;
- 119 indiquent avoir reçu un très bon accueil ;
- 112 précisent que les précautions prises sur le respect de leur intimité sont très satisfaisantes ;
- 110 se disent très satisfait du confort et de la propreté ;
- 100 jugent « très bonne » la qualité des repas.

En revanche, 16 % des patients indiquent ne pas avoir été suffisamment informés sur la durée de leur hospitalisation et 11 % estiment ne pas avoir été suffisamment préparés pour leur sortie.

Concernant la qualité des relations avec les professionnels, les patients ont indiqué être satisfait de leur médecin à 91 %. Ils ont également estimé que les personnels étaient disponibles à 87 %, polis à 95 % et rassurant à 91 %.

4.8 La levée des mesures

4.8.1 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé se réunit pour donner un avis sur la forme de la prise en charge des patients se trouvant sous le statut de l'irresponsabilité pénale lorsque le juge des libertés et de la détention est saisi : suite à une demande de mainlevée de l'hospitalisation sous contrainte ou dans le cadre des examens obligatoires (après douze jours et tous les six mois).

Ce collège se réunit également pour les patients admis sur demande du représentant de l'Etat dont le médecin psychiatre propose de faire évoluer la prise en charge vers une autre forme que l'hospitalisation complète. Le représentant de l'Etat ne peut alors modifier la forme de la prise en charge qu'après avoir recueilli l'avis du collège.

Ce collège se réunit enfin pour donner un avis sur la prise en charge des patients admis en hospitalisation sur la demande d'un tiers depuis plus d'un an, mais ce type d'intervention ne concerne pas les patients de l'UMD qui sont tous admis sur décision d'un représentant de l'Etat.

Le collège des professionnels de santé est composé de trois personnels du centre hospitalier : un médecin psychiatre participant à la prise en charge du patient, un médecin psychiatre n'y participant pas et un représentant de l'équipe prenant en charge le patient.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les réunions du collège concernaient, le plus souvent, l'avis donné au juge des libertés et de la détention pour les personnes se trouvant sous le statut de l'irresponsabilité pénale.

Au jour de la visite, sept patients se trouvaient sous ce régime au premier service.

4.8.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, le juge des libertés et de la détention (JLD) doit être saisi pour contrôler les mesures d'hospitalisation complète sans consentement.

En outre, depuis le 1^{er} septembre 2014, les audiences du JLD doivent se tenir au sein du centre hospitalier et la présence d'un avocat pour assister ou représenter le patient est obligatoire.

Les audiences du JLD se tiennent, depuis 2011, au sein d'un bâtiment du centre hospitalier spécialement dédié, situé à côté du bâtiment administratif dans lequel se trouvent la direction et le service des admissions.

Il est composé d'une grande salle d'attente, d'un bureau d'entretien destiné à l'avocat, d'un bureau destiné au personnel de la structure de coordination des soins et d'une salle d'audience.

La porte du bâtiment reste ouverte durant le temps des audiences, celles-ci étant par principe publiques. Il a été précisé aux contrôleurs qu'il était rare de recevoir du public, à l'exception, parfois, du tuteur ou curateur des patients présentés.

Deux audiences sont organisées chaque semaine, les mardi et jeudi après-midi. Sont examinés entre un et dix dossiers par audience. Les contrôleurs ont pu assister à une des deux audiences qui se sont tenues durant leur visite.

4.8.2.1 Le transport des patients

L'ordre de passage et le transport des patients pour l'audience sont assurés par la structure de coordination des soins.

Le greffe du JLD adresse à ce service, plusieurs jours avant l'audience, la liste des patients devant comparaître. Le planning est alors établi en fonction de la disponibilité des soignants accompagnateurs ainsi que des équipes de sécurité.

Ainsi, dans la mesure du possible, le passage des patients de l'UMD est alterné avec le passage des autres patients du centre hospitalier pour donner à l'équipe de sécurité le temps de ramener le patient à l'UMD avant de devoir en emmener un autre.

Le jour de l'audience, un personnel de la structure de coordination des soins est présent dans le bâtiment affecté aux audiences et se charge d'appeler les unités au fur et à mesure que l'audience avance pour que les patients soient emmenés, l'objectif étant que le temps d'attente des patients comme celui des accompagnateurs soit limité au maximum.

Les patients de l'UMD se rendent à l'audience du JLD dans un véhicule de type « Berline » spécialement affecté à l'UMD. L'équipe de sécurité dispose également d'un véhicule de type « monospace », utilisé lorsqu'un patient rencontre des difficultés pour se déplacer.

Le transport jusqu'au bâtiment d'audience dure moins de cinq minutes.

Chaque patient est accompagné de deux soignants, dont un au moins appartenant à l'unité dans laquelle il est hébergé, et d'un chauffeur. Les soignants demeurent avec le patient tout le temps de l'audience et le raccompagnent une fois celle-ci achevée.

En cas de besoin, il peut être fait appel à l'équipe de sécurité pour constituer une escorte supplémentaire.

Les patients peuvent se voir imposer l'usage de moyens de contrainte pour se rendre à l'audience du JLD, sur prescription médicale exclusivement. Il n'est pas fait de différence à cet égard entre les patients détenus et les autres.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'il était arrivé qu'une escorte policière soit en plus sollicitée pour un patient détenu appartenant au grand banditisme qui présentait un risque important d'évasion. Cependant cette situation demeure exceptionnelle, les patients détenus étant soumis au même dispositif de sécurité que les autres.

4.8.2.2 Le déroulement de l'audience

Une fois arrivé dans le bâtiment d'audience, le patient est installé avec ses accompagnateurs dans la salle d'attente.

Il est invité ensuite à s'entretenir avec l'avocat. Les patients sont libres de faire appel à l'avocat de leur choix et, à défaut de choix, il est fait appel à l'avocat de permanence désigné par le bâtonnier. Le patient en est informé lors de la notification de la convocation à l'audience.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'il était rare que les patients fassent le choix d'un avocat, tous ayant recours à l'avocat de permanence. Le barreau de Sarreguemines dispose d'une liste de cinq avocats volontaires pour intervenir dans ce contentieux, qui sont désignés à tour de rôle.

L'entretien avec l'avocat dure en moyenne entre 10 et 15 minutes. Il se déroule dans un bureau dédié, équipé d'une porte dont la partie supérieure est vitrée. L'avocat reçoit également, par mesure de sécurité, une alarme portative.



Salle d'attente du JLD (photo de gauche) et le bureau d'entretien avec l'avocat (photo de droite)

Les contrôleurs ont pu constater, au cours de l'audience à laquelle ils ont assisté, que l'avocat s'entretenait avec les patients sans aucune confidentialité, en laissant la porte du bureau ouverte et en présence du personnel soignant accompagnateur. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette pratique était récurrente parmi les avocats intervenant dans ce contentieux.

Interrogé à ce sujet, l'avocat présent a, dans un premier temps, indiqué aux contrôleurs demander systématiquement l'accord du patient pour s'entretenir avec lui en présence des soignants accompagnateurs. Néanmoins, au cours de la discussion, il a finalement confié ne pas toujours demander au patient son avis. L'avocat a justifié cette pratique en précisant qu'il était nécessaire, pour bien comprendre la situation du patient, de pouvoir se faire confirmer ou préciser les propos tenus par ce dernier auprès du personnel soignant accompagnateur. De plus, il estime qu'il n'est rien échangé de confidentiel avec le patient au cours l'entretien au motif que celui-ci tiendrait toujours les mêmes propos à son avocat que par la suite, lors de l'audience publique.

Les contrôleurs s'interrogent sur le lien de confiance que le patient peut tisser, dans ces conditions, avec son avocat ainsi que sur sa liberté de parole et sa bonne compréhension du rôle de l'avocat.

Entendu sur ce sujet, le Bâtonnier de l'Ordre des avocats de Sarreguemines a convenu que ces pratiques « pouvaient être considérées comme discutables ». Il a indiqué aux contrôleurs qu'il envisageait la mise en place de formations sur la maladie mentale, en partenariat avec le centre hospitalier, à destination des avocats participant au contentieux de l'hospitalisation sous contrainte.

L'audience se tient dans une salle dotée d'un matériel de visioconférence (qui n'est plus utilisé) ainsi que d'un ordinateur et d'une imprimante. La salle d'audience se compose d'une

grande table autour de laquelle s'installent, d'un côté, le JLD et son greffier et, de l'autre, le patient et son avocat.



Salle d'audience JLD

Elle se déroule en présence du JLD, de son greffier, du patient et de son avocat. Assistent également les soignants accompagnateurs ainsi que, le plus souvent, l'équipe de sécurité présente dans le bâtiment. Lors de l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté, un interprète en langue allemande était également présent pour assister l'une des personnes convoquées.

L'audience peut se dérouler en l'absence du patient, si celui-ci a refusé de venir ou lorsque son état de santé ne le permet pas. Dans ce dernier cas, un certificat médical est adressé en ce sens au JLD. Le patient est alors représenté par l'avocat de permanence.

Au cours de l'année 2014, trente-neuf patients de l'UMD ne se sont pas présentés à leur audience (soit près de 15 % des personnes convoquées), dix-sept pour raison médicale et vingt-deux du fait d'un refus.

Lorsque le patient s'est vu prescrire le port d'un dispositif de contention, le maintien ou la levée de celui-ci pour l'audience est laissée à l'appréciation du JLD. Lors de l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté, le JLD a sollicité le retrait de la ceinture de contention que portait un patient durant le temps de l'audience.

L'audience dure en moyenne une vingtaine de minutes. Elle est publique sauf si le patient demande à ce qu'elle se tienne en chambre du conseil, ce qui n'est encore jamais arrivé.

Le JLD commence l'audience en expliquant au patient les motifs de sa saisine et en lui rappelant le statut sous lequel il est hospitalisé. Il donne également lecture de l'avis écrit du procureur.

Il demande ensuite au patient quelles observations il souhaite formuler, en l'invitant à préciser s'il souhaite rester ou non à l'hôpital.

Il est arrivé que le JLD interroge les personnels soignants accompagnateurs pour obtenir des précisions sur la situation du patient. Il a été précisé aux contrôleurs que cette pratique avait été mal perçue par l'agence régionale de santé, qui aurait donné pour instruction écrite au personnel soignant de ne plus répondre aux sollicitations du JLD durant les audiences.

Ne s'estimant pas lié par l'avis de l'agence régionale de santé, le JLD a précisé aux contrôleurs qu'il interrogerait de nouveau les soignants lorsque la situation s'y prêterait, estimant que ces questions relèvent du pouvoir général d'instruction qui lui est conféré par la loi.

Une fois l'audience terminée, le JLD se retire pour délibérer et rédiger, avec l'aide de son greffier, sa décision. Grâce à l'imprimante mise à la disposition du JLD, elle est ensuite remise et notifiée au patient directement sur place.

Lors de la notification, les contrôleurs ont pu constater que le JLD s'attachait à expliquer la décision rendue et à préciser aux patients la portée de celle-ci afin qu'ils comprennent qu'elle ne lie pas les médecins qui demeurent libres de procéder à une modification de la prise en charge à tout moment, parfois réalisée dans les jours qui suivent.

Les voies de recours ne sont pas notifiées oralement par le JLD au patient mais sont mentionnées sur la décision qui lui est remise.

Lorsque le patient ne comparait pas à l'audience, c'est le personnel de la structure de coordination des soins qui réceptionne la décision et se rend dans l'unité du patient pour la lui notifier.

4.8.2.3 Les décisions rendues

Environ 700 décisions sont rendues par le JLD chaque année, concernant le centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines, tous secteurs confondus.

En 2014, 270 décisions ont été rendues concernant les patients de l'UMD, dont une ayant prononcé une mainlevée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. Cette décision a par la suite été frappée d'un appel du procureur de la République et de l'agence régionale de santé. La cour d'appel a infirmé la décision entreprise et ordonné le maintien des soins sous contrainte.

Deux autres appels ont été interjetés contre les décisions rendues par le JLD en 2014. Dans les deux cas, la décision du JLD a été confirmée.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'était pas exceptionnel que des décisions de mainlevée soient prononcées par le JLD, la majorité d'entre elles l'étant en raison de la pauvreté du contenu des certificats médicaux. Selon les informations recueillies et ainsi que les contrôleurs ont pu constater par la lecture des dossiers présentés devant le JLD, certains médecins du centre hospitalier se refusent à établir des certificats conformes aux exigences de la loi avec mention de la gravité de la pathologie psychiatrique du patient¹⁰ et de la nécessité de procéder à des soins en hospitalisation complète sous contrainte.

La Cour de cassation a récemment annulé, dans un arrêt du 18 mars 2015, une ordonnance rendue par la Cour d'appel de Metz maintenant en soins sous contrainte un patient admis au

¹⁰Art. L3213-1, I du code de la santé publique : « Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. [...] »

centre hospitalier de Sarreguemines, au motif que le certificat médical ne faisait pas mention de la gravité des troubles mentaux dont souffrait le patient.

Plus rarement, une mainlevée peut être prononcée en raison d'une irrégularité de forme dans la procédure suivie.

4.9 La visite des autorités

Le juge des libertés et de la détention ainsi qu'un substitut du procureur près le tribunal de grande instance de Sarreguemines effectuent des visites régulières à l'établissement, incluant l'UMD, au moins une fois par an.

A cette occasion, ils visent le registre de la loi.

Les contrôleurs ont pu constater sur les registres consultés lors de leur visite que la dernière visite du juge des libertés et de la détention remontait au 8 décembre 2014 et celles du substitut du procureur de la République au 8 décembre 2014 et au 16 juin 2015.

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

Les visites de la commission départementale des soins psychiatriques sont annoncées aux patients des unités, dont celles de l'UMD, afin que ceux qui le souhaitent puissent être reçus en entretien individuel. Le registre de la loi est également visé lors de ces visites.

La CDSP s'est rendue au centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines le 2 avril 2014. Présidée par un psychiatre libéral, elle était composée d'une juge au tribunal de grande instance de Metz, d'un psychiatre hospitalier, de la directrice du centre d'hébergement d'urgence de Sarreguemines, de la présidente locale de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) et d'un membre de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé.

La CDSP avait préalablement examiné cinquante dossiers de patients admis sous contrainte : vingt-neuf en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), onze en soins psychiatriques sur demande d'un tiers, depuis plus d'un an, et dix en soins psychiatriques sur demande d'un tiers en péril imminent. Douze dossiers ont fait l'objet d'une remarque dont sept pour des certificats médicaux mensuels établis en « copiés – collés » (dont deux dossiers avec des signataires différents).

La CDSP a reçu dix-neuf patients, à leur demande, dont sept (six majeurs et un mineur) admis à l'unité pour malades difficiles. La commission s'est interrogée sur la place des mineurs dans une UMD.

Il convient d'observer que la CDSP a suivi la recommandation formulée par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté à l'issue de la précédente visite¹¹ et reçoit désormais les patients de l'UMD.

4.11 La traçabilité sur le registre de la loi et le respect des procédures

¹¹ Conclusion n°8 : « La commission départementale des hospitalisations psychiatriques ne devrait pas s'interdire de rencontrer les patients des UMD. L'argument selon lequel cela risquerait d'empiéter sur les compétences de la commission de suivi médical n'est pas pertinent, les deux instances ne couvrant pas les mêmes champs ».

Le registre de la loi est commun à l'ensemble du centre hospitalier spécialisé. Il n'existe pas de registre propre à l'UMD.

Deux registres de la loi sont ouverts à l'établissement, l'un concernant les admissions sur décision du représentant de l'Etat, l'autre les admissions à la demande d'un tiers.

Les contrôleurs ont consulté les registres ouverts depuis le 22 septembre 2014. Ceux-ci étaient visés par le juge des libertés et de la détention, le substitut du procureur et les membres de la commission départementale des soins psychiatriques, sans qu'aucune observation n'ait été mentionnée par ces autorités (cf. § 4.9).

Les registres sont divisés en feuillets de plusieurs pages, chaque feuillet étant consacré à un patient.

Il est mentionné, sur chaque feuillet : les éléments d'identité du patient, le type d'admission en soins psychiatriques, l'existence d'une mesure de protection juridique et la date de levée de la mesure.

Des rubriques sont laissées pour les informations relatives aux audiences devant le juge des libertés et de la détention, mais les contrôleurs ont pu constater que cette partie n'était jamais remplie.

Sont ensuite collés, sur les différentes pages composant le feuillet, l'arrêté d'admission de la personne ou, le cas échéant, la demande d'admission du tiers, les éventuels arrêtés de transfert et l'arrêté de levée de la mesure. Lorsque l'arrêté d'admission provient d'une autre préfecture que celle de la Moselle, il est collé sur le registre et doublé d'un arrêté d'admission en provenance de la préfecture de la Moselle.

Sont également collés les certificats médicaux d'admission et les différents certificats médicaux de situation : les certificats de 24 heures, de 72 heures et mensuels. Les contrôleurs ont pu constater que les certificats médicaux d'admission ne provenant pas de l'hôpital de Sarreguemines n'étaient pas toujours présents dans le registre.

Les décisions prises par le juge des libertés et de la détention ne sont pas collées sur les feuillets.

5 LES CONDITIONS MATERIELLES D'HOSPITALISATION

5.1 L'hébergement

Comme il a été indiqué *supra* (cf. §3.2), le pavillon 5, dont le mauvais état avait été soulevé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté à l'issue de la précédente visite, a été fermé. Un nouveau bâtiment (17) a été ouvert et reçoit deux unités.

Le pavillon 9 est désormais le plus vétuste même si quelques travaux ont été réalisés pour améliorer les conditions de vie, notamment par le cloisonnement des douches. Il a été indiqué qu'un projet visant à fermer ce pavillon et à transférer l'unité dans un bâtiment neuf existait.

Les dortoirs à trois lits des unités du « 18 rez-de-chaussée » et du « 18 étage » constituent une autre difficulté car ils ne fournissent pas des conditions d'hébergement favorisant la dignité et l'intimité, comme cela avait déjà été souligné lors de la visite de 2009¹².

Une autre difficulté est apparue lors de la visite. Dans plusieurs unités, en l'absence d'un dispositif de fermeture manœuvrable par les soignants, les oculous donnant directement sur les WC des salles d'eau des chambres permettent à tout patient circulant dans la zone de nuit de voir les toilettes des chambres des autres. Cette situation porte atteinte au respect de l'intimité à laquelle chacun a droit.

Aucune caméra de vidéosurveillance n'est installée dans les locaux des unités.

5.1.1 Au premier service

5.1.1.1 Le pavillon « 9 »



Le pavillon « 9 », construit en 1875, est identique à celui visité en 2009. Il dispose de quatorze chambres individuelles (douze de 12,07 m² et deux de 12,71 m²) et de deux chambres de deux lits (de 14,98 m²) répartis dans deux ailes séparées par une zone centrale servant aux activités de jour (réfectoire, salles d'activités, bureau des infirmiers, pharmacie). Aucune chambre d'isolement n'existe, l'isolement étant pratiqué en chambre individuelle.

Les chambres sont dotées d'un lit métallique fixé au sol au milieu de la pièce et une porte d'intervention donne sur l'extérieur ; cette configuration rappelle celle des chambres d'isolement.

Elles sont démunies de tout équipement y compris de rangement : ni armoire, ni table, ni chaise. Dix chambres ne disposent pas d'un simple lavabo mais toutes ont un WC. Dans les chambres à deux lits, le WC a été séparé pour préserver l'intimité ; ce cloisonnement est cependant bas et n'assure qu'une protection minimale, n'empêchant ni le bruit ni les odeurs.

¹² Conclusion n°9 : « Les dortoirs et les chambres à trois lits ne fournissent pas des conditions d'hébergement favorisant la dignité et l'intimité. Il conviendrait d'en revoir l'aménagement ».

L'absence de rangement oblige les soignants à répartir les affaires des patients à plusieurs endroits, tant les espaces sont réduits. Cette situation n'est satisfaisante ni pour les patients ni pour les soignants.



Une chambre individuelle



Une chambre à deux lits avec un WC séparé

Ce pavillon offre toutefois un atout important : la cour ouverte en journée (cf. § 5.5.2.2).

Le bureau du cadre de santé présente la particularité d'être un lieu partagé avec d'autres : médecins, psychologues, assistantes sociales, visiteurs... Il sert aussi à stocker des matériels. Ces conditions de travail ne sont pas satisfaisantes.

5.1.1.2 Les unités « 18 étage » et « 18 rez-de-chaussée »

Les deux unités sont installées de façon identique, dans un bâtiment construit en 1994. Les locaux sont clairs, fonctionnels et propres.



Le bâtiment 18

Chaque unité dispose de neuf chambres individuelles (de 13,15 m² à 14,70 m²) et de trois chambres de trois lits (de 26,37 m²), toutes correctement équipées (lavabos, WC, armoires, tables et chaises). Cette zone de nuit, fermée en journée, est regroupée d'un même côté. La zone de jour (avec le réfectoire et les salles d'activités) est installée de l'autre côté de l'unité. Le bureau du médecin, des infirmiers et la pharmacie se trouvent entre les deux.



Une chambre individuelle et l'espace sanitaire

Les chambres à trois lits ne fournissent pas des conditions d'hébergement favorisant la dignité et l'intimité. Les lits et les lavabos sont installés les uns à côté des autres. Le WC est protégé par une cloison, sur laquelle sont installés les lavabos mais, en l'absence d'une porte d'entrée, l'intimité n'est pas totalement garantie.

L'affectation dans ces chambres à trois constitue une difficulté pour sélectionner les patients aptes à partager cette vie commune. Les patients sont ainsi affectés dans un premier temps en chambres individuelles pour permettre l'observation mais le transfert dans une chambre à trois peut être ensuite vécu comme une régression.



Une chambre à trois lits

Les mineurs sont affectés en chambre individuelle.

Les unités disposent d'un accès direct à leur cour de promenade respective, à partir d'une salle d'activité (cf. § 5.5.2.2).

Ces unités disposent, chacune, d'une chambre d'isolement (cf. § 7.2.1).

5.1.1.3 Le « 17 étage »

Cette unité est installée dans des conditions strictement identiques à celle du « 17 rez-de-chaussée » (cf. *infra*), à une exception près : se trouve installée, à l'étage, la salle de réunion de la commission de suivi médical. Les conditions d'hébergement dans ce bâtiment livré en 2010 sont bonnes ; toutes les chambres, individuelles sont correctement équipées. Le seul regret est probablement l'absence de douche dans les chambres.



Une chambre de l'unité « 17 étage »

L'unité dispose de deux chambres d'isolement (cf. § 7.2.1).

5.1.2 Deuxième service

L'hébergement des unités « 4 étage », « 6 étage » et « 6 rez-de-chaussée » y est identique à celui observé lors la dernière visite, les contrôleurs indiquaient :

Les trois unités de l'UMD Cabanis sont installées de la même manière. Chacune comporte trois dortoirs de trois lits et neuf chambres individuelles, auxquelles s'ajoute une chambre d'isolement. [...].

Les chambres sont similaires d'une unité à l'autre. Celles de l'unité « 6 rez-de-chaussée » sont décrites ci-dessous.

La chambre, de 13,7 m², est équipée d'un lit métallique fixé au sol, d'une armoire à deux portes, d'une table et d'une chaise. Une rampe lumineuse est fixée au mur, au-dessus du lit, à hauteur du plafond et une veilleuse est placée au-dessus de la porte d'entrée.

La fenêtre, qui ne s'ouvre pas, est surmontée d'une autre, basculante et des volets roulants servent à l'occulter.

Une cloison à armature métallique¹³, vitrée, de 1,20 m de long et de 1 m de haut, marque la séparation entre la chambre et le « coin toilettes ». Ce dernier espace se présente en forme de quart de cercle de 1,50 m de rayon. Un WC à l'anglaise sans abattant se situe dans un angle. Un lavabo, distribuant de l'eau chaude et froide, est surmonté d'un carrelage. Un miroir et un éclairage sont installés au-dessus du lavabo.

Les dortoirs sont équipés de trois lits mais aussi de trois ensembles composés d'une armoire, d'une table et d'une chaise. Un côté de la pièce est occupé par trois lavabos, fournissant de l'eau chaude et froide, surmontés chacun d'un miroir. Près de la porte d'entrée de la chambre, un passage (sans porte) donne accès aux WC ; ceux-ci sont placés derrière la cloison sur laquelle sont installés les lavabos.

Dans toutes ces chambres, deux oculi permettent d'observer l'intérieur de la pièce : l'un, situé sur la porte d'entrée, donne dans la chambre elle-même et l'autre, insérée dans la cloison, offre une vue directe sur le « coin toilettes ».

Chacune de ces trois unités dispose d'une chambre d'isolement.

Cependant depuis la dernière visite, un nouveau bâtiment identifié « pavillon 17 » qui a ouvert ses portes en 2010.

Le pavillon « 17 étage » est affecté au 1^{er} service et le pavillon « 17 rez-de-chaussée » au 2^{ème} service.

Le bâtiment est en forme de « S ». L'entrée se fait en son centre et il est divisé en trois parties.

A gauche, la partie dite « de jour » comprend deux salles d'activités, une salle à manger et une cuisine, un salon, une tisanerie, un préau qui débouche sur la cour de promenade, un espace « infirmerie » et plusieurs petits locaux destinés aux rangements.

Au milieu, une partie centrale regroupe un espace « infirmerie », un bureau de consultation, une salle destinée aux visites des familles avec un double accès (les familles ne sont pas obligées de pénétrer dans le bâtiment) et une surveillance depuis le bureau du cadre, le bureau du cadre

¹³ Des chambres en sont dépourvues.

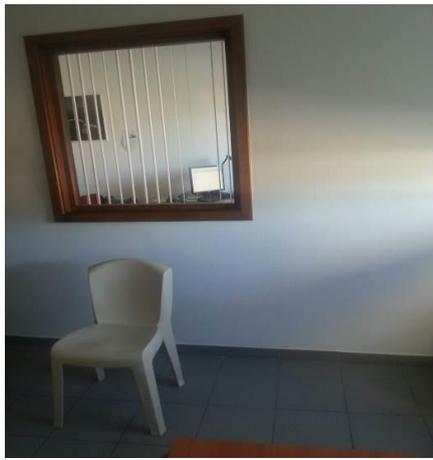
de santé, une salle destinée à la pharmacie et une salle de soins en face de laquelle se trouvent les deux chambres de soins intensifs.

A droite, la partie dite « de nuit » comprend dix-huit chambres toutes équipées de sanitaire et WC.

L'ensemble du bâtiment est climatisé, toutes les chambres sont équipées de volets roulants électriques pouvant être uniquement commandés du couloir par le personnel infirmier.

L'éclairage des chambres peut être actionné à l'intérieur par le patient, mais il existe une double commande située dans le couloir, actionnée par les infirmiers.

Les deux salles de télévision sont agréables et aménagées confortablement.



La salle de visite



Le couloir de la partie nuit



Une salle d'activité

Une des deux salles d'activité est destinée à l'ergothérapie, le jour de la visite un ergothérapeute dispensait son activité à quatre patients, cette pièce dispose aussi de deux ordinateurs.

Les unités « 4 étage », « 6 étage » et « 6 rez-de-chaussée » disposent, chacune, d'une chambre d'isolement et celle du « 17 rez-de-chaussée » de deux (cf. § 7.2.2).

5.2 La restauration

Une cuisine centrale alimente tant le centre hospitalier spécialisé que le centre hospitalier général. Pour l'année 2014, 494 709 repas ont été servi au premier et 309 534 au second.

Les repas destinés aux patients sont en liaison froide, les barquettes d'alimentation étant réchauffées sur place dans les unités.

Sauf indication médicale contraire, les patients prennent leur repas en salle de restauration.

Chaque unité est dotée d'une salle de restauration composée de cinq tables entourées de deux bancs permettant d'installer quatre personnes. Une cuisine attenante à cette salle permet de remettre les plats à température.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le placement des patients à table est, sauf exception, libre. Bien qu'aucun plan de table ne soit imposé, les patients s'installent toujours à la même place.

Des couverts en plastique suffisamment rigide pour une utilisation normale ont été mis en place dans toutes les unités. Lorsque les repas sont pris en chambre, le patient n'a le droit qu'à une cuillère. Les aliments sont préalablement coupés par le personnel soignant.

Les menus étaient affichés dans les couloirs des différentes unités.

Au pavillon 9, les contrôleurs ont constaté que, faute d'équipement suffisant des chambres en tables, les patients prenant leurs repas en chambre sont contraints de s'asseoir sur leur lit et de placer le plateau sur leurs genoux.



La salle de restauration pavillon 17 rez-de-chaussée

5.3 Les vêtements et le linge

Lors de la dernière visite, les contrôleurs avaient fait les constats suivants :

Les affaires personnelles des patients, non conservées dans leur chambre, sont stockées en cartons ou en sacs, dans des magasins équipés de rayonnage.

Les draps sont systématiquement nettoyés une fois par semaine. Cette opération est effectuée le dimanche matin à l'unité « 6 rez-de-chaussée », le vendredi matin à l'unité « 6 étage » et le samedi à l'unité 4. Le remplacement des draps est également effectué dès qu'ils ont été souillés. [...].

Les gants et les serviettes sont changés tous les jours, au moment de la douche.

Chaque unité dispose de vêtements stockés dans une réserve. Des pyjamas, des chaussettes, des slips, des maillots, des chemises, des shorts, des joggings, des vêtements de travail, ... y sont conservés. Ils sont fournis aux patients et leur lavage est gratuit. Une blanchisserie centrale fonctionne pour l'ensemble des deux centres hospitaliers. Tous les effets fournis par l'établissement y sont nettoyés. Chaque jour, vers 9h30, les unités envoient les sacs de linge sale et, vers 11h, récupèrent les sacs de linge propre. Aucun marquage ni au nom de la personne, ni au nom de l'unité, n'étant effectué, les effets sont échangés nombre pour nombre. Rien n'est individualisé.

Cette situation reste inchangée. Un marquage du linge au nom de l'unité a été observé au premier service.

Dans une unité du premier service (« 18 étage »), les patients ne conservent pas leurs propres vêtements mais doivent porter ceux de l'hôpital, sauf pour les sorties et pour les présentations devant la commission de suivi médical et le juge des libertés et de la détention. Ces vêtements, qui sont marqués au nom de l'unité, ne sont pas affectés à chaque patient : aussi, au retour du nettoyage, ils peuvent être portés par une personne différente.

Des patients sont apparus aux contrôleurs affectés par cette pratique et ont indiqué souffrir de porter des vêtements ne leur appartenant pas, en particulier les sous-vêtements, puis de les voir ensuite portés par d'autres.

Dans les autres unités du service, la même situation n'a pas été observée. Bien au contraire, un cadre de santé a expliqué être opposé à une telle pratique. Des vêtements n'y sont fournis qu'aux patients qui en sont démunis.

Au deuxième service, le ramassage du linge dans les unités est effectué chaque lundi matin. Le dimanche précédent, les infirmiers vérifient l'état de propreté du linge des patients. Ces derniers préparent leurs vêtements sales dans un sac plastique et le déposent sur un chariot, le linge sale est emmené vers la blanchisserie.

Au moment de la dépose du linge une facture est éditée et le patient doit l'acquitter à la cafétéria afin de pouvoir récupérer son linge propre le jeudi. Le linge des patients sans ressources est pris en charge gratuitement.

5.4 L'hygiène

Le nettoyage de tous les locaux et des pavillons est assuré par la société *ONET*, chaque jour entre 6h et 10h et entre 14h et 14h30. Le sol des chambres et des dortoirs est nettoyé tous les jours, à l'exception des jours fériés. L'hygiène des locaux est apparue satisfaisante dans les différentes unités visitées.

Au deuxième service, il a été indiqué que les patients qui le souhaitent avaient la possibilité d'effectuer le nettoyage de leurs chambres ; le matériel nécessaire leur est alors mis à disposition.

Les patients ont accès au salon de coiffure situé au niveau du bâtiment d'ergothérapie de Cabanis. La prestation est gratuite.

5.4.1 Au premier service

Des cabines de douche sont installées dans chaque unité : trois dans les unités du pavillon 18, quatre à l'étage du pavillon 17 et cinq au pavillon 9.

A pavillon 9, un bloc de douches est placé dans chacune des deux ailes. Depuis la précédente visite, des travaux ont été effectués pour les cloisonner : dans l'un, avec deux douches, la porte d'entrée dans le bloc donne directement dans la première douche mais une séparation avec la deuxième a été installée ; dans l'autre, avec trois douches placées côte à côte, le cloisonnement est réel. Ces aménagements sont postérieurs à la visite effectuée en 2009 par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Il est à noter que les douches sont munies d'un flexible, contrairement à ce qui est fréquemment observé dans les unités de soins psychiatriques, sans que cela ne présente de difficulté.

Des fiches de suivi sont établies et renseignées dans chaque unité pour assurer le contrôle de l'obligation pour les patients de prendre trois douches par semaine. Il a été précisé aux contrôleurs qu'une douche forcée avait déjà été administrée à un patient ne respectant pas cette obligation. Cette réponse n'est cependant pas systématique, la décision ayant été prise collectivement et après discussion par l'ensemble de l'équipe médicale.



Les deux blocs de douche

Les unités des pavillons 18 et 9 disposent, en outre, d'une baignoire accessible aux patients sur demande. Aucune baignoire n'a été installée dans les deux unités du pavillon 17, ce qui a été regretté par le personnel soignant, certains patients ayant besoin de procéder à leurs ablutions avec davantage d'intimité et par immersion dans l'eau.

5.4.2 Au deuxième service

Comme lors de la dernière visite, les unités « 4 étage », « 6 étage » et « 6 rez-de-chaussée » dispose d'une salle de bains et d'une salle de douches :

La salle de bains.

Elle a une surface de 11,1 m².

Comme pour les chambres, deux lucarnes permettent de voir l'intérieur de la pièce: l'une sur la porte d'entrée, l'autre à côté de celle-ci pour compléter le champ de surveillance.

Une baignoire de 1,68 m de long et de 0,78 m de large est placée au centre de la pièce.

Un lavabo de 1,40 m sur 0,54 m, avec deux robinets (l'un pour l'eau chaude et l'autre pour l'eau froide), est surmonté d'un miroir de 1 m sur 0,40 m.

Une chaise sert à poser les vêtements, en l'absence de patère.

L'accès à la salle de bains se fait à la demande. Le linge est alors fourni. Le patient y reste seul.

Les douches.

Une salle regroupe trois douches (avec eau chaude et froide) dont une pour personne à mobilité réduite.

Le sol est carrelé. Les soignants disposent de deux lucarnes pour observer l'intérieur.

La douche pour personne handicapée est située dans un angle de cette salle. Elle n'est fermée ni par des cloisons, ni par une porte. Une rampe est fixée au mur.

Les deux autres douches sont installées l'une à côté de l'autre. Les cabines sont séparées par des cloisons et une porte à un seul battant, de 1,25 m de haut, équipée d'un loquet, en protège l'accès. [...]

Les patients ont droit à une douche tous les deux jours au minimum. [...]

Lors de la toilette du matin, le rasage est effectué sous surveillance lorsque les patients utilisent un rasoir mécanique. Le matériel est distribué au moment du rasage et récupéré à l'issue.

Une armoire technique, située dans le couloir, permet de couper l'eau et l'électricité de chaque chambre.

Des toilettes sont accessibles de jour, sans avoir à retourner dans les chambres. Cette pièce, au sol et aux murs carrelés, regroupe deux WC fermés par une porte battante à hauteur d'homme, équipée d'un loquet. Le WC ne comporte pas d'abattant. Deux urinoirs, un lavabo avec eau chaude et eau froide, un miroir et un essuie-mains sont également en place.

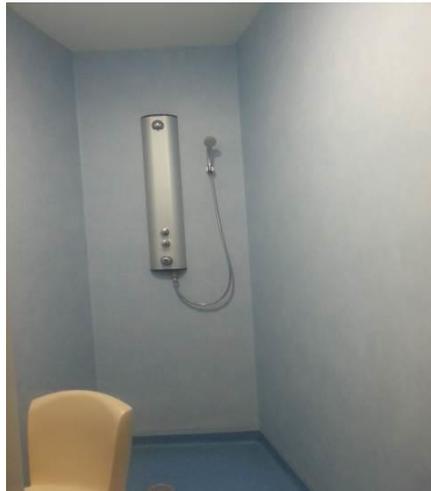
La situation sur l'hygiène, et notamment pour le rasage s'est améliorée, en effet chaque patient peut utiliser son rasoir électrique. S'il n'en a pas à son arrivée, il peut en acheter un à la cafétéria, s'il n'a pas d'argent, le service lui en prête un.

Certains patients ont la possibilité de conserver leur rasoir électrique en chambre.

Au « pavillon 17 », au rez-de-chaussée comme à l'étage, toutes les douches sont équipées de pommeaux et de flexibles. En revanche, certaines cuvettes de toilettes ne possèdent pas d'abattant.

En cas de refus de douche, les infirmiers ont expliqué qu'ils essayaient de motiver le patients et de le confronter aux regards des autres, cependant en cas de refus persistant, les infirmiers ont été unanimes sur l'emploi de la force pour laver le patient, considérant que le maintien de cette incurie relève de la maltraitance.

Le pavillon 17 est le seul à ne pas être équipé de baignoire (cf. § 5.4.1).



La douche

5.5 Les activités

5.5.1 Au plan central

Comme cela avait été observé en 2009, les activités constituent un point fort de l'unité pour malades difficiles.

Ces activités se déroulent sur prescription médicales mais les contrôleurs ont constaté que des patients y accédaient très rapidement après leur admission, après une période d'observation réduite.

Ainsi, le mercredi 1^{er} juillet 2015 après-midi, trente-sept patients étaient dans les ateliers d'ergothérapie ou à la salle de sports, soit plus du quart de ceux présents à l'UMD.

5.5.1.1 L'ergothérapie

Un pôle de réhabilitation sociale prend en charge ce volet. Il développe son activité au sein de Lauzier et de Cabanis mais travaille aussi pour les autres unités de l'hôpital.

Les différents ateliers sont ouverts, en semaine, de 8h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h30. Des infirmiers et des ergothérapeutes les animent.

A l'issue des quinze premiers jours d'hospitalisation les patients peuvent, sur prescription médicale et s'ils sont stabilisés dans leur pathologie, se rendre aux ateliers d'ergothérapie décrits *supra*. Le personnel soignant organise au préalable une visite des ateliers permettant aux patients de se familiariser avec l'environnement et de faire leur choix sur les activités proposées. L'inscription aux ateliers s'effectue en fonction des places disponibles ; l'atelier espaces verts est, semble-t-il, très prisé.

Selon les informations recueillies, la moitié des patients accède à ces activités ; à l'unité « 18 étage », dix des dix-huit patients s'y rendaient. Le jour de la visite des contrôleurs, six patients de l'unité « 17 rez-de-chaussée » étaient inscrits mais trois d'entre eux ne souhaitaient pas s'y rendre. Les refus des patients sont systématiquement repris en entretien avec le personnel infirmier. Aux pavillons « 4 étage » et « 6 rez-de-chaussée », dix et cinq patients participaient respectivement aux ateliers.

Une équipe de trois patients encadrés par deux infirmiers, entretient les espaces verts de l'UMD. Elle était au travail le 1^{er} juillet 2015.

A Cabanis, un jardin, situé devant le bâtiment d'ergothérapie, est entretenu par des patients. Les parterres contribuent aussi à l'embellissement des lieux.



Plusieurs ateliers sont installés au rez-de-chaussée d'un bâtiment accueillant également la cafétéria et une unité de soins :

- un atelier manufacturier (onze patients le 1^{er} juillet 2015), travaillant en sous-traitance pour un équipementier automobile ; il a été indiqué que le donneur d'ordre n'avait pas d'exigence quant au volume et au rythme de production mais savait s'adapter ;
- un atelier de tapisserie (trois patients le 1^{er} juillet 2015), effectuant la réfection de chaises, de canapé, de fauteuils..., pour honorer des commandes de particuliers, là aussi sans obligation de respecter des dates de livraisons pour que les patients travaillent à leur rythme ;
- un salon de coiffure, où des infirmiers faisant fonction de coiffeur reçoivent des patients, sur rendez-vous, les 1^{er} et 3^{ème} jeudis de chaque mois, pour une coupe gratuite ; il est installé dans les mêmes conditions que celui d'un coiffeur professionnel, avec un miroir en matière incassable ;
- un atelier polyvalent (deux patients le 1^{er} juillet 2015), avec de la vannerie, de la photographie... ;
- un atelier de bois (trois patients le 1^{er} juillet 2015), effectuant des réparations de chaises, de tables, d'armoires..., pour honorer des commandes de particuliers ;
- un atelier d'encadrement ;
- une menuiserie équipée de machines-outils ;
- un atelier d'éducation alimentaire.



Le salon de coiffure et la menuiserie

A Lauzier, le bâtiment d'ergothérapie, en rez-de-chaussée, jouxte la salle de sport.

Différents ateliers y fonctionnent :

- une bibliothèque, bénéficiant de prêts de la médiathèque municipale ; un patient prend en charge la distribution des ouvrages dans les unités ;
 - un atelier bois ;
- un atelier de réfection des canapés, travaillant le cuir, (deux patients le 1^{er} juillet 2015) pour honorer des commandes de particuliers ;
- un atelier polyvalent (quatre patients le 1^{er} juillet 2015), les patients effectuant des dessins, des travaux d'écriture... ;
- un atelier manufacturier (deux patients le 1^{er} juillet 2015), avec la mise en sachet de petites pièces et du travail de soudure ;
- un atelier de création (deux patients le 1^{er} juillet 2015), avec de la découpe de pièces de bois, du ponçage et de la peinture ;
- un atelier d'encadrement ;
- une menuiserie comparable à celle de Cabanis.



La bibliothèque et une pièce fabriquée dans les ateliers

Des séances d'équithérapie sont également programmées.

Le club psychothérapique, association de la loi de 1901, gère les ateliers d'ergothérapie de l'hôpital en finançant l'achat des matières premières et des consommables et en vendant les produits finis. Le club exploite également la cafétéria centrale de l'hôpital mais pas les cafétérias installées à Lauzier et Cabanis. Il assure la vente des cartes téléphoniques, des timbres et du tabac dans les cafétérias de l'UMD. Le CHS met à disposition les locaux, les équipements et les personnels et renouvelle les équipements et matériels lourds. Une convention a été établie à cet effet entre l'établissement et l'association.

Un pécule est versé aux patients pour leur participation à ces activités à raison de 1,38 euro par jour, complété par l'association. Selon les informations recueillies de plusieurs sources concordantes, certains patients obtiendraient ainsi entre 100 et 200 euros par mois.

5.5.1.2 Le sport

Des soignants et des moniteurs d'éducation physique constituent l'équipe des sports et se consacrent entièrement à cette activité.

A Lauzier, un city stade est implanté au centre des bâtiments et une salle de sports est équipée de deux tables de ping-pong, d'appareils de musculation, d'un billard et d'un baby-foot.

Le 1^{er} juillet 2015, cinq patients et cinq soignants menaient différentes activités dans la salle. Durant la visite, les contrôleurs ont constaté que d'autres séances (jeux de quille...) se déroulaient dans l'enceinte, à l'ombre compte tenu de la forte température extérieure.

A Cabanis, une nouvelle salle de sport, conçue en 2014, est située à proximité de l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP). Cette salle, vaste et lumineuse, dispose de huit machines d'entraînement toutes neuves. Une seconde pièce est équipée d'une table de tennis de table. Des sanitaires sont également accessibles aux patients.

Quatre moniteurs de sport animent les activités sportives du lundi au vendredi. Ils peuvent prendre en charge jusqu'à vingt patients notamment lorsqu'une partie de football est organisée.

Selon les propos recueillis, la majorité des patients bénéficient d'une prescription médicale pour participer aux activités sportives.

Le jour du contrôle, une marche rapide était organisée pour une dizaine de patients dans l'enceinte de l'UMD tandis que quatre autres patients effectuaient une course à vélo.

Durant leur visite, les contrôleurs ont rencontré des patients partant à la piscine, comme cela se passe régulièrement.

5.5.1.3 Les sorties thérapeutiques

Les sorties hors de l'UMD sont possibles, sur décision médicale, selon deux régimes :

- le « petit élargissement » qui permet de circuler au sein du centre hospitalier, pour aller à la cafétéria centrale ou la piscine située au sein du centre hospitalier mais aussi pour travailler à l'entretien des espaces verts (qui nécessite de passer d'une enceinte de l'UMD à l'autre) en étant accompagné d'un soignant ;
- le « grand élargissement » qui permet de quitter le centre hospitalier pour les sorties thérapeutiques.

Comme pour l'accès aux ateliers d'ergothérapie, certains patients accèdent très rapidement aux petits et grands élargissements. Ainsi, au « 18 étage », un homme admis à l'UMD depuis moins d'un mois avait accès au petit élargissement et au « 18 rez-de-chaussée », treize des dix-huit patients avaient la possibilité de faire des sorties thérapeutiques ; au pavillon « 9 », treize des dix-huit patients étaient également dans cette situation. Il a été indiqué que ces mesures prises rapidement contribuaient au climat de confiance entre le psychiatre et le patient.

Les sorties thérapeutiques sont fréquentes et les patients peuvent ainsi se rendre en ville, notamment à Sarreguemines, pour aller au cinéma ou au restaurant, faire des achats dans les commerces locaux ou visiter des musées mais aussi à la campagne pour y faire un barbecue, pique-niquer, se promener en forêt, circuler en VTT ou pêcher dans un étang. Il a été indiqué que les sorties en ville étaient cependant plus onéreuses (restaurant, cinéma, achats...) et que certains patients n'en avaient pas les moyens.

Selon les informations recueillies, les demandes de sorties sont transmises à la préfecture huit jours avant la sortie, conformément à l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, et aucun refus n'a été formulé.

Les contrôleurs ont analysé les registres tenus dans les deux loges (à Lauzier et à Cabanis), sur lesquels sont consignées les entrées et sorties de l'UMD, pour mesurer l'entendue de ces sorties.

A Lauzier, en mai et juin 2015, trente sorties ont été organisées pour les patients des trois unités (huit pour le pavillon « 9 », sept pour le pavillon « 18 rez-de-chaussée », onze pour le pavillon « 18 étage » et quatre pour le pôle de réhabilitation sociale) et, globalement, quatre-vingt-dix personnes en ont bénéficié. Entre deux et cinq patients, accompagnés par des soignants (entre deux et six) étaient concernées, chaque fois ; un minibus assure le transport lorsque l'effectif est important.

Ces sorties durent la journée, avec des départs avant 10h30 et un retour dans l'après-midi (une moitié entre 14h et 16h et l'autre entre 16h et 18h). La durée moyenne de ces sorties a été

de 6 heures 30 minutes ; la plus courte a été de 4 heures 45 minutes et la plus longue de 10 heures 30 minutes.

A Cabanis, durant le même période, quatre-vingt-neuf patients du deuxième service ont bénéficié de sorties :

- 6 rez-de-chaussée : vingt-neuf patients ;
- 6 étage : dix-neuf patients ;
- 4 étage : vingt et un patients ;
- 17 rez-de-chaussée : vingt patients.

Au cours d'une dernière randonnée, un patient a tenté de se sauver¹⁴; la sortie n'a pour autant pas été annulée afin de ne pas perturber les autres patients.

Ces sorties fréquentes, avec un nombre de patients important, impose des soignants en nombre suffisant. Il a été indiqué que le faible nombre d'arrêts de maladie et la solidarité des équipes expliquaient ces résultats. Les soignants ont indiqué l'intérêt de ces sorties qui permettent d'observer des comportements des patients parfois très différents de ceux constatés dans les unités et constituent des arguments importants lors des retours vers leurs unités d'origine.

Paradoxalement, ces patients bénéficient, avec ces sorties fréquentes et l'accès régulier aux ateliers d'ergothérapie, d'une liberté dont ils ne disposaient souvent pas dans leur unité d'origine et qu'ils ne retrouveront pas plus à leur retour. Il s'agit là d'une crainte qu'ils expriment fréquemment, avant leur départ, selon les soignants. Les contrôleurs ont noté que de plusieurs patients rencontrés leur ont déclaré « être bien à l'UMD ».

5.5.2 Dans les unités

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur cite d'autres activités menées au sein des unités : des séances de discussion autour d'un thème d'actualité choisi par les patients à la suite de la diffusion d'un reportage ; des actions éducatives telles que l'éducation à l'hygiène alimentaire, l'information sur les maladies sexuellement transmissibles et le programme de réadaptation aux habilités sociales ; le PACT (psychose, aider, comprendre, traiter) est réalisé dans les unités par les ergothérapeutes lorsque les patients ne peuvent pas se rendre aux ateliers. Il ajoute que deux jardins thérapeutiques ont été créés en 2014 et continuent de fonctionner dans les cours du pavillon 6.

5.5.3 Au premier service

5.5.3.1 Les activités avec les soignants des unités

Dans chacune des unités, les contrôleurs ont constaté que les infirmiers étaient au contact des patients et qu'ils menaient des activités avec eux (ping-pong, baby-foot, jeux de société...).

Les samedis, dimanches et jours fériés, en l'absence des personnels du pôle de réhabilitation sociale, les soignants développent davantage les activités et organisent des séances de sport sur le city stade.

¹⁴ Il est revenu seul à l'UMD en fin de journée.

5.5.3.2 La cour

Le pavillon « 9 » bénéficie d'une cour ouverte en permanence en journée (hors heures de repas) et les patients y accèdent librement. Cette cour est entourée d'un saut de loup et la présence d'un soignant n'y est pas indispensable en permanence, ce qui explique, selon les informations recueillies, cette situation favorable. Cette cour est par ailleurs bien aménagée avec des tables et des bancs.



La cour du pavillon 9

Les cours des deux unités du bâtiment 18, comparables, sont accessibles sous réserve qu'un soignant soit présent pour assurer la surveillance, l'espace étant entouré d'une clôture facilement franchissable (même si son franchissement ne permet de sortir de l'UMD, les murs d'enceinte ne le permettant pas). En fait, la cour est divisée en deux espaces : le premier, accessible en permanence, en journée, est situé sous un préau et les fumeurs, notamment peuvent s'y rendre facilement ; le second, séparé du premier par des panneaux métalliques ajourés et une porte d'accès, constitue la véritable cour, avec des espaces verts, des tables, des chaises, un panneau de basket-ball (mais pas de ballon) et une table de ping-pong installée à la demande. Lors de la visite, la température était telle que chacun recherchait un lieu abrité et personne n'y allait.



La cour du pavillon « 18 rez-de-chaussée »

L'unité située à l'étage n'est pas pénalisée car un escalier relie la grande salle d'activité à la cour et son accès est aussi facile qu'au rez-de-chaussée.

Au pavillon « 17 étage », l'accès à la cour est plus compliqué car elle est située au rez-de-chaussée et nécessite la présence d'un soignant. En revanche, un espace ouvert sur l'extérieur, protégé par des grilles, équipé de tables et de bancs, est en libre accès, notamment pour les fumeurs.



L'espace ouvert du « 17 étage »

5.5.3.3 La télévision

Contrairement à ce qui a été observé en 2009, les postes de télévision sont de bonne qualité. Le passage à la TNT, intervenu entre-temps, et la mise en place de téléviseurs à écran plat ont permis cette évolution. Le même constat a été fait dans les deux services.

Deux postes de télévision, placés dans une enceinte avec une façade vitrée, fonctionnaient dans trois des quatre unités, permettant aux patients de mieux se répartir en fonction de leur choix. Dans la quatrième unité, un seul téléviseur était installé, le choix ayant été fait de mettre en place un ordinateur dans la salle de détente pour que les patients chargent leur musique sur leur MP4.

Les télécommandes sont conservées par les soignants qui changent de chaînes à la demande.

Les différentes salles d'activités sont équipées de fauteuils qui doivent être renouvelés. Il a été indiqué que les mobiliers étaient fréquemment cassés lors d'actes de violences et que des essais ont été menés pour trouver des matériels suffisamment résistants.

5.5.3.4 La cafétéria

Les cafétérias de Lauzier et de Cabanis ne sont pas ouvertes tous les jours car la même équipe gère les deux lieux : celle de Lauzier est ouverte entre 14h30 et 18h15 un jour sur trois (pour trois unités) et celle de Cabanis (pour cinq unités de l'UMD et l'USIP), durant les mêmes horaires, les deux autres jours (week-ends et jours fériés inclus).

L'après-midi est divisé en six créneaux de 45 minutes :

- trois entre 14h30 et 16h45 (un par unité) pour les patients qui ne sont pas pris en charge par l'ergothérapie ;

- trois autres entre 16h45 et 18h15 (un par unité) pour les patients pris en charge par l'ergothérapie.

Des produits variés (boissons, friandises...) y sont vendus à des prix modiques.

Il a été indiqué que cette organisation a été mise en place à la suite d'une violente agression et que la cafétéria était jusqu'alors un lieu de rencontre entre les patients des différentes unités.

Les patients s'y déplacent en étant accompagnés d'un soignant de l'unité¹⁵.

Les contrôleurs, qui se sont plus particulièrement intéressés au fonctionnement de celle de Lauzier, ont constaté que la cafétéria n'était plus un espace de rencontre et de convivialité mais fonctionnait comme une supérette où les patients viennent faire leurs achats. Ils arrivent avec leurs sacs, attendent leur tour, vérifient l'état de leur compte, achètent en fonction de leurs ressources, rangent les produits dans leur sac et repartent. Une dimension plus humaine semble avoir été perdue même si les deux agents présents discutent avec leurs « clients ».

5.5.4 Au deuxième service

5.5.4.1 Les activités avec les soignants

Outre les ateliers d'ergothérapie, des activités sont également organisées au sein même des unités durant les après-midi. Il s'agit essentiellement de jeux de société, de parties de tennis de table et de baby-foot. Des parties de pétanque et de football se déroulent le week-end. Des ateliers de pâtisserie sont également animés par les infirmières de façon plus ponctuelle car ils nécessitent systématiquement la présence d'un personnel soignant de sexe masculin. D'autres unités prennent également l'initiative d'organiser d'autres activités, en dehors de jeux de société, telles que des séances de karaoké ou des «ateliers flammenkuche» au moyen d'un four à pain que l'unité se fait livrer. Il convient de préciser que toutes ces activités requièrent un nombre suffisant de personnel soignant. Ainsi, il a été indiqué que dès lors que les soignants étaient au nombre de quatre seulement, les activités s'organisaient plus difficilement.

Le pavillon « 17 rez-de-chaussée » compte parmi son personnel soignant, un infirmier diplômé en art thérapie qui anime des ateliers individuels ou collectifs regroupant de deux à trois patients. Ces derniers peuvent ainsi bénéficier de séances de relaxation, de danse primale (danse dynamique accompagnée par des percussions et la voix des participants) et de rigolothérapie. Le jour de la visite des contrôleurs, l'infirmier animait un atelier de peinture pour trois patients. La participation aux ateliers est soumise à une prescription médicale. Lors de la visite des contrôleurs, la majorité des patients bénéficiaient d'une prescription à l'exception de quatre patients non stabilisés dans leur pathologie.

5.5.4.2 La cour

Les cours sont accessibles environ cinq fois par jour (cf. 5.7.2), la présence d'un personnel soignant est systématique. Durant les après-midi d'été, la cour est accessible durant plusieurs heures.

¹⁵ Avec un soignant pour six patients.

5.5.4.3 La télévision

Chaque unité possède un téléviseur qui fonctionne dans de bonnes conditions (cf. § 5.5.2.3). Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur du centre hospitalier spécialisé ajoute qu'il existe deux téléviseurs dans le plupart des unités et que cela est le cas au « 17 rez-de-chaussée », au « 17 étage », au « 6 rez-de-chaussée », au « 6 étage » et au « 4 étage ».

5.5.4.4 La cafétéria

La cafétéria de Cabanis fonctionne dans des conditions identiques à celles de Lauzier (cf. § 5.5.2.4).

5.6 La communication avec l'extérieur

5.6.1 Le courrier

Dans chaque unité, une boîte à lettres est à la disposition des patients.

Le courrier au départ est déposé à la loge d'entrée, le matin, par l'équipe de nuit. La structure de coordination des soins le récupère. Après avoir été triées, les lettres sont emportées vers 10h30 par le vagemestre soit au service destinataire au sein de l'établissement, soit à *La Poste*.

Le courrier arrivé ainsi que les colis à destination des patients sont amenés aux loges par le vagemestre.

Les colis sont inscrits sur un registre et les infirmiers des pavillons viennent les récupérer aux loges en signant la prise en charge. Les colis sont remis en main propre aux patients et déballés devant les infirmiers.

Le courrier est cacheté par les patients et n'est jamais lu, ni à l'arrivée ni au départ. Il a été indiqué que des soignants pouvaient apporter une aide lors de la rédaction de courriers destinés à des autorités.

Les timbres sont en vente à la cafétéria. Il est possible aux patients d'envoyer des courriers recommandés ; la procédure est expliquée et parfois effectuée par les soignants.

5.6.2 Les visites

Là aussi, la règle de la liberté de recevoir des visites prévaut et les interdictions constituent l'exception. Ces dernières sont peu fréquentes. Un cas particulier a été cité : une mère, souffrant elle-même d'une pathologie psychiatrique, dont les appels téléphoniques étaient non pas interdits mais filtrés ; les soignants s'entretiennent avec elle pour évaluer son état avant de la mettre en relation avec son fils.

Lors de la visite, quatorze patients ne pouvaient pas recevoir de visites, en raison de prescriptions médicales et sept n'étaient autorisés à recevoir que leur famille. Quarante-six avaient des visites mais soixante-deux n'en bénéficiaient d'aucune.

Après l'admission d'un patient, un courrier est adressé à sa famille pour l'informer des conditions de déroulement des visites. Les visiteurs avisent préalablement l'unité de leur venue et, à leur arrivée, se présentent à la structure de coordination des soins. Ils sont ensuite accueillis

à la loge par les soignants ; des casiers y sont mis à leur disposition pour ranger des objets interdits dans les unités tels que les téléphones mobiles.

5.6.2.1 Au premier service

Seule l'unité « 17 étage », la plus récente, bénéficie d'une pièce affectée aux visites : elle sert également aux patients voulant téléphoner. Une table basse et trois chaises constituent le mobilier et deux fenêtres laissent pénétrer la lumière naturelle. La confidentialité y est préservée.

Dans les deux unités du bâtiment 18, les visites se déroulent dans le hall d'entrée. Des sièges y sont placés à cet effet. Un *point phone* se trouve également dans ce hall, à l'unité « 18 rez-de-chaussée ». Cet endroit qui est un lieu de passage, avec des entrées et des sorties, ne permet pas des échanges familiaux dans de bonnes conditions.

La situation est pire au pavillon « 9 » car aucun espace n'y est prévu. A titre palliatif, les visites se déroulent dans le bureau du cadre de santé et n'ont donc lieu que les samedis et dimanches.

Selon les informations recueillies, des facilités sont accordées aux familles qui viennent de loin et restent plusieurs jours à Sarreguemines ; ainsi, à l'unité « 17 étage », a-t-il été précisé que ces proches peuvent venir le matin alors que les visites se déroulent normalement l'après-midi.

L'éloignement des patients et la durée de certains séjours font que des liens familiaux se distendent parfois. A titre d'exemple, à l'unité « 17 étage », quatre patients n'ont plus de contact avec leurs proches ; en revanche, une mère, qui habite dans la région, rend visite à son fils chaque semaine. Dans d'autres unités, il a été indiqué que certaines familles ne viennent plus mais prennent des informations auprès des soignants, sans autre contact avec leur parent.

Les contrôleurs ont analysé le registre tenu dans la loge de Lauzier, sur lesquels sont consignées les entrées et sorties de l'UMD, pour mesurer le nombre des visites reçues entre le 1^{er} mai et le 30 juin 2015.

Pour les trois unités, vingt-cinq visites (onze en mai et quatorze en juin) sont ainsi recensées dont vingt-deux le samedi ou le dimanche.

Elles sont inégalement réparties selon les unités : neuf pour des patients du pavillon « 9 » ; douze pour ceux de l'unité « 17 rez-de-chaussée » ; quatre pour ceux de l'unité « 17 étage ».

Elles n'ont concerné que douze patients : trois ont reçu quatre visites ; un en a reçu trois ; deux ont en reçu deux ; les six autres n'en ont reçu qu'une seule.

Toutes ces visites se sont déroulées l'après-midi et ont duré¹⁶ :

- moins d'une heure : quatre ;
- entre une et deux heures : treize ;
- entre deux et trois heures : sept.

La plus courte a duré entre trente-cinq minutes et la plus longue, trois heures.

A deux reprises, une même unité a accueilli deux visites au cours du même après-midi :

- dans un cas, l'une a succédé à l'autre ;

¹⁶ Dans un cas, l'absence de l'heure de sortie n'a pas permis d'en connaître la durée.

- dans l'autre cas, elles se sont déroulées dans les mêmes créneaux horaires ; il a été indiqué qu'une des salles d'activité avait alors été réservée à cet effet.

5.6.2.2 Au deuxième service

Lors de la précédente visite les contrôleurs avaient fait les constats suivants :

Dans les unités [« 4 étage », « 6 rez-de-chaussée » et « 6 étage »], aucun local dédié aux visites n'est prévue. Dans deux unités « 6 rez-de-chaussée » et « 6 étage », les rencontres entre le patient et ses visiteurs se déroulent dans le hall d'entrée. A l'unité « 4 », une salle d'activités est utilisée pour que les entretiens se déroulent dans un cadre plus intime et plus convivial.

Le règlement intérieur précise que les visites sont « surveillées, sauf contre-indication médicale » et à l'exception des rencontres avec les avocats ou les représentants d'un culte.

L'entrée par les visiteurs d'appareils photographiques, de caméscopes, de téléphones cellulaires (s'ils permettent de photographier) est interdite dans les UMD. Ils sont alors déposés dans une enveloppe et laissés à la structure de coordination.

Les contrôleurs n'ont pas trouvé d'évolution notable dans la prise en charge des visites.

Ils ont examiné le registre d'entrée tenu à la loge de Cabanis et ont noté dix-neuf visites pour les mois de mai et juin 2015.

Au pavillon « 17 rez-de-chaussée », récemment construit, la salle d'accueil des visiteurs à la particularité d'avoir deux accès : l'un, direct depuis l'extérieur, pour les visiteurs, leur évitant de pénétrer dans l'unité proprement dite et de croiser les patients ; l'autre, intérieur à l'unité, pour les patients visités.

5.6.3 Le téléphone

Lors de la visite, sur 136 patients présents dans les huit unités, 6 n'étaient pas autorisés à téléphoner et 9 pouvaient le faire en étant encadrés. Cinquante-deux autres pouvaient téléphoner mais soixante-neuf n'avaient pas fait de demande.

5.6.3.1 Au premier service

Les patients peuvent téléphoner tous les jours lorsqu'ils ont reçu l'autorisation du médecin.

Dans les pavillons 9 et 18, il n'existe pas de salle dédiée à l'usage du téléphone. Les appels sont passés dans des lieux de passage, dénués de confidentialité et sans aucun confort.

Au pavillon 18, les appels sont passés depuis le sas d'entrée, au rez-de-chaussée comme à l'étage, à la seule différence qu'un *point phone* y est installé au rez-de-chaussée alors que les appels sont passés au moyen d'un téléphone sans fil à l'étage.

Au pavillon 9, les appels sont passés au moyen d'un téléphone sans fil, dans le couloir d'accès à la zone de vie des patients, autour duquel sont répartis le bureau du cadre de santé et le bureau des infirmiers.

Seul le pavillon 17 met à disposition des patients une salle pour téléphoner, utilisée également pour les visites. Cette salle fermée, permet d'assurer la tranquillité et la confidentialité des conversations téléphoniques.

5.6.3.2 Au deuxième service

Lors de la dernière visite, les contrôleurs avaient fait les constats suivants :

Les téléphones portables des patients sont systématiquement remis à l'unité de soins lors de l'admission. Des cartes de téléphone sont en vente à la cafétéria à 5 euros (pour la métropole) et à 7,50 euros (pour l'international).

Sauf avis contraire du médecin, les patients peuvent donner ou recevoir des communications téléphoniques.[...]. Il est recommandé aux patients de passer leurs appels après 10h00, le soir et pendant le week-end, en raison des tarifs moins élevés et de la disponibilité plus grande du personnel.

Dans chaque unité, une ligne téléphonique est réservée aux patients et un téléphone sans fil est à leur disposition.

Lorsque des communications leur sont destinées, les patients en sont informés et viennent au bureau des infirmiers pour prendre l'appareil.

Lorsqu'ils veulent appeler un correspondant, ils récupèrent le téléphone sans fil au bureau des infirmiers, compose leur code personnel permettant leur identification servant au paiement avant de taper le numéro demandé. La durée maximum de communication s'affiche, en fonction de l'approvisionnement de leur compte. Les soignants aident ceux qui éprouvent des difficultés à réaliser ces opérations.

A Cabanis, ils s'installent généralement dans le hall d'entrée pour téléphoner.

Les communications ne sont pas écoutées, mais les lieux ne permettent pas la confidentialité des conversations.

Rien n'a évolué depuis la dernière visite, sauf pour le pavillon « 17 rez-de-chaussée » où le patient a la possibilité de donner ou de recevoir ses communications dans la salle des visites. Les contrôleurs ont assisté à la réception d'une communication pour un patient, ce dernier était installé dans le hall, entre deux portes, plusieurs personnes ont traversé ce hall sans prendre de précautions, le patient indiquait alors à son correspondant d'arrêter de parler le temps de pouvoir retrouver un peu de calme pour continuer sa discussion. Compte tenu de l'état psychique et fragile de certains patients, cette pratique peut être déstabilisante et ne pas inciter les patients à l'usage du téléphone.

5.6.4 L'informatique et l'accès à Internet

Les quelques postes informatiques en place dans les salles d'activités sont utilisés par les soignants pour charger sur les MP4 des patients des morceaux de musique dont ils disposent sur CD. Au deuxième service, une utilisation pour du traitement de texte a également été évoquée.

Aucune installation ne permet aux patients d'accéder à internet.

A l'unité « 17 étage », dans une chambre, un patient mineur avait conservé son ordinateur portable pour accéder à ses jeux et écouter de la musique.

Au deuxième service, il a été rapporté aux contrôleurs qu'un patient avait eu la possibilité d'utiliser son propre ordinateur portable, dans le cadre d'une procédure individualisée et validée par le médecin, avec des horaires encadrés, dans le bureau infirmier.



La seule chambre avec un ordinateur portable posé sur la table

5.6.5 Le droit de vote

Les patients qui souhaitent exercer leurs droits de vote ont la possibilité de le faire savoir à l'infirmier du service. Les demandes sont alors faites par écrit par le patient, éventuellement avec l'aide d'un soignant, et sont regroupées et transmises à la structure de coordination des soins.

Ce service transmet les demandes à un officier de police judiciaire qui se déplace afin d'établir les procurations.

Certains patients peuvent aussi demander à sortir, accompagné d'un soignant, dans le cadre d'une permission pour se rendre sur le lieu du vote.

5.6.6 L'exercice du culte

Une chapelle est située hors de l'enceinte de l'UMD, à mi-chemin entre les loges de Lauzier et de Cabanis. L'office a lieu le dimanche matin et est célébré par l'aumônier de l'hôpital.

Les patients souhaitant s'y rendre en font la demande et sont accompagnés par les soignants.

Un patient qui souhaiterait se rendre à la chapelle hors l'office du dimanche doit aussi en faire la demande ; cette dernière ne pourra être satisfaite qu'en fonction des effectifs du personnel soignant et de leur disponibilité.

Les cultes musulman et protestant ne sont pas présents à temps complet mais il est possible de contacter un imam ou un pasteur en cas de besoin. Il a été expliqué aux contrôleurs que les patients de confession musulmane préféreraient s'entretenir avec leurs imams et que beaucoup d'entre eux, compte tenu de l'éloignement géographique des patients, refusaient de se déplacer.

5.7 L'accès au tabac

Le libre accès au tabac est la règle et les patients conservent leurs paquets de cigarettes ; des casiers fermés à clé sont à leur disposition dans une salle d'activités pour les y ranger. Par dérogation à ce principe, les soignants conservent ceux des patients incapables de gérer seuls leur

consommation pour éviter qu'ils ne fument trop vite les cigarettes dont ils disposent, mais aussi de ceux qui, faibles, risquent d'être victimes de rackets.

Les patients ont la possibilité de se procurer du tabac à la cafétéria (cf. § 5.9.2) et pour ceux n'étant pas autorisés à s'y rendre, le personnel soignant se charge d'effectuer les achats.

Il est interdit de fumer à l'intérieur des locaux et les fumeurs doivent aller dans la cour ou dans un espace extérieur prévu (cf. § 5.5.2.2). Un briquet, relié à une chaîne scellée dans le mur et verrouillé par une installation artisanale, y est placé pour que chacun puisse allumer sa cigarette sans faire appel à un soignant. Des allume-cigarettes électriques devraient être installées dans toutes les cours des unités, a-t-il été précisé.

Le fumoir n'est pas ouvert toute la journée et les horaires d'ouverture varient selon les unités. A titre d'exemple, les horaires du pavillon « 17 rez-de-chaussée » sont les suivants : de 8h45 à 11h45, de 12h20 à 12h35, de 15h à 18h15 et de 19h à 21h. Au pavillon 4 étage, la cour est fermée entre 8h30 et 10h et à partir de 20h30.

Au deuxième service, les patients placés en isolement séquentiel peuvent également avoir accès au fumoir lorsqu'il est fermé aux autres patients. Il a toutefois été indiqué que cela monopolisait les soignants et que par conséquent son accès n'était pas systématique.



Le briquet fixé au mur

5.8 L'argent des patients

A l'admission du patient, les sommes d'argent en numéraire sont déposées à la régie sur un compte à son nom. En cas d'admission en dehors des heures et jours d'ouverture de la régie du CHS, les sommes seront provisoirement déposées dans le coffre de la structure de coordination des soins. La traçabilité des opérations est assurée sur des documents pré imprimés.

Afin de prévenir les risques liés à la circulation d'argent dans les unités et le racket, les patients ne sont pas en possession de numéraire. Un système de compte en lien avec la régie de l'hôpital est mis en place. Les mouvements d'argent de chaque patient y sont tracés.

Le patient peut effectuer une demande de virement d'argent sur le compte « cafétéria » une fois par semaine, en fonction de ses possibilités financières.

Les infirmiers analysent les besoins des patients et les aide à prioriser certains achats

En dehors de ce virement hebdomadaire, l'accès à l'argent liquide reste possible pour les sorties médicales ; les sommes sont définies avec le patient, selon ses capacités financières et les objectifs de la sortie (achat de vêtements, cinéma, restaurant...).

Au moment du retour du patient vers son hôpital d'origine, 50 euros au plus peuvent être retirés en numéraire à la régie. Le solde de son compte est transmis sous forme de virement bancaire vers son établissement de transfert.

Le centre hospitalier donne la possibilité à chaque patient d'obtenir une contribution appelée pécule pour son travail effectué dans les ateliers (cf. § 5.5.1-A) et / ou dans les unités de soins. Ce pécule prend en compte des notions de présence et d'efficacité. Il est versé à la fin de chaque mois et chaque patient peut en disposer librement. Dans tous les cas, les conditions de cette rétribution sont expliquées au patient par le personnel et font l'objet d'un contrat oral entre les différents partenaires.

Aux ateliers, c'est un élément permettant d'évaluer l'assiduité du patient, cette contribution est calculée sur la base de demi-journée de présence aux ateliers manufacturiers, soit 1,38 euro par journée.

Dans les unités de soins, chaque tâche à effectuer a un niveau de rémunération fixe, définie par l'équipe soignante en fonction de sa pénibilité et des capacités du patient. Le niveau d'efficacité fourni par le patient sera évalué sur la base d'un consensus d'équipe sous l'angle quantitatif et qualitatif, sous la responsabilité du cadre de santé.

5.9 L'organisation de la journée

Les journées sont organisées de manière identique dans chaque pavillon. Le réveil s'effectue à 7h30 en semaine et 8h30, les week-ends.

La journée débute par le petit déjeuner et la distribution des traitements. Les jours de semaine, les patients se rendent aux ateliers d'ergothérapie ; la cour et la salle d'activité sont également accessibles.

Vers 11h30, au retour des ateliers, les infirmiers dispensent les traitements puis le repas est servi. Les patients qui le souhaitent peuvent se reposer dans leur chambre jusqu'à 14h30 tandis que les autres ont accès aux fumoirs ou aux ateliers dès 13h30. A l'exception des temps de repos, les patients sont invités à ne pas rester toute la journée dans leur chambre. Ceux qui souhaitent demeurer dans leur chambre doivent en faire la demande auprès du médecin qui va négocier avec le patient des créneaux horaires spécifiques.

Les retours des ateliers s'effectuent à 16h30, les patients ont la possibilité de se rendre dans la salle d'activités ou dans la cour. Le dîner et la dispensation des traitements ont lieu à 18h. Un premier coucher est organisé à 19h30 et un second vers 20h45.

Selon les propos recueillis, le lever et le coucher des patients sont organisés de façon assez sécuritaire et peuvent mobiliser deux à trois soignants pour un seul patient. Ce sont des moments sensibles où il convient d'évaluer l'état psychique du patient notamment au réveil et de s'assurer

également que ce dernier ne dissimule pas d'objet dangereux pouvant porter atteinte à son intégrité physique ou à celle d'un soignant.

5.10 La sûreté

Lors de la dernière visite les contrôleurs avaient fait les constatations suivantes :

La structure de coordination des soins

La structure de coordination des soins a une vue globale de l'activité au sein du CHS. Activée en permanence, elle regroupe treize cadres de santé qui se relaient, par équipes de deux, en trois vacations (de 6h30 à 14h30, de 14h à 22h et de 21h45 à 6h45).

[...]

Elle constitue également la plaque tournante pour le courrier entrant et sortant de l'UMD.

[...]

Elle dispose d'une équipe d'agents de sécurité, des personnels des loges et gère la vidéosurveillance.

Les équipes de sécurité

Vingt-trois agents de sécurité se relaient pour patrouiller sur l'ensemble des deux centres hospitaliers, le CHS et le centre hospitalier.

De jour, trois agents sont en service de 6h à 14h, trois autres le sont de 14h à 22h. De nuit, de 22h à 6h, l'équipe est portée à quatre.

Ils interviennent à la demande ou lors du déclenchement d'une alerte émise par un PTI. Une des deux personnes de la structure de coordination se déplace alors également. L'intervention au sein de l'UMD n'est effectuée que sur demande de la structure.

Les loges

Les loges sont installées dans un bâtiment situé à l'entrée de chaque site. Elles dépendent de la structure de coordination.

Quatre agents d'accueil sont affectés dans chaque loge, assurant une présence de 6h10 à 14h et de 14h à 22h10.

Ils contrôlent les entrées et les sorties. Les entrées s'effectuent:

- à pied, par la porte d'entrée de la loge, le piéton passant ensuite dans un sas pour en sortir par un portillon ;

- en véhicule, par un portail en bois donnant directement dans le sas pour en sortir par un autre portail à structure métallique.

Les sorties empruntent le chemin inverse.

A la loge de l'UMD Cabanis, un registre sert à enregistrer les entrées des personnes ne faisant pas partie des personnels soignants.

[...]

La vidéosurveillance.

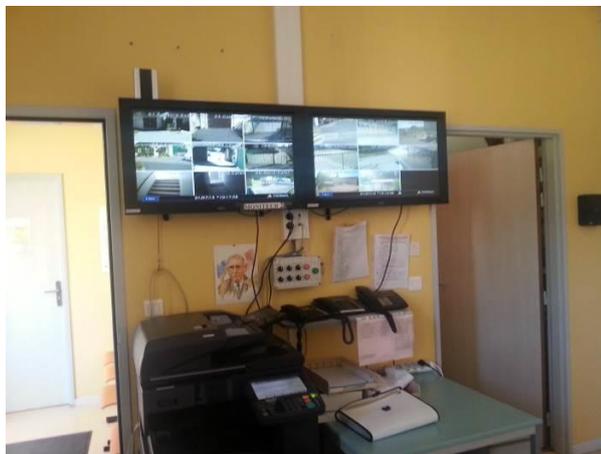
[...]

Chacun des deux sites bénéficie de trois caméras ayant pour objet de surveiller leurs accès, à hauteur du sas jouxtant la loge. Deux d'entre elles, l'une installée à l'extérieur du site et l'autre à l'intérieur, font face au portail d'entrée, et la troisième est dirigée vers le portillon réservé aux piétons et le portail d'accès en véhicule.

Les caméras sont fixes et ne peuvent pas être pilotées. Les images sont reportées sur un écran installé dans le bureau de la structure de coordination des soins. Il est possible d'avoir une mosaïque de neuf images dont huit sont utilisées, chacune étant numérotée. Leur qualité est bonne. Il est également possible de n'afficher que l'image d'une seule caméra.

Les images sont stockées durant six jours.

La situation reste inchangée depuis la dernière visite.



Le poste de vidéosurveillance de la structure de coordination des soins

6 LES SOINS

6.1 Les soins psychiatriques

6.1.1 L'admission du patient

Selon les propos recueillis par les contrôleurs, la procédure d'admission est quasiment identique dans toutes les unités.

A leur arrivée, les patients sont accueillis au pas de la porte de l'unité par le cadre de santé et un personnel soignant. Puis, il est dirigé vers la chambre de soins intensifs (CSI) ou en chambre normale (lorsque la CSI est occupée ou n'existe pas dans l'unité). Le patient est systématiquement soumis au port du pyjama et fait l'objet d'un temps d'observation d'une durée de 48 heures au minimum. Il lui est expliqué qu'il n'est pas soumis à l'isolement mais qu'il s'agit d'un temps d'observation. A cet égard, un cadre de santé a expliqué aux contrôleurs que cette période de 48 heures « permettait au personnel soignant et au patient de s'apprivoiser ». Un des médecins du

2^{ème} service a pour habitude de poser le cadre au patient en ces termes: « *la clef de cette chambre vous appartient, c'est à vous de voir si vous voulez être dehors ou dedans* ».

Ces temps d'observation peuvent être prolongés lorsque le patient a été soumis à la contention durant plusieurs semaines dans l'établissement d'origine. Cependant, le recours à la contention prend fin dès l'admission dans l'unité. Dans la majorité des cas, les médecins respectent la durée des 48 heures d'observation à l'exception d'un médecin du premier service qui adapte cette durée en fonction de l'état du patient ou lorsque ce dernier est déjà connu du service. Un des médecins du 2^{ème} service a indiqué qu'il préférerait maintenir systématiquement la durée des 48 heures afin d'éviter que d'autres patients en fassent un argument pour remettre en cause leur prise en charge. En revanche, selon l'état psychique du patient il existe des fenêtres de sortie, prescrites par le médecin, permettant au patient de fumer. Certains infirmiers s'en tiennent uniquement à la prescription médicale pour faire sortir le patient, d'autres prennent l'initiative de le faire sortir.

En principe le patient est examiné dans les deux heures qui suivent son admission par un des médecins de l'unité ou par le médecin de garde. Bien souvent, le patient arrive contenu et sédaté. Les médecins rencontrés par les contrôleurs ont indiqué qu'ils diminuaient d'emblée les doses de neuroleptiques. La majorité des patients ayant bénéficié d'un bilan somatique dans leur établissement d'origine, seuls un bilan sanguin, un électrocardiogramme et une radiographie des poumons sont réalisés. Un bilan sérologique comprenant des tests de dépistage des virus des hépatites B et C et du VIH ne sont effectués qu'avec l'accord du patient. Une consultation dentaire est également posée.

Un entretien avec le psychologue est proposé de façon systématique, selon la pathologie et les capacités cognitives du patient, une psychothérapie est instaurée. Lors de la visite des contrôleurs, un psychologue était en congé de maternité et un poste de psychologue était vacant au 2^{ème} service ; un recrutement était en cours.

Durant la période d'observation, le personnel infirmier se rend toutes les heures dans la chambre du patient et évalue son état thymique. Une bouteille d'eau, le livret d'accueil et des revues sont mises à sa disposition. Pour les fumeurs, il est proposé un substitut nicotinique (patch ou gomme Nicorette®). Les repas sont pris en chambre.

6.1.2 Le suivi du patient et l'organisation des soins

Après la période d'observation, s'ensuit une phase d'intégration progressive au sein de l'unité. La prise en charge thérapeutique s'articule d'une part, autour du traitement médicamenteux visant à diminuer les hallucinations, les pulsions et les angoisses et, d'autre part, autour des activités et des sorties afin d'autonomiser le patient.

A l'issue des quinze premiers jours d'hospitalisation, le patient va bénéficier d'un « premier élargissement » lui offrant la possibilité de participer à des activités dans l'enceinte de l'hôpital. Selon son évolution et son état thymique, il peut bénéficier, au bout de deux à trois mois d'hospitalisation, du « grand élargissement » lui permettant d'avoir accès aux sorties thérapeutiques organisées à l'extérieur de l'hôpital (cf. § 5.5). Selon les propos d'un cadre de santé, malgré la présence des murs d'enceinte, l'UMD de Sarreguemines n'a pas vocation à être sécuritaire et à enfermer les gens. A l'intérieur des murs, les patients sont relativement libres.

Les patients sont vus par les médecins au minimum une fois par semaine et, ceux dont la pathologie le requiert sont vus en entretien à raison de trois fois par semaine. Les patients placés en isolement sont examinés tous les jours.

En dépit des observations formulées par les contrôleurs à l'issue de leur première visite¹⁷, le temps médical consacré aux UMD continue à être détourné au profit des unités d'hospitalisation de secteur. A cet égard, un des médecins rencontrés par les contrôleurs a tenu les propos suivants : « *Le temps en UMD ne s'écoule pas comme ailleurs, les patients peuvent attendre alors que dans les unités d'hospitalisations la durée de séjour des patients est très courte. Aujourd'hui nous accueillons moins de patients relevant de l'irresponsabilité pénale mais le nombre de patients souffrant de psychose infantile vieillissante ou présentant des troubles autistiques est en constante augmentation. Ces patients exigent une présence médicale plus soutenue si nous voulons tenter des fenêtres thérapeutiques* ».

La prise en charge médicale des patients est avant tout un travail d'équipe regroupant à la fois les médecins et le personnel paramédical. Les infirmiers assistent aux consultations menées par le psychiatre à moins que le patient ne s'y oppose. Selon les propos recueillis, 95 % des décisions sont prises en équipe notamment quand il s'agit de procéder à un échange de patients entre UMD, pour lesquels il existe un constat d'échec thérapeutique. Ainsi pour un patient hospitalisé depuis quatre ans à Cabanis et confiné dans sa chambre car ses angoisses induisent des passages à l'acte sur autrui, il a été décidé, en équipe, malgré de nombreuses tentatives pour le faire sortir de sa chambre, de le transférer dans une autre UMD.

Des réunions de synthèse, regroupant les médecins, les infirmiers, les psychologues et les ergothérapeutes, ont lieu environ tous les quinze jours dans certaines unités. Elles ont pour objectif de passer en revue les patients notamment les cas posant des difficultés de prise en charge. D'autres pavillons, comme le 4^{ème} étage, ont fait le choix de supprimer ces réunions de synthèse privilégiant les temps de transmission, en présence du médecin, afin de faciliter le processus de décision concernant les cas les plus urgents.

Les contrôleurs ont constaté qu'il existait une réelle volonté de la part des soignants de remettre en question leurs pratiques, le bien-être du patient restant au centre des préoccupations de chacun. Certaines unités accueillent volontiers des étudiants en soins infirmiers pouvant apporter ainsi un regard extérieur. Environ tous les mois, se tient un conseil des patients réunissant le personnel soignant et les patients. Ce conseil, mené sous la supervision du psychologue, a pour objectif de permettre aux patients d'être acteurs de leur prise en charge. Lors de cette réunion sont abordés les questions portant sur différents sujets comme l'accès aux ordinateurs ou l'organisation des activités.

Concernant les relations sexuelles, une réflexion a été engagée au sein de certaines unités. Un des médecins a tenu les propos suivants : « *ces hommes ont besoin de se sentir encore virils malgré la prise de neuroleptiques qui atténuent sensiblement leur libido. Certains sont hospitalisés depuis de nombreuses années, la promiscuité favorise les relations sexuelles ce que je peux comprendre* ». La majorité des soignants interrogés sur ce point ont indiqué que les relations

¹⁷ Conclusion n°20 : Il conviendrait que le temps médical prévu au sein des UMD ne soit pas détourné au profit des autres activités du secteur.

sexuelles étaient tolérées dès lors qu'elles étaient consenties et que les patients faisaient preuve de discrétion. D'autres soignants sont également favorables à l'achat de revues pornographiques dès lors qu'elles sont conservées en chambre.

6.1.3 La procédure de sortie des patients

L'ensemble du personnel soignant s'accorde à dire qu'un travail en amont doit être réalisé pour améliorer la préparation à la sortie du patient.

Actuellement, les échanges entre les équipes de soins de l'UMD et des établissements d'origine sont restreints. Certains médecins se mettent en relation avec les équipes soignantes de l'UMD au moment où la décision de réadmission d'un patient leur est communiquée. Bien souvent, les équipes appréhendent le retour du patient notamment lorsqu'il s'est produit une agression sur l'un des soignants, et l'incident est encore présent dans l'esprit de chacun. Par ailleurs, n'ayant pas suivi l'évolution du patient, les soignants n'envisagent pas de le laisser aller et venir librement une fois réadmis dans leur unité. Le patient appréhende également son retour dans l'établissement, craignant de devoir être soumis à nouveau à l'isolement voire même à la contention. Selon les propos d'un médecin, un projet de visioconférence est en cours de réflexion afin d'assurer une meilleure continuité des soins. En outre, cela permettrait à l'équipe soignante de l'établissement d'origine de suivre l'évolution du patient et de recréer du lien progressivement.

6.2 Les soins somatiques

L'organisation des soins somatiques n'a pas évolué depuis la première visite des contrôleurs¹⁸.

Les soins somatiques sont assurés par les psychiatres pour les patients du 1^{er} service tandis que les patients du 2^{ème} service sont pris en charge par un médecin somaticien rattaché à l'hôpital général et qui intervient à raison d'une demi-journée par semaine. Cependant, le médecin somaticien intervient immédiatement pour les urgences et, en son absence, le médecin de garde prend le relais.

S'agissant des consultations spécialisées, il a été indiqué que la prise de rendez-vous était facilitée car le patient était déjà hospitalisé. Certains spécialistes, comme les neurologues, consultent au sein même de l'UMD.

Selon les propos recueillis, un projet d'intégrer un pôle somatique est en cours d'élaboration et devrait être finalisé d'ici la fin de l'année 2015. Il permettra d'offrir la même prise en charge identique à l'ensemble des patients hospitalisés en UMD et à l'USIP.

¹⁸ A l'issue de la première visite, les contrôleurs avaient émis l'observation suivante : les soins somatiques ne sont pas organisés de manière identique dans les deux UMD, l'une faisant appel à un médecin généraliste et l'autre assurant ces soins par un psychiatre. Il conviendrait d'harmoniser les pratiques.

6.3 La dispensation des médicaments

Le mode de dispensation des traitements varie selon les pavillons. Cependant, si les pratiques sont différentes d'une unité à une autre, toutes ont fait l'objet d'une réflexion et d'une discussion en équipe.

Ainsi au pavillon « 17 rez-de-chaussée », le personnel soignant a fait le choix de distribuer les traitements du midi et du soir, juste avant le moment du repas ce qui permet de rassembler un maximum de patients. Ces derniers se placent en file indienne, la distribution est effectuée par deux infirmiers permettant à l'un de répondre aux éventuelles questions ou de négocier avec un patient réticent à prendre son traitement. Selon les propos recueillis, ce mode de dispensation permet également au patient de différencier le soin (dispensation des traitements) des temps de repas. Dans d'autres unités, comme le pavillon 4, les traitements sont donnés au moment des repas. Moment clef qui offre la possibilité au patient de se poser et d'être plus réceptif aux éventuelles explications fournies par l'infirmier. D'autres unités ont fait le choix de dispenser les traitements dans la pharmacie privilégiant ainsi la confidentialité des soins.

7 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

7.1 La procédure d'isolement

Lors de l'admission, les patients sont placés en chambre d'isolement pour une période d'observation dont la durée peut varier selon les cas (cf. § 6.1.1).

Lors de la visite, quelques hommes étaient placés en isolement. Tel était notamment le cas à l'unité « 18 étage » (l'un était dans la chambre d'isolement et l'autre dans sa chambre) et à l'unité « 17 étage » (un patient occupait une des deux chambres d'isolement).

Durant la visite, les contrôleurs ont noté que des patients en isolement strict avaient été autorisés à sortir de la chambre durant une courte période en raison de la température caniculaire.

Ces périodes d'isolement strict sont limités et, rapidement, un régime de retrait séquentiel est adopté durant une période transitoire avant que le patient accède au régime normal.

De même, par la suite, le placement en isolement est de courte durée et est suivi d'une période de retrait séquentiel, permettant au patient d'être placé en chambre ordinaire et de bénéficier de période de sortie dont la durée est fixée au cas par cas. Certains patients restent dans cette situation durant de longues périodes. A titre d'exemple, sept des trente-trois patients des unités « 18 rez-de-chaussée » et « 18 étage » étaient en retrait séquentiel lors de la visite des contrôleurs : ils sortaient de leur chambre deux à trois heures le matin et autant l'après-midi.

« *Le retrait séquentiel est un contrat entre le médecin et le patient et le mesure lui est expliquée* » a-t-il été précisé.

Le placement à l'isolement fait l'objet d'une prescription médicale renouvelée toutes les 24 heures ; un psychiatre de garde assure ces visites durant les week-ends et jours fériés.

Le retrait séquentiel est réévalué chaque semaine.

Les patients placés en isolement prennent leur repas dans leur chambre. Une assiette en plastique et une cuillère en plastique sont les seuls équipements autorisés mais tous les aliments sont préalablement coupés pour que ces personnes puissent manger ainsi.

7.2 Les chambres d'isolement

Comme dans l'ensemble des locaux et notamment des chambres de l'UMD, aucune caméra de vidéosurveillance n'est installée dans les chambres d'isolement.

7.2.1 Au premier service

Le pavillon « 9 » ne dispose d'aucune chambre d'isolement et les patients placés en isolement restent dans leurs chambres¹⁹.

Les deux unités du bâtiment 18 sont dotées, chacune, d'une chambre d'isolement. Elles sont identiques à celles déjà décrites à l'issue de la précédente visite :

Située à proximité du bureau infirmier, la chambre de soins intensifs est une pièce éclairée grâce à une large baie vitrée. Elle a une surface de 13,86 m². Une deuxième porte est destinée à l'évacuation d'urgence en cas d'incendie. Le lit est fixé au sol au centre de la pièce. Au-dessus du lit, le patient dispose d'un bouton d'appel relié au bureau infirmier et d'une commande de l'éclairage électrique. Un cabinet de toilette avec lavabo (eau chaude et eau froide) et cuvette WC se trouve dans un coin. L'ensemble de la chambre est visible du couloir par la porte vitrée et par la lucarne donnant sur le cabinet de toilette.

L'unité « 17 étage » est dotée de deux chambres d'isolement, placées l'une à côté de l'autre. Un local de douche est situé entre les deux. Elles sont identiques à celle de l'unité « 17 rez-de-chaussée » (cf. *infra*).

Des horloges sont placées devant chacune de ces chambres.

Les contrôleurs observent que les WC des chambres d'isolement sont directement visibles de l'extérieur, par la lucarne vitrée. Même si les soignants ne regardent pas les patients lorsqu'ils sont aux toilettes, cette situation peut être particulièrement mal vécue par les intéressés dont l'intimité est alors mal respectée.

7.2.2 Au deuxième service

Les unités « 4étage », « 6 rez-de-chaussée » et « 6 étage » dispose chacune d'une chambre d'isolement conforme à celle décrite par les contrôleurs lors de leur précédente visite :

La chambre d'isolement mesure 12 m². Elle ne diffère d'une chambre individuelle que sur deux points :

- au fond de la pièce, se trouve une porte d'intervention ;*
- le « coin toilettes » est installé dans une pièce séparée, en forme de quart d'ellipse.*

¹⁹ Leur configuration rappelle toutefois celle des chambres d'isolement – cf. § 5.1.1.

La porte de séparation est équipée d'une lucarne de 19 cm sur 15 cm. Un WC à l'anglaise sans abattant se situe dans un angle. Un lavabo distribuant de l'eau chaude et de l'eau froide est surmonté de carrelages sur une hauteur de 1,50 m.

Les deux chambres de soins intensifs (CSI) du pavillon « 17 rez-de-chaussée » sont situées en face du poste de soins infirmiers. Le personnel soignant a fait le choix de ne pas faire installer de caméra dans la CSI privilégiant ainsi l'observation et la surveillance directe du patient.

Ces chambres ne sont pas équipées d'un sas mais de deux portes, l'une donnant accès à la chambre et la seconde à l'espace sanitaire. Ces deux portes sont dotées d'un fenestron offrant une vue d'ensemble y compris sur l'espace sanitaire.

Les chambres sont équipées d'un lit médicalisé, fixé au sol, recouvert d'un édredon à motifs colorés qui atténue, en partie, l'aspect austère de la pièce. La tête de lit ainsi que la tablette, fixée au mur, sont de forme arrondie. Le sol et les murs sont de couleur bleu pâle, l'ensemble présente un aspect propre et bien entretenu. Une large fenêtre assure un éclairage naturel ; elle est munie d'une ouverture de 20 cm de large qui ne peut être actionnée que par le personnel soignant. L'éclairage électrique peut être allumé uniquement de l'extérieur. Une veilleuse, située à l'extérieur, permet un contrôle visuel nocturne sans avoir recours à la lumière de la chambre.

L'espace sanitaire, auquel le patient a accès directement depuis sa chambre, comprend les éléments suivants : une cuvette de WC à l'anglaise en porcelaine blanche munie d'un abattant et d'un bouton poussoir, un lavabo distribuant de l'eau chaude et de l'eau froide, surmonté d'un miroir incassable ainsi qu'une douche à l'italienne. Il convient de préciser que le pommeau est doté d'un tuyau. Il a été indiqué qu'il ne s'était jamais produit aucun incident et que les patients bénéficiaient d'une surveillance visuelle toutes les heures, voire plus fréquente si leur état psychique le nécessitait.

7.3 Le recours à la contention

Le placement en chambre d'isolement n'entraîne pas nécessairement la mise sous contention. Concernant le matériel utilisé dans le cadre de la contention, les services ont recours au matériel Pinel® comprenant des sangles en tissu dotées de bandes velcro et de verrou pour les membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'une ceinture abdominale.

Le recours à la contention est limité au strict minimum, le temps de la crise, et les liens sont retirés dès que possible, a-t-il été précisé par tous les soignants interrogés. Lors de la visite, les contrôleurs n'ont pas constaté la présence de patients sous contention (hors des deux cas évoqués *infra*).

Les contrôleurs ont cependant constaté que deux patients (l'une au pavillon « 9 » et l'autre au pavillon « 18 étage ») circulaient dans leur unité en étant sous contention : leurs mains étaient attachées à une ceinture. Ils ont interpellé les psychiatres, les cadres de santé et les infirmiers sur cette pratique.

Selon les informations recueillies, ces patients devraient être placés en chambre d'isolement et ne pas en sortir compte tenu du fort risque d'agression sur les agents et sur les autres patients. Les équipes se sont donc interrogées sur le moyen de redonner un peu plus de liberté à ces hommes et la réflexion menée a associé les psychiatres, les cadres de santé, les infirmiers et les aides-soignants. Dans ces deux cas, pour permettre aux patients d'accéder à une vie un peu plus

normale, la solution retenue a été de les placer en chambre ordinaire, sans contention, et de les en faire sortir, dans la journée²⁰, en étant sous contention. Cette mesure qui peut paraître choquante, en première approche, et même constituer une atteinte à la dignité, a été jugée par les équipes comme étant « *la moins mauvaise solution* » car, paradoxalement, elle redonne de la liberté.

Il a été précisé que le lien entre les mains et la ceinture pouvait être progressivement relâché pour donner plus de liberté mais qu'un des patients en avait agressé un autre, dans cette situation.

7.4 La traçabilité

Comme lors de la précédente visite, « faute de mode d'enregistrement des placements en chambre d'isolement autre que celui versé au dossier du patient, il n'est pas possible de vérifier la durée de la phase d'observation initiale en chambre d'isolement puis celle des autres placements. Il en est de même pour les mises sous contention ». Aucun registre ne permet d'assurer la traçabilité de ces mesures et d'en assurer le contrôle.

Les données extraites des outils informatiques, telles qu'elles ont été fournies aux contrôleurs lors de la visite, ne sont pas exploitables en l'état. Sur les 147 patients ayant séjourné à l'UMD en juin, 61 ont été placés en isolement strict ou en retrait séquentiel, sans qu'il soit possible de distinguer l'un de l'autre. Pour quinze d'entre eux, le nombre de jours mentionné était égal ou supérieur à vingt ; les contrôleurs ont constaté qu'il s'agissait de personnes placées non en isolement strict mais en retrait séquentiel.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur du centre hospitalier spécialisé indique : « *Concernant la traçabilité des isolements et des contentions, il est utile de préciser que, malgré l'absence de cahier de traçabilité (proposé lors de la première visite de 2009), la durée des isolements et des contentions par patients ainsi que l'historique de l'utilisations des chambres d'isolement peuvent être connu à tout moment grâce à une requête informatique que tout infirmier peu mettre en œuvre à partir de l'ordinateur de la salle de soins. Cette modalité a été mise en œuvre en 2010, après la visite du [Contrôleur général des lieux de privation de liberté]. La traçabilité de ces mesures est donc assurée et disponible à tout instant* ». Les contrôleurs regrettent que cette information ne leur ait pas été donnée sur place.

8 LA COMMISSION DE SUIVI MEDICAL

La commission médicale de suivi est composée de trois médecins psychiatres, dont un exerce au centre hospitalier de Laxou (Meurthe-et-Moselle) et le deuxième au service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Strasbourg (Bas-Rhin). Le troisième exerce dans un des secteurs du CHS de Sarreguemines mais n'intervient jamais à l'UMD. Un médecin de l'ARS est parfois présent lors de ces commissions qui ont lieu un vendredi sur deux.

Lors de ces séances, environ quatre patients par service sont présentés au collège de médecins. Ces derniers s'entretiennent avec chacun d'entre eux afin d'évaluer si l'état clinique du

²⁰ Ces patients prennent toutefois leur repas dans leur chambre.

patient permet d'envisager un retour dans l'établissement d'origine. A cet égard, un médecin a tenu les propos suivants « *ce processus permet d'obtenir un avis extérieur, leur regard critique et précis soulève parfois des choses que nous n'avons pas vu* ».

Les patients passent en commission tous les six mois ; certains, hospitalisés pour de très longues durées, font la demande de n'être présentés qu'une fois par an. Concernant les patients présentant des troubles autistiques importants et dont la présentation en commission peut s'avérer être contre thérapeutique, il a été précisé que la commission faisait preuve de souplesse et n'exigeait pas de s'entretenir avec le patient.

Selon les propos recueillis, à l'issue d'une décision de réadmission, les délais de vingt jours, dès la réception de l'arrêté préfectoral, pour transférer le patient, sont respectés. A titre d'exception, il arrive que le praticien hospitalier de l'unité de réadmission fasse la demande de prolonger le délai d'une semaine afin d'accueillir le patient dans les meilleurs conditions. Un des médecins rencontrés par les contrôleurs a expliqué qu'il préférerait alors accéder à la demande, dans l'intérêt du patient. Cependant, l'accord du patient est systématiquement requis. Il a été également précisé que les établissements d'origine ne s'opposaient jamais au retour du patient



*La salle de la commission de suivi médical
(dans les locaux de l'unité « 17 étage »)*

9 L'HOSPITALISATION DES PATIENTS DETENUS

Les conditions d'hospitalisation dans les différentes UMD des personnes détenues sont identiques à celles des autres patients sauf en ce qui concerne les visites, l'accès au téléphone et les sorties à l'extérieur.

Les visites sont autorisées exclusivement pour les personnes détentrices d'un permis de visite. Le service des admissions prend l'attache de l'établissement pénitentiaire d'origine afin de se faire envoyer une copie de ces documents. La structure de coordination des soins dispose ainsi de la liste des permis de visite avec la photocopie des cartes nationales d'identité des visiteurs.

Concernant la téléphonie, l'administration pénitentiaire donne les consignes dans ce domaine pour les condamnés exclusivement : liberté d'appel, éventuellement assortie d'exceptions concernant des numéros particuliers, ou bien liste limitative des numéros autorisés.

La réception et l'envoi des courriers des patients détenus est soumis aux règles pénitentiaires : ils doivent transiter pour censure par le cabinet du juge d'instruction si le patient est prévenu ou par l'établissement si le patient est condamné.

Les contrôleurs n'ont constaté aucune différence dans la gestion des patients détenus. Ces derniers sont intégrés dans les différents groupes dans lesquels ils sont affectés. Aucune identification ne permet le repérage d'un patient détenu dans les unités visitées.

10 AMBIANCE GENERALE

Durant leur visite, les contrôleurs ont observé des pratiques globalement homogènes entre les deux services et les différentes unités.

Les personnels, à tous les échelons, sont parus attentifs aux patients et à leur bien-être. Dans de nombreux domaines, l'autorisation est la règle et l'interdiction, l'exception. Les mesures ont paru être décidées au cas par cas et adaptées à chaque situation. L'accès rapide aux nombreuses activités d'ergothérapie et aux fréquentes sorties thérapeutiques constituent également des atouts majeurs.

Les équipes sont apparues soudées et les décisions les plus difficiles se prennent en équipe, unissant les médecins et les personnels soignants. Cette cohésion et cette prise en compte des avis des uns et des autres se sont manifestés à plusieurs reprises, ce qui permet à chacun de se sentir reconnu dans son rôle. Le faible absentéisme en témoigne.

Beaucoup de patients rencontrés par les contrôleurs ont indiqué se sentir bien à l'UMD et entretenir de bonnes relations avec le personnel soignant, au point, parfois, de manifester un refus catégorique à l'idée de retourner dans leur hôpital d'origine.