



Rapport de visite
Pôle psychiatrie
CH Ariège-Couserans
Saint-Lizier
(Ariège)

Deuxième visite

7 au 11 septembre 2015

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 modifiée qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, une visite annoncée des pôles psychiatrie adulte et psychiatrie enfant du centre hospitalier Ariège-Couserans à Saint-Lizier a été effectuée du 7 au 11 septembre 2015. L'établissement possède globalement 444 lits et places installés (360 lits et 84 places) dont 87 lits en psychiatrie adultes et 7 lits en psychiatrie infanto-juvénile. Une première visite de cet établissement avait été effectuée en octobre 2011.

Comme il l'a été indiqué dans le rapport consacré à cette visite, l'architecture et l'aménagement de l'espace présentent de nombreux points positifs et s'avèrent, malgré ou grâce à l'absence de toute structure d'enfermement ou de contrôle, très sécurisants tant pour les patients que pour les visiteurs. Dans cet établissement, la liberté d'aller et venir est réellement respectée : aucun patient en soins libres ne se trouve dans une unité fermée, aucun comportement déviant ne sert de prétexte à une restriction de l'ouverture des unités ouvertes, aucun patient n'a été vu en pyjama. Le personnel rencontré, tant en psychiatrie adultes qu'en psychiatrie enfants, fait montre au quotidien de qualités d'écoute et de prise en charge remarquables.

L'information des patients doit toutefois être améliorée. Aucun des documents élaborés par la direction ne fait état des modalités de notification au patient en soins contraints des décisions – administratives et judiciaires – qui le concernent, du recueil de ses observations avant toute décision relative à sa prise en charge ou, de l'intervention du juge des libertés et de la détention. Il s'ensuit qu'en pratique, les modalités d'information et de notification des décisions sont abandonnées aux équipes de chaque unité qui, manquant de formation, apparaissent démunies et agissent selon des modalités différentes ; il a ainsi été observé que les patients ne disposaient pas tous des copies des décisions notifiées et n'étaient pas toujours informés du contenu des certificats médicaux qui leur ont servi de support. L'élaboration d'un protocole concernant l'information des patients est nécessaire

L'audience du juge des libertés et de la détention se déroule dans de bonnes conditions en présence d'un avocat. Il y a lieu de veiller à la pérennité de ce système dont le bâtonnier a indiqué qu'il pourrait se heurter dans le temps à la modicité des rémunérations versées aux avocats eu égard aux charges de travail et de déplacement qu'il représente.

La qualité et la diversité des activités proposées méritent d'être soulignées.

Les locaux de l'unité d'hospitalisation complète des enfants et adolescents doivent impérativement faire l'objet d'une réfection totale. L'ensemble de l'aménagement intérieur du bâtiment révèle une inadéquation totale entre ces locaux et leur destination. La comparaison avec les unités psychiatriques pour adultes, ou pire avec les locaux de l'hôpital général est particulièrement révélatrice. On observe dans cette unité une absence de réflexion globale sur l'agencement des services, un mobilier désuet et souvent en mauvais état, des locaux mal éclairés, un couloir sinistre, des équipements d'un autre temps.

La sortie des patients de longue durée est souvent entravée par le manque de structures adaptées. Le travail de concertation, qui s'opère avec d'autres structures du département et de la ville afin de bénéficier d'appartements collectifs et individuels favorisant une sortie encadrée, doit être poursuivi et intensifié.

Il est nécessaire de mieux rechercher les tiers susceptibles d'effectuer une demande d'hospitalisation, afin de faire diminuer le nombre de mesures de soins sans consentement prises sur la base de l'article L3212-1 (péril imminent).

Enfin, même si c'est malheureusement le cas dans la quasi-totalité des établissements psychiatriques, les personnes détenues ne doivent pas, pour ce seul motif, être placées à l'isolement au-delà d'une éventuelle période d'observation. Ainsi que le prescrit l'article L3211-3 CSP, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

OBSERVATIONS

I - Bonnes pratiques

1. L'anonymat des patients peut, à la demande, être organisé par le bureau des entrées (cf. § 3.3).
2. Comparativement à 2011, le fonctionnement de la commission départementale des soins psychiatrique s'est largement amélioré, qualitativement et quantitativement. La pratique de l'affichage des dates de commission est suffisamment rare pour être soulignée (cf. § 3.10.5).
3. Les patients possèdent la clé de leur chambre dans les unités ouvertes (cf. § 4.2.2 et 4.2.3).
4. La mise en isolement et la contention font désormais l'objet de protocoles (cf. § 4.4.2).

II – Recommandations

5. L'absence de transports en commun pour la desserte de l'établissement, déjà constatée en 2011, reste problématique.
6. Le pourcentage des mesures de soins sans consentement prises sur la base de l'article L 3212-1 (péril imminent) par rapport à la totalité des décisions du chef d'établissement est trop important ; il convient de mieux rechercher les tiers susceptibles d'effectuer une demande d'hospitalisation (cf. § 2.5).
7. L'information générale des patients doit être améliorée : le règlement intérieur de l'établissement n'est pas à jour, le livret d'accueil de l'établissement ne fait que peu de place à la psychiatrie, le formulaire « *Information au patient de l'hospitalisation sous contrainte* » est confus et incomplet (cf. § 3.2).
8. Les procédures d'information des patients doivent faire l'objet d'un protocole (cf. § 3.2).
9. Un écrit, qui respecterait l'anonymat des participants, pourrait être systématiquement rédigé à l'issue des réunions du comité d'éthique afin que l'ensemble du personnel de l'hôpital puisse prendre connaissance des sujets traités. (cf. § 3.4).
10. La procédure interne, dans son chapitre relatif à l'intervention du JLD, est obsolète ; il est nécessaire de la mettre à jour (cf. §3.10.1.1).
11. L'établissement doit veiller à ce que le programme de soins corresponde aux termes et à l'esprit de l'article L3211-2-1 du code de la santé publique : soins ambulatoires, soins à domicile ou, le cas échéant, hospitalisation à domicile et séjours à temps

partiel ou de courte durée à temps complet effectués dans l'établissement (cf. § 3.10.3).

12. En 2011, il avait été demandé que l'accès de la cafétéria soit possible pour les personnes à mobilité réduite ; en 2015, l'absence d'entretien du bâtiment rend le lieu de plus en plus inhospitalier, voire insalubre ; des travaux doivent être effectués (cf. § 4.14.1)
13. Il est particulièrement attentatoire à la dignité d'une personne qu'un patient placé en chambre d'isolement au sein de l'USIP n'ait d'autre commodité qu'un seau hygiénique au sol alors même que la chambre possède une salle d'eau (cf. § 4.2.2).
14. Il est regrettable pour la sécurité des interventions du personnel que les chambres d'isolement ne possèdent qu'une seule issue (cf. § 4.2.2).
15. Les locaux de l'unité d'hospitalisation complète des enfants et adolescents doivent impérativement faire l'objet d'une réfection totale (cf. § 4.2.11.2).
16. Les menus proposés aux enfants hospitalisés en pédopsychiatrie doivent être adaptés à leurs besoins énergétiques, diététiques et gustatifs (cf. § 4.2.11.5).
17. La mise en isolement et la contention doivent donner lieu à la tenue d'un registre et à une traçabilité globale.
18. Le recours à une prescription de contention « si besoin » doit être proscrite (cf. § 4.4.2).
19. Les personnes détenues ne devraient pas, pour ce seul motif, être placées à l'isolement au-delà d'une éventuelle période d'observation : ainsi que le prescrit l'article L3211-3 CSP, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	6
1- Les conditions de la visite	8
2- La présentation générale de l'établissement	9
2.1 L'organisation de la psychiatrie en Ariège	9
2.1.1 La présentation générale des bâtiments	10
2.2 L'organisation fonctionnelle	12
2.3 Les personnels	13
2.3.1 Données quantitatives.....	13
2.3.2 La gestion des ressources humaines	13
2.4 Les données financières	14
2.5 L'activité	14
3- L'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits	17
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement	17
3.1.1 Les modalités d'admission.....	17
3.1.2 Arrivée dans le service, notification de la décision et des voies de recours et inventaire des effets personnels :	18
3.1.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels	18
3.1.4 La désignation d'une personne de confiance	18
3.1.5 Les cas de sur-occupation et de transfert.....	19
3.1.6 La notification de la décision d'admission et les voies de recours.....	19
3.2 L'information des patients admis	21
3.2.1 Dispositions générales.....	21
3.2.2 Les règles de vie des unités de soins	23
3.2.3 Le recueil des observations des patients	23
3.3 La confidentialité des soins	24
3.3.1 La confidentialité des hospitalisations	24
3.3.2 L'accès au dossier médical.....	24
3.4 Le comité d'éthique	25
3.5 La place laissée aux représentants des familles et des usagers	25
3.5.1 Les associations de famille.....	25
3.5.2 Les associations d'usagers	26
3.6 La protection juridique des majeurs	26
3.7 Les incidents et leur traitement	26
3.7.1 Le traitement des plaintes et réclamations	26
3.7.2 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC).....	27
3.7.3 Les violences et événements indésirables	27
3.7.4 La gestion des sorties sans autorisation (fugues)	29
3.7.5 Les questionnaires de satisfaction	30
3.8 Le droit de vote	31
3.9 L'exercice du culte	31
3.10 La levée des mesures d'admission et les sorties temporaires	31
3.10.1 Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	31
3.10.2 L'organisation des sorties temporaires.....	34

3.10.3	Le passage en programme de soins	35
3.10.4	La visite des autorités.....	36
3.10.5	Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).....	36
3.11	La traçabilité sur le registre de la loi.....	36
4-	Les conditions d'hospitalisation a Saint-Lizier	37
4.1	Les conditions matérielles de vie communes à tous les secteurs	37
4.1.1	La restauration	37
4.1.2	La blanchisserie.....	38
4.1.3	L'argent des patients.....	38
4.1.4	L'accès aux lieux collectifs.....	39
4.1.5	Les activités au sein de l'unité des activités thérapeutiques et transversales (A2T).....	41
4.1.6	La sécurité.....	43
4.1.7	Les transports	44
4.2	Les conditions propres à chaque unité	44
4.2.1	L'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), unité intersectorielle	44
4.2.2	L'unité d'admissions psychiatriques du secteur A (UAPA),.....	51
4.2.3	L'unité d'admissions psychiatriques du secteur B (UAPB),.....	56
4.2.4	L'unité de réadaptation psychiatrique (URP), unité intersectorielle	62
4.2.5	L'unité de psycho-gériatrie (UPG), unité intersectorielle,.....	68
4.2.6	Le pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.	68
4.3	Les soins somatiques	77
4.3.1	L'accès au médecin généraliste.....	77
4.3.2	Les consultations spécialisées.....	77
4.3.3	La pharmacie	77
4.3.4	Le laboratoire	77
4.3.5	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	77
4.3.6	L'informatisation des dossiers	78
4.4	Le recours à l'isolement et à la contention	78
4.4.1	L'isolement.....	79
4.4.2	La contention.....	80
4.5	L'admission en soins psychiatriques des personnes détenues.....	80

Contrôleurs :

- Philippe Nadal, chef de mission ;
- Yacine Halla
- Dominique Legrand;
- François Moreau ;
- Dominique Secouet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 modifiée qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite annoncée des pôles psychiatrie adulte et psychiatrie enfant du centre hospitalier Ariège-Couserans à Saint-Lizier.

1- LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier le lundi 7 septembre 2015 à 15h. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 11 septembre à 10h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont les deux chefs de pôle, le directeur adjoint, des cadres supérieurs de santé, des représentants du personnel et des usagers.

Des contacts téléphoniques antérieurs à la visite avaient été établis avec la chef des services du cabinet de la préfète de l'Ariège et la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Foix. L'agence régionale de santé (ARS) a été avisée de la visite.

Pendant la semaine les contrôleurs ont rencontré la procureure de la République de Foix, le président de la commission médicale de l'établissement (CME). Des contacts téléphoniques ont été pris avec le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Foix, ainsi qu'avec la juge des libertés et de la détention.

Il a mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet de l'établissement. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 11 septembre en début de matinée en présence des mêmes personnalités que lors de la réunion d'accueil.

Le CGLPL avait déjà effectué une visite, celle-ci inopinée, des mêmes lieux les 18,19 et 20 octobre 2011. Certaines des remarques formulées lors de cette première visite sont rappelées dans les chapitres concernés.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement le 11 février 2016.

Les observations du chef d'établissement contenues dans un mail daté du 18 mars 2016 ont été intégrées au présent rapport définitif quand il s'agit d'erreurs matériels, ou apparaissent nommément dans le texte en cas de différence d'analyse.

2- LA PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier Ariège Couserans (CHAC) est un établissement public de santé à statut départemental, situé sur la commune de Saint-Lizier, autrefois capitale du Couserans, petite province pyrénéenne. Saint-Lizier est limitrophe de Saint-Girons, l'une des deux sous-préfectures de l'Ariège.

Fruit de la fusion en 1995 de l'hôpital psychiatrique départemental et de l'hôpital général, le CHAC exerce des missions multiples :

- hôpital départemental pour la psychiatrie ;
- hôpital de proximité pour les spécialités somatiques et la réadaptation ;
- hébergement et prises en charge médico-sociales (gériatrie, handicap).

Ses activités de soins et d'hébergement sont diversifiées et organisées au sein de quatre pôles cliniques :

- psychiatrie générale ;
- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- médecine chirurgie obstétrique (MCO) filière neurologique ;
- filière gériatrique, plus un pôle médico-technique.

Le CHAC possède globalement 444 lits et places installés (360 lits et 84 places) dont 87 lits en psychiatrie adultes et 7 lits en psychiatrie infanto-juvénile.

2.1 L'organisation de la psychiatrie en Ariège

Au dernier recensement de 2012, le département de l'Ariège comptait 158 154 habitants¹. Le CHAC est le seul établissement de santé mentale de ce département qui a été partagé en deux secteurs de psychiatrie.

Le CHAC regroupe l'intégralité des sites d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte ou enfant sur le site de Saint-Lizier.

En dehors de Saint-Lizier se trouvent des centres médico-psychologiques (CMP), des hôpitaux de jour, un service d'accueil familial thérapeutique et un service d'urgence psychiatrique au sein du centre hospitalier du Val d'Ariège, (CHIVA), situé entre Foix et Pamiers.

¹Source : INSEE

2.1.1 La présentation générale des bâtiments

Les unités d'hospitalisation sont regroupées sur le site de Rozès à Saint-Lizier dans un environnement particulièrement agréable. A flanc de collines pyrénéennes et à l'orée de parties boisées, le centre hospitalier, fait face d'un côté à la cité de Saint-Lizier, et de l'autre au mont Valier qui culmine à 2838 m. Ni l'emprise globale, ni l'un quelconque des bâtiments n'est clôturé. Il n'y pas non plus de poste d'entrée avec contrôle des arrivants ou des sortants. La taille relativement modeste des implantations immobilières et, la proximité de la forêt ajoutent au caractère ouvert et apaisant de l'établissement.

L'ensemble est composé d'une vingtaine de bâtiments desservis par des voies de circulation reliant l'ensemble sans rupture entre la partie basse dévolue aux soins somatiques et la partie haute, aux soins psychiatriques.

Entre les deux se trouvent, des implantations à caractère médico-social. La direction et les services administratifs sont à proximité immédiate des services de psychiatrie.

Le centre hospitalier est parfaitement signalé par des panneaux, mais il n'est desservi par aucun transport en commun.

2.2 L'organisation fonctionnelle

Le pôle psychiatrie générale regroupe :

- l'unité de soins intensifs psychiatrie intersectorielle (USIP) ; bâtiment « Stanislas Tomkiewicz » dix-huit lits ;
- l'unité d'accueil psychiatrie A accueillant les patients du secteur A (UAP A) ; bâtiment « Gaëtan de Clérambault » vingt-deux lits ;
- l'unité d'accueil psychiatrie B accueillant les patients du secteur B (UAP B) ; bâtiment « Camille Claudel » vingt-quatre lits,
- l'unité de réadaptation psychiatrie intersectorielle (URP) ; bâtiment « Gérard de Nerval » vingt lits ;
- l'unité de psycho-gériatrie intersectorielle (UPG) trois lits dévolus à la psychiatrie.

Le pôle psychiatrie infanto-juvénile est doté de sept lits d'hospitalisation complète dans le bâtiment « Etienne Esquirol » qui lui est entièrement dévolu.

2.3 Les personnels

2.3.1 Données quantitatives

	Personnel médical		Personnel soignant		Personnel social		Personnel administratif	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
USIP	1	1	26.4	26.4	0.5	0.5	0.7	0.7
UAPA	2.80	2.80	22.2	22.2	0.5	0.5	0.7	0.7
UAPB	2.88	2.88	23.1	23.1	0.5	0.5	1.9	1.9
URP	0.38	0.38	19.3	19.3	0.2	0.2	0.6	0.6
UPF	0.4	0.4	6.4	6.4	0.1	0.1	0.08	0.06
TOTAL POLE PSYCHIATRIE ADULTE	14.25	14.25	97.4	97.4	2.3	2.3	3.98	3.96
POLE PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE Pavillon Esquirol	4.70	4.70	16.5	16.5	0.5	0.5	1	1
CHAC GLOBAL	64.69	64.69	645.69	641.39	19.03	18.50	84.85	85.03

2.3.2 La gestion des ressources humaines

Si le recrutement d'infirmiers ne pose aucun problème, il n'en est pas de même pour celui des médecins, et plus particulièrement celui des pédopsychiatres. Cette situation n'est pas particulière à l'Ariège mais pose de sérieux problèmes. Il a été indiqué qu'un cabinet spécialisé s'est vu confier le recrutement des trois pédopsychiatres manquants.

Le CHAC ne pratique pas pour l'emploi des personnels la nuit le principe d'équipes dédiées. S'agissant d'un établissement comportant à la fois des services de médecine somatique et psychiatrique, la rotation des personnels soignants s'effectue d'une spécialité à l'autre en fonction des acquis professionnels et ne semble pas une problématique importante ni pour les personnels rencontrés, ni pour la direction. Il est tenté dans la mesure du possible, surtout en psychiatrie, d'équilibrer le nombre d'hommes et de femmes dans les services.

L'absentéisme s'inscrit dans la moyenne et ne révèle aucun dysfonctionnement.

Parmi les formations dispensées au sein du pôle psychiatrie adulte depuis 2012 on relèvera que :

- vingt-sept personnes ont suivi une formation de 14 heures « mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 » ;
- dix-huit personnes ont suivi une formation de 28 heures « gestion de la violence et de l'agressivité » ;
- vingt-trois personnes ont suivi une formation de 14 heures « méthodes de contention » ;
- dix-huit personnes ont suivi une formation de 28 heures « promouvoir la bientraitance des personnes vulnérables »

Parmi les formations dispensées au sein du pôle psychiatrie infanto-juvénile depuis 2012 on relèvera que :

- vingt-quatre personnes ont suivi une formation de 14 heures « psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent » ;
- trente-huit personnes ont suivi une formation de 7 ou 14 heures « logiques des troubles envahissants de développement et aux modes d'accompagnement spécifique » ;
- vingt-huit personnes ont suivi une formation de 14 heures « travail en équipe pluridisciplinaire et cohérence des soins ».

2.4 Les données financières

	2013	2014
2014 recettes totales du CHAC : Hors EHPAD et MAS	56 310 840	57 355 000
Dont montant assurance maladie :	45 432 402	46 193 143
Dont dotation annuelle de financement pour la psychiatrie	22 734 578	22 722 740

2.5 L'activité

Il a été fourni les statistiques d'activité suivantes du pôle psychiatrie :

Pour 2014 :

Mode légal de soins	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de patients	Age moyen	Pourcentage d'hommes
<i>Soins psychiatriques libres</i>	687	19 631	420	40,88	55,6
<i>Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat</i>	67	2 705	42	40,57	85,07
<i>Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement</i>	2	11	2	34,5	100
<i>Soins psychiatriques à la demande d'un tiers</i>	155	4 989	97	42,94	60,65
<i>Soins psychiatriques pour péril imminent</i>	153	4 429	113	40,29	63,36
<i>Sous-total : soins psychiatriques sans consentement</i>	370	12 134	230	41,46	66,49
TOTAL	1029	31 765	584	40,99	59,09

Pour les six premiers mois de 2015 :

Mode légal de soins	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de patients	Age moyen	Pourcentage d'hommes
<i>Soins psychiatriques libres</i>	391	9 916	296	45,02	49,1
<i>Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat</i>	23	1 143	21	40,83	86,96
<i>Soins psychiatriques à la demande d'un tiers</i>	90	1 741	65	42,8	53,33
<i>Soins psychiatriques pour péril imminent</i>	88	2 245	72	41,38	55,68
<i>Sous-total : soins psychiatriques sans consentement</i>	193	5 129	142	42,02	58,03
TOTAL	574	15 045	411	43,92	52,26

Nombre de mesures de soins psychiatriques sans consentement :

	Sur décision du chef d'établissement			Sur décision du représentant de l'État		
	2 certificats L3212-1	Urgence L3212-3	Péril imminent L3212-1	L3213-1	L3213-2 Urgence suite « arrêté du maire »	L3214-3 « personnes détenues »
2014	66	101	61	4	47	3
6 mois 2015	54	76	43	4	23	5

Les contrôleurs ont noté le nombre important de mesures de soins sans consentement prises sur la base de l'article L3212-1 (péril imminent). Il a été indiqué que la difficulté à identifier des tiers ou à recueillir leurs demandes expliquait ce chiffre.

Durées moyennes de séjour (DMS) exprimées en jours et taux d'occupation du pôle psychiatrie adulte

Unités	2013		2014		2015-6 mois	
	DMS	Taux d'occupation	DMS	Taux d'occupation	DMS	Taux d'occupation
USIP	12.28	87.7	14.89	88.9	13.51	85.6
UAPA	16.31	92.5	19.13	88.9	18.39	88.8
UAPB	17.38	90.9	17.87	90.8	15.02	88.8
URP	42.59	91	36.35	91.6	40.14	85.1
UPG	29.63	77.9	21.89	74	26.55	72.8

Durées moyennes de séjour (DMS) exprimées en jours et taux d'occupation du pôle psychiatrie infanto-juvénile « Esquirol », pour l'hospitalisation complète :

	2013	2014	2015-6 mois

Nombre de lits	7	7	7
Nombres d'entrées	103	108	78
Nombre de journées	1 825	2 032	1 186
Taux d'occupation	71.4	79.5	69.7
Durée moyenne de séjour	16.74	17.98	14.29

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

3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement

3.1.1 Les modalités d'admission

Dans tous les cas les patients admis en hospitalisation sans consentement transitent par un service d'urgence (selon l'origine géographique du patient : urgences du CHIVA² ou urgences du CHAC³) pour un examen somatique préalable à l'admission dans les unités de psychiatrie. Il a été indiqué aux contrôleurs que les examens somatiques pratiqués au CHIVA sont souvent plus rapides et moins complets que ceux réalisés au CHAC, ce que les contrôleurs ont pu constater à la lecture de deux dossiers choisis de manière aléatoire.

3.1.1.1 Procédure relative aux admissions en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'état (ASPDRE) :

L'établissement s'est doté d'un dispositif propre d'accompagnement allant chercher les patients en amont de l'hôpital pour les conduire jusqu'à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP). L'USIP a l'obligation de disposer en permanence d'une chambre libre pour les patients en ASPDRE. En cas de manque de place, soit un patient de l'USIP dont l'état le permet est déplacé dans une autre unité, soit l'arrivant est provisoirement placé dans une autre unité.

Ce dispositif est composé de deux soignants dont au moins un homme et un(e) infirmier(e) ou une infirmière, un chauffeur et un ambulancier. Le déplacement s'effectue avec une ambulance du CHAC ou en cas d'indisponibilité du véhicule une ambulance privée avec équipage de deux personnes.

Les personnels soignants sont mobilisés sur une liste de volontaires, hors leurs horaires normaux de service et rémunérés pour cette prestation.

Ils disposent d'une « valise ASPDRE » qui comprend un cahier de consignes, une trousse de petite pharmacie, un téléphone portable et du matériel de contention.

²CHIVA : Centre hospitalier de Val d'Ariège à Foix

³CHAC : Centre hospitalier Ariège-Couserans à Saint Giron

La prise en charge du patient ne s'effectue que lorsque les personnels d'accompagnement sont en possession de l'arrêté du représentant de l'État. En cas de difficultés les personnels soignants en réfèrent au psychiatre de garde ou au directeur de garde selon la nature médicale ou administrative de la difficulté.

3.1.1.2 Procédure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers :

Pour ces patients le CHAC ne met pas d'équipe d'accompagnement à disposition, les patients étant en règle générale amenés par une ambulance ou les familles.

3.1.2 Arrivée dans le service, notification de la décision et des voies de recours et inventaire des effets personnels :

A l'arrivée dans le service les patients sont systématiquement placés en chambre d'isolement, dénommée « chambre d'urgence » et mis en pyjama. Cette mesure permet, en évitant la fouille du patient, mesure souvent traumatisante ou mal acceptée, de recenser et de retirer d'éventuels objets dangereux ou interdits.

Le médecin psychiatre examine le patient dans la demi-heure suivant son arrivée. Il confirme alors ou non le maintien en isolement et en pyjama.

Un inventaire des effets personnels du patient est établi et soumis à sa signature ou, en cas d'impossibilité, à la signature de deux soignants présents. La feuille d'inventaire est mise au dossier du patient, il ne lui est pas remis de copie.

Suivant l'avis du médecin après l'examen médical, les effets personnels y compris argent, bijoux et téléphone portable sont restitués au patient, sauf s'il souhaite en confier la garde à l'hôpital.

Il n'y a pas de notification à proprement dite de la décision d'admission et des voies de recours, mais une information donnée au patient dans les vingt-quatre heures, exclusivement par les infirmières ou la cadre de santé, donnant lieu quand cela est possible à la signature par le patient ou a défaut par deux soignants d'une feuille d'information. Le processus complet est décrit plus loin cf. § 3.1.6.

3.1.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels

Un inventaire des biens et effets personnels est réalisé à l'arrivée, consigné sur une feuille d'inventaire destinée à cet effet, signée par deux soignants mais pas par le patient et intégrée au dossier patient. Sauf indication contraire du médecin, les effets sont restitués aussitôt au patient. Dans le cas de non restitution, les effets sont conservés dans des boîtes nominatives dans le bureau des soignants. Les valeurs peuvent être déposées au coffre du régisseur de l'établissement à la demande du patient.

La pratique du service veut que les patients, sauf exception, conservent leurs effets personnels et leur argent, ce qui, aux dires des personnels, ne pose pas de problème.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Les contrôleurs ont pu constater que les formulaires de désignation de personne de confiance sont bien présents et dûment remplis dans les dossiers « patient ».

3.1.5 Les cas de sur-occupation et de transfert

Il n'a pas été fait état de sur-occupation avec nécessité de transfert. Une chambre est en permanence gardée disponible à l'USIP pour les placements sous contrainte. Chaque jour une liste de patients susceptibles de quitter l'unité vers un autre service en cas de besoin de place est établie par les soignants.

3.1.6 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

L'établissement a élaboré et mis à jour en août 2015 un document intitulé « procédures de gestion des soins en psychiatrie et modèles d'imprimés » qui décrit les étapes procédurales propres à chaque type d'admission. Un schéma illustre chaque étape, depuis l'arrivée du patient jusqu'à la notification de la première décision du juge des libertés et de la détention (JLD). Selon la mention portée en tête, ce document, accessible sur le site intranet de l'établissement, a fait l'objet d'une large diffusion (psychiatres, cadres de santé, unités d'hospitalisation). En pratique pourtant, les contrôleurs ont constaté qu'il n'était pas connu des équipes.

Un formulaire intitulé « information au patient de l'hospitalisation sous contrainte » a été mis au point, ayant pour but d'informer le patient des possibilités de recours et de ses droits.

Signé du directeur ou d'un délégataire, il porte en tête la mention « attention, copie du document à retourner (au service des admissions psychiatriques) complété et signé par le patient ». Le texte débute par un visa de la décision d'admission (date et nature) puis indique « dans le cas où vous estimeriez nécessaire de contester cette mesure, les voies de recours ci-dessous vous sont ouvertes ». Sont alors mentionnés : la commission départementale des soins psychiatriques (avec mention d'adresse), le Contrôleur général des lieux de privation de liberté sur les faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence (sans précision sur cette compétence ni mention d'adresse), le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Foix (avec adresse). Sur le même document et dans la suite de la liste qui précède, sont également indiquées, d'une part, la possibilité de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat du choix du patient, et d'autre part la possibilité de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent. Le patient est invité à solliciter toute précision souhaitée auprès du psychiatre qui le suit. Le texte se conclut par une formule de politesse. En bas de page figure l'accusé de réception : Vu le .././....., Mr ou Mme.....

On notera que le formulaire intitulé « information au patient de l'hospitalisation sous contrainte » englobe dans un même texte, au risque de la confusion, information sur la décision, sur les voies de recours et sur certains droits des patients. La rédaction laisse notamment entendre que le recours peut être exercé tant auprès de la CDSP que du JLD ou du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, ce qui est inexact. En revanche, certains des droits mentionnés par l'article L3211-3 du code de la santé publique(CSP) ne sont pas mentionnés, notamment le droit d'émettre et recevoir du courrier, d'exercer son droit de vote, de se livrer à des activités religieuses ou philosophiques. Il n'est pas non plus précisé que certains de ces droits peuvent être exercés par des proches susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade (Cf. L3211-3 dernier alinéa).

Il est nécessaire de distinguer clairement les différents types d'information, conformément à l'article L 3211-3 et d'informer les patients de l'ensemble de leurs droits.

Un **formulaire de notification des décisions** a également été mis au point, pour chaque type d'hospitalisation ; il vise les textes de loi en vertu desquels la mesure a été prise, indique, sur la même feuille, l'identité du patient (nom, prénom et domicile) et se conclut par une phrase attestant de la réception de la décision d'admission et du certificat médical qui l'accompagne.

Ainsi, pour les **patients admis sur décision du représentant de l'Etat**, la formule finale du texte est : « X reconnaît avoir reçu ce jour l'arrêté préfectoral d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, accompagné du certificat médical dans le dit arrêté ».

Des formulaires comparables ont été mis au point pour les **patients admis sur décision du directeur de l'établissement**.

Il est précisé que la décision peut être contestée dans sa régularité et son bien-fondé devant le JLD (sans mention de forme ni de délai). Sont également indiquées la possibilité de saisir la CDSP (avec mention d'adresse), et le droit, pour cette commission, de demander la levée de la mesure.

Divers schémas relatifs à la notification en attribuent la responsabilité tantôt au « psychiatre », tantôt à « l'équipe soignante ou au médecin », sans que cette nuance ne semble relever d'une analyse préalable.

Dans tous les cas, il est prévu de remettre au patient un « courrier de notification » de la décision ainsi rédigé : « Je soussigné X déclare avoir été informé du maintien de la mesure de soins psychiatriques me concernant en application de l'article ... (variable selon les cas). Je vous fais part des observations suivantes,» suivi de la date et de la signature.

Le formulaire relatif aux droits et voies de recours est rédigé dans les mêmes termes que celui des SDRE, à l'exception du visa, figurant en tête et qui mentionne le type d'hospitalisation.

En pratique, les modalités d'information et de notification sont abandonnées aux équipes de chaque unité ; elles se révèlent aléatoires et ne garantissent pas une information réelle du patient.

Ainsi, dans une même unité, le cadre de santé peut-il estimer que la notification relève du personnel des urgences et les explications sur les voies de recours et l'intervention du JLD du médecin alors que, inversement, ce dernier pense que la notification est effectuée par le cadre de santé de l'unité, qu'il suppose également à même de délivrer les informations utiles.

De fait, il est apparu que les infirmières se chargeaient souvent de la notification et étaient confrontées à des questions relatives à un processus qu'elles ne maîtrisaient pas : « on reçoit des papiers qu'on fait signer au patient et qu'on retourne aux admissions, mais de là à vous dire ce que c'est... » ou encore : « notification des décisions d'admission du directeur, non, je ne vois pas ». A propos des modalités de notification et des informations délivrées à cette occasion, il a été dit aux contrôleurs : « le secrétariat nous envoie des documents à faire signer, mais pas à remettre au patient, d'ailleurs parfois le médecin nous dit "attention, il y a des choses d'écrites sur la pathologie" » ou encore : « en principe on ne donne pas de copie (de la décision) au patient ; d'ailleurs pour M. X, qui l'avait demandé, on a eu beaucoup de mal à l'obtenir ». Les certificats médicaux qui fondent la décision ne sont pas joints à celle-ci lors de la notification de sorte que les motifs de la décision d'admission, dans la mesure où ils se contentent souvent de s'approprier les termes du certificat sans les reprendre, ne sont donc pas officiellement portés à la connaissance du patient.

A l'exception de quelques rares infirmières, qui disent s'asseoir avec le patient dans un endroit calme et lire la décision avec lui pour ensuite répondre à ses questions, les modalités de

délivrance de la décision et de l'imprimé relatif aux droits et voies de recours semblent correspondre plus couramment à cette description, faite par une infirmière : « on dit vous lisez et vous signez et si quelque chose ne va pas, vous demandez au médecin ». Certaines questions semblent laisser les soignants désarmés : « certains demandent "qui m'a placé là ?" et on ne sait pas si on peut leur répondre ». Tous indiquent cependant informer le patient de la possibilité de contester dès lors que ce dernier se montre opposant, sans toutefois être en mesure d'apporter des précisions sur les modalités de cette contestation (pourtant mentionnées au pied de l'arrêté préfectoral et de la décision du directeur) ; dans le cas contraire, rien est dit à ce sujet.

Plusieurs infirmières ont pu dire leur malaise face à cette tâche qu'elles effectuent sans y avoir été préparées et sans en maîtriser le sens. Sans aucunement se situer dans l'opposition – « si on ne fait pas, qui fera ? » – elles rappellent : « ce n'est pas notre métier » et concluent : « on ne sait sans doute pas bien faire ».

Les décisions du préfet, comme celles du directeur de l'établissement, contiennent en leur sein les mentions sur les voies de recours, incluant les délais et modalités.

Les décisions du directeur précisent également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin à l'hospitalisation et précise qu'un « recours » peut être formé devant la CDSP.

En pratique cependant, il n'est pas remis de copie des décisions aux intéressés, de sorte que le droit de recours s'avère purement formel.

3.2 L'information des patients admis

3.2.1 Dispositions générales

L'établissement a élaboré un **livret d'accueil** commun à l'ensemble des services. La psychiatrie y tient une place relativement réduite.

Les points communs concernent le déroulement du séjour (formalités administratives, frais d'hospitalisation, organisation des soins, vie quotidienne...), la sortie, les divers réseaux d'aide, les droits et devoirs du patient, la qualité et la sécurité des soins (prise en charge de la douleur, comité d'éthique, gestion des risques...).

La charte de la personne hospitalisée figure dans ce livret. Le document inclut également la composition de tous les pôles, somatiques et de psychiatrie, avec indication des noms des médecins responsables. Trois dépliants sont joints : un dépliant informatif sur les infections nosocomiales, une liste des consultations spécialisées (somatiques) et un questionnaire de sortie.

Dans le chapitre relatif à l'organisation des hospitalisations, sont abordées les diverses modalités d'hospitalisation en psychiatrie, libre et sans consentement.

A propos de l'hospitalisation sans consentement, il est précisé :

- qu'elle est réalisée à la demande d'un tiers ou d'une autorité administrative ;
- que les sorties de l'unité sont soumises à autorisation médicale ;
- que la mise en place d'un programme de soins externes est décidée par le directeur ou le préfet ;

- que, pour contester la « situation », le patient peut saisir, dans les deux mois de la notification de la décision, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le tribunal de grande instance de Foix ou le tribunal administratif.

On observe une confusion entre les voies de recours contre la décision d'admission en soins contraints et la possibilité de saisir la CDSP : Il convient de rappeler que, depuis le 1^{er} janvier 2013, la régularité de la décision administrative d'admission est appréciée par le juge judiciaire (Cf. art L3216-1 du CSP). Conformément à l'article L3223-1 du CSP qui définit son rôle, la CDSP, elle, peut être saisie de réclamations de toute (autre) nature, sans condition de forme ni de délai.

Le chapitre intitulé « Vos droits et vos devoirs » aborde les droits accessibles à l'ensemble des patients et notamment l'accès aux soins, le droit à l'information, le consentement aux soins, le respect de la vie privée, l'accès au dossier médical, la personne de confiance et le droit d'expression, avec précision du rôle et de la composition de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC).

Pour la psychiatrie, des précisions sont abordées sur deux points :

- l'impossibilité, pour les patients admis sans consentement, de quitter l'établissement contre avis médical ;
- la nécessité, pour accéder au dossier médical, d'obtenir l'autorisation du médecin responsable de la prise en charge et, en cas de refus, la possibilité de solliciter l'avis de la CDSP.

Il convient d'observer que l'article L1111-7 du CSP, qui détermine les conditions d'accès du patient aux informations relatives à sa santé, ne soumet aucunement cet accès à l'autorisation du médecin responsable de la prise en charge et prévoit seulement, en cas de risques d'une gravité particulière, la possibilité de subordonner cet accès à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Ce chapitre contient également quelques références textuelles, dont aucune ne concerne l'hospitalisation sans consentement.

Les patients en psychiatrie (et, de manière quelque peu surprenante, eux seuls) sont invités à prendre connaissance du règlement intérieur et à le respecter. Il est précisé que le document intégral leur sera remis par le cadre de santé. En réalité, le **règlement intérieur de l'établissement** est daté de décembre 2005 ; il n'est plus à jour et, il n'est ni remis ni même communiqué aux patients.

L'établissement a également généralisé un **affichage** portant, d'une part, sur la tarification, d'autre part sur la charte de la personne hospitalisée. Ces deux documents sont en principe affichés à l'intérieur des portes de chaque chambre, dans tout l'hôpital. Plusieurs patients rencontrés par les contrôleurs n'y avaient prêté aucune attention.

Les droits propres aux patients admis sans consentement ne sont pas détaillés, à l'exception des possibilités de contestation et des restrictions relatives aux modalités de sortie mentionnées ci-dessus. Aucun des documents élaborés par la direction ne fait état, notamment, des modalités de notification au patient les décisions qui le concernent, du recueil de ses observations avant toute décision relative à sa prise en charge, de l'intervention du juge des libertés et de la détention.

Le tableau des avocats du barreau de Foix n'est pas affiché en unité.

3.2.2 Les règles de vie des unités de soins

Les règles de vie des unités de soins font l'objet d'un document interne à chacune d'entre elles. Ce document a été élaboré au sein de chaque pavillon et résulte d'une concertation plus ou moins large entre le médecin responsable, le cadre de santé et les équipes soignantes. Le contenu n'obéit pas à un plan uniformisé et ne se réfère à aucun règlement-cadre puisque celui de l'hôpital est obsolète. Il est, en principe, remis au patient à son arrivée ou dans les jours qui suivent ; il n'est pas affiché dans les unités.

3.2.3 Le recueil des observations des patients

Le recueil des observations des patients, au sens de l'article L 3211-3 du code de la santé publique⁴, ne fait l'objet d'aucune information écrite ni d'aucune réelle information orale.

Ces observations sont cependant recueillies par voie de formulaire, préalablement à la saisine du JLD en vue du contrôle obligatoire. A ce stade, l'hôpital communique au patient un document l'informant de la saisine du juge, lui demandant d'exprimer son avis quant à sa présence à l'audience ou son refus d'y participer et sur sa position quant à l'avocat (choisi ou commis d'office). Ce même document se clôt par une rubrique « observations », suivi d'un espace permettant au patient de s'exprimer sur une dizaine de lignes.

Le recueil de ces observations est expressément effectué sur le fondement de l'article R3211-15 CSP qui permet aux personnes convoquées ou avisées de l'audience d'adresser un écrit au juge dès lors qu'elles ne se présentent pas à l'audience. Il peut s'en déduire que les patients qui souhaitent participer à l'audience ne sont pas invités à remplir cette partie du document.

Il n'est nulle part défini qui remet ce document au patient et dans quelles conditions.

En pratique, il est communiqué par les infirmières dans les mêmes conditions, et avec les mêmes limites, que les documents relatifs aux notifications (Cf. §3.1.2) : le recueil de l'avis n'est pas assorti d'explications ; selon un point de vue répandu tant chez les soignants que chez les patients, il se limite généralement à la question de la présence à l'audience et du choix de l'avocat. Aucune copie n'est remise au patient, de sorte que celui-ci perd la possibilité d'apprécier à leur juste valeur les termes du courrier et de rédiger des observations après réflexion, dans des conditions plus sereines.

A la même période, le patient bénéficie en principe d'un entretien médical à l'occasion de la rédaction des certificats médicaux obligatoires et préalables à toute décision de maintien des soins ou définissant la prise en charge. A cette occasion, les médecins disent délivrer oralement au patient les informations qu'ils pensent en mesure d'entendre sans dommage, en fonction de son état. Le contenu du certificat ne lui est pas nécessairement énoncé et la question ne lui est pas expressément posée de savoir s'il souhaite faire valoir des observations. Les certificats médicaux

⁴L'article L3211-3 CSP dispose, en son deuxième alinéa : Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles [L. 3212-4](#), [L. 3212-7](#) et [L. 3213-4](#) ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles [L. 3211-12-5](#), [L. 3212-4](#), [L. 3213-1](#) et [L. 3213-3](#), la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

auxquels les contrôleurs ont eu accès à travers les dossiers du JLD ne faisaient d'ailleurs aucunement référence aux observations du patient.

3.3 La confidentialité des soins

3.3.1 La confidentialité des hospitalisations

Le règlement intérieur prévoit qu'un patient en hospitalisation générale ou en psychiatrie a le droit de ne pas faire connaître sa présence ou de ne pas recevoir de visite. L'anonymat des patients demeure organisé par le bureau des entrées ou par le service d'accueil. Lors de son admission, le patient peut également solliciter du cadre de service que sa présence dans l'établissement ne soit pas divulguée. Toutefois, il a été indiqué au contrôleur qu'en cas d'appels téléphoniques d'un proche du patient, le personnel du standard transmet systématiquement l'appel au service en charge du patient. Ce service décide ensuite de la suite à donner à cet appel téléphonique.

3.3.2 L'accès au dossier médical

La procédure de communication du « dossier patient » demeure identique depuis la visite de 2011, un formulaire de demande d'information de santé est à la disposition du patient. Les modalités de communication du dossier du patient diffèrent selon la situation du patient.

Lorsque le patient est en hospitalisation générale, la demande de communication doit être adressée au directeur du centre hospitalier en justifiant de son état civil.

Si le patient est hospitalisé sous contrainte : « l'accès aux informations est soumis à l'avis du médecin responsable de la prise en charge médicale, le médecin peut soumettre la consultation des informations à la présence d'un professionnel, en cas de désaccord sur la procédure, du médecin ou du demandeur, l'avis de la commission départementale des hospitalisations en psychiatrie sera sollicité et s'imposera aux deux parties ».

Lorsque le patient est mineur, « le droit d'accès aux informations médicales est exercé par le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès peut leur être refusé ou s'effectuer par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne. Le demandeur devra justifier son identité, du lien de filiation, et éventuellement de l'autorité parentale. Si l'enfant a plus de 10 ans, un courrier écrit de sa main confirmera son accord à la transmission des informations à son (ses) parent(s). »

Les demandes de consultation du dossier médical en psychiatrie s'élèvent à :

2013 : quinze dossiers d'adultes et trois dossiers de mineurs ;

2014 : onze dossiers d'adultes et quatre dossiers de mineurs ;

2015 : dix dossiers d'adultes et deux dossiers de mineurs.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'y a pas eu de demande classée sans suite à l'exception de la situation d'un patient qui a souhaité connaître l'identité du tiers à l'origine de son

hospitalisation en soins sous contrainte. La commission d'accès aux documents administratifs n'a pas accédé à la demande du patient.

3.4 Le comité d'éthique

Conformément à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002, les établissements de santé « mènent en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».

Il existe un groupe de réflexion d'éthique créé en 2008 au sein du centre hospitalier. Ce comité, présidé par un praticien hospitalier, est ouvert à l'ensemble du personnel médical (médecin, psychiatre, infirmier, etc.). Il se réunit en moyenne deux fois par an.

Selon les informations recueillies, ce groupe de réflexion s'est réuni par exemple sur la privation de liberté, la sexualité dans les lieux de vie et la personne de confiance. Il a été indiqué aux contrôleurs que les sujets traités par le comité ne font pas l'objet d'un compte-rendu afin de respecter la confidentialité des échanges. Toutefois, le comité d'éthique rend un avis uniquement en cas de saisine écrite par un personnel ou une instance (médecin, CRUQPEC, etc.). Les contrôleurs regrettent qu'un écrit, qui respecterait l'anonymat des participants, ne soit pas systématiquement rédigé à l'issue des réunions du comité d'éthique afin que l'ensemble du personnel de l'hôpital puisse prendre connaissance des sujets traités.

3.5 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

3.5.1 Les associations de famille

L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) est la seule association de familles représentée au sein du centre hospitalier. Il a été indiqué que l'association est composée uniquement de trente adhérents en raison du caractère rural de la région.

Les familles de patients peuvent contacter la permanence téléphonique départementale de l'UNAFAM 09 ou solliciter des entretiens avec la délégation locale. Il a été indiqué que l'association a cessé de tenir des permanences au sein de l'établissement car les familles ou les patients ne s'y rendaient pas. Les représentants locaux rencontrés par les contrôleurs ont souligné l'excellent état d'esprit des relations avec la direction de l'établissement, et n'ont pas formulé de remarques autres que positives sur la prise en compte des patients.

D'autre part, l'UNAFAM met en place diverses actions :

- des groupes de paroles sont animés par un psychologue (une fois par mois) ;
- des ateliers d'entraide sont animés par des bénévoles de l'association (des ateliers sur trois jours à raison de dix séances de deux heures) ;
- une revue trimestrielle est mise à la disposition des familles qui rendent visite aux patients.

L'UNAFAM souhaite développer des axes sur :

- l'accompagnement du patient dans l'obtention d'un hébergement ;
- la préparation à la sortie du patient ;
- la protection des mineurs ;

- la mise en place d'un conseil local de santé mentale afin de disposer d'une instance de concertation dans la commune de Saint-Lizier entre le centre hospitalier, les élus locaux et les familles des patients hospitalisés en psychiatrie.

3.5.2 Les associations d'usagers

L'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) est la seule association d'utilisateur représentée au sein du centre hospitalier. L'UDAF est composée de dix-sept associations adhérentes (UNAFAM, UFCA, FAVEC, etc.). L'UDAF est membre de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de l'Ariège.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'UDAF ne disposait pas de permanence au sein du centre hospitalier et qu'elle ne recevait pas d'appels des familles concernant la psychiatrie. Toutefois, la présidente de la CDSP informe les familles qu'elles peuvent prendre l'attache de la représentante de l'UDAF.

3.6 La protection juridique des majeurs

Il existe un service de protection juridique des majeurs au sein de l'établissement qui a en charge les patients hospitalisés en psychiatrie, suivis au sein des centres médico-psychologiques ou les résidents dans un des établissements de l'hôpital hébergeant les personnes âgées ou dans une maison d'accueil spécialisé. Ce service est composé de deux agents : un mandataire judiciaire et une comptable. Le service est joignable du lundi au vendredi de 9h à 17h et une permanence est assurée de 9h à 12h le lundi, le mercredi et le vendredi.

Les contrôleurs ont pris connaissance de la notice d'information et des annexes relatives à la charte des droits et libertés de la personne protégée et la liste des documents à fournir à l'ouverture de la mesure de protection. Cette notice est délivrée par le service « des majeurs protégés » le jour de l'admission du majeur protégé dans l'établissement. Il a été précisé que cette notice était expliquée oralement par un agent du service. Cette notice présente le dispositif de protection juridique des majeurs, les informations relatives au service des « majeurs protégés » (la mission, la composition, les coordonnées), les recours (les coordonnées du juge des tutelles et du procureur de la République), les conditions de facturation de la mesure et les coordonnées utiles (pompiers, Samu, etc.).

Il a été indiqué aux contrôleurs que le juge des tutelles se rendait parfois à l'hôpital.

Au moment du contrôle, la situation des mesures exercées en psychiatrie par le service « des majeurs protégés » était :

- au 1^{er} janvier 2014 : soixante-cinq dossiers dont cinquante-quatre mesures de tutelle et onze mesures de curatelle renforcée ;
- au 1^{er} janvier 2015 : soixante dossiers dont quarante-huit mesures de tutelle et douze mesures de curatelle renforcée.

3.7 Les incidents et leur traitement

3.7.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Le protocole établi prévoit le recueil et le traitement des plaintes formulées par écrit ou oralement ainsi que les modalités des réponses apportées.

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

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission principale de :

- veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches ;
- examiner les plaintes et réclamations qui ne présentent pas de caractère gracieux ou juridictionnel et veiller à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose ;
- contribuer par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Sont membres de la commission :

- président : le directeur des soins et des relations avec les usagers ;
- le médiateur médecin, un psychiatre à la retraite ;
- le médiateur non médecin, un cadre supérieur de santé ;
- deux représentants des usagers;
- le président de la commission médicale d'établissement ;
- le président de la commission des soins infirmiers ;
- la responsable « qualité » ;
- un représentant du personnel;
- un représentant du conseil de surveillance.

La CRUQPC s'est réunie six fois au cours de l'année 2014, alors que le nombre de réunions obligatoires est de quatre. Le taux de participation global était de 72,5 %. L'information sur l'existence et les missions de la CRUQPC auprès des patients et de leur famille est assurée par le livret d'accueil et le site internet de l'établissement. Les missions et la composition sont affichées au sein de chaque unité de soin.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est informée, lors de chaque réunion, des plaintes présentées.

Dans son rapport d'activités de 2014, la CRUQPC indique avoir eu connaissance de onze réponses écrites à la suite de onze réclamations, et avoir enregistré dix-neuf éloges.

Ont été effectuées :

- deux médiations médicales ;
- une médiation non-médicale ;

Ces données concernent l'établissement hospitalier et non les seuls pôles psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile.

3.7.3 Les violences et événements indésirables

L'équipe « qualité et gestion des risques » a édicté les règles pour le contenu puis l'établissement des fiches d'événements indésirables et leur traitement.

Cette procédure en date du 8 décembre 2012 est entrée en application le 9 janvier 2013.

La définition retenue d'un événement indésirable est double :

- la survenue d'un danger causant ou pouvant causer un préjudice aux patients mais aussi aux visiteurs, au personnel et pour le centre hospitalier.

- tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap.

La démarche concerne l'ensemble du centre hospitalier et non uniquement les pôles psychiatrie.

La première étape est la déclaration de signalement que peut effectuer tout professionnel de l'établissement, soit par saisie informatique, soit auprès d'un « vigilant ». Une charte d'incitation en date du 23 octobre 2013, signée par le directeur de l'époque a été diffusée. A la première personne du singulier, le directeur s'y engage à n'intenter aucune action disciplinaire à l'encontre d'un agent qui « aura spontanément et sans délai révélé un manquement aux règles de sécurité dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement ».

Le traitement de la déclaration d'événement indésirable (DEI) est ensuite formalisé selon les normes prévues par la haute autorité de santé.

Il a été fourni aux contrôleurs les statistiques suivantes sur le nombre de DEI enregistrés

	2012	2013	2014
Pôle psychiatrie adulte	99	89	64
Pôle psychiatrie Enfants	13	17	25

Pour les unités USIP, UAPA, UAPB et URP en 2014, par thème et niveau de criticité :

THÈMES	Niveau de criticité				Total
	N1 Risque acceptable	N2 Alerte/risque à surveiller	N3 Actions requisées	N 4 Actions immédiates	
Gestion des fonctions logistiques et des infrastructures (hors dispositifs médicaux)	7	7	1	0	15
Santé et sécurité au travail Violence agressive	2	5	2	0	9
Gestion des équipements biomédicaux	0	2	2	0	4
Continuité et coordination de la prise en charge des patients	1	3	0	0	4
Accueil du patient	0	2	0	0	2
Aggression entre patients	0	2	0	0	2
Hygiène des locaux	1	1	0	0	2
Système d'information	1	0	0	0	2
Dossier patient	1	0	0	0	1

Les cinq derniers DEI relatifs à des violences sont les suivants :

Date	Service	Evènements
1 sept. 2015	URP	« En raccompagnant pour la sieste Mlle C.. dans sa chambre, elle m'a retourné le 5ème doigt de la main droite et m'a asséné plusieurs gifles »
26 août 15	USIP	« Patiente ne respectant pas le cadre du service, lors de son raccompagnement en chambre, la patiente a tenté de mettre des coups, de mordre ainsi que des crachats sur moi-même »
26 août 15	USIP	« Lors de la récupération du goûter (car patiente en chambre à cause de l'incident du matin) la patiente a lancé des insultes à profusion ainsi que des crachats et coups »
4 juillet 15	USIP	Comportement agressif d'un patient à mon encontre à trois reprises
26 juin 15	USIP	Après le repas le protocole instauré est d'installer la patiente en chambre fermée. Elle ne supporte pas cette frustration tente de me gifler, au moment de la contenir physiquement elle me griffe (excoriations sur les deux mains) me crache au visage

Le 14 avril 2015, a été mis en place pour compléter le dispositif de traitement des événements indésirables un comité de retour d'expérience (CREX), qui vise à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, des résidents et de la sécurité des soins.

3.7.4 La gestion des sorties sans autorisation (fugues)

Il n'a pas été signé de convention spécifique avec les services de gendarmerie ou les autorités administratives ou judiciaires pour la gestion des fugues. Chaque fugue est enregistrée comme événement indésirable.

Les cinq dernières fugues enregistrées sont ainsi relatées :

Date	Service	Evènements
5 sept. 15	Esquirol	<i>Fugue des 2 patients au cours des transmissions du soir vers 20h/20h30 à l'issue des transmissions. 21h40 les adolescents reviennent d'eux-mêmes au service. Action immédiate : mise à leur recherche en voiture dès constatations par un IDE de nuit, un IDE de jour et le cadre de nuit. Gendarmerie et cadre administratif informés par téléphone.</i>
17 avril 15	USIP	<i>Fugue depuis la cafétéria Action immédiate : cadres de garde, administrateur et forces de l'ordre prévenus. Recherches effectuées aux alentours de l'hôpital pendant 45 minutes. Retrouvée dans le parc près de la cafétéria.</i>
19 janv. 15	USIP	<i>Fugue de M. B. Il semble que M. B. ait escaladé les grilles du patio pour sa fugue. Nous étions alors en train de préparer des soins dans la salle de soins ainsi que d'en réaliser certains (bilans sanguins). Ceci entre 7h et 7h30 ce matin. Action immédiate : recherche du patient aux alentours de l'hôpital avec la voiture du service. Cadre du service averti. Médecin du service avisé. Gendarmerie informée. Famille du patient contactée.</i>
3 oct. 14	USIP	<i>Patient en SPDTU. Sortie du service à 9h30 dans le cadre de sortie libre dans le parc. Non retour à 10h30. A 10h40, l'équipe a commencé les recherches dans le parc puis en ville, recherches infructueuses. Action immédiate : déclenchement de la procédure. Appel à la famille, à l'administrateur de garde, à la gendarmerie. Famille contactée par le médecin.</i>
23 sept. 14	Esquirol	<i>Lors de la livraison de la pharmacie, le livreur a laissé la porte ouverte et la patiente a fugué. Patiente rattrapée en voiture.</i>

3.7.5 Les questionnaires de satisfaction

Il est proposé à tout sortant de l'établissement un questionnaire de satisfaction. De très faible en 2013, les taux de retour se sont améliorés :

	2013	2014
USIP	2,4%	4%
UAP A	2,4%	17,3%
UAP B	6%	21,1%
URP	0,6%	0

Le bilan 2014 présenté aux contrôleurs ne distingue les résultats par service que pour les taux de retour qui sont bien plus faibles en psychiatrie qu'en médecine générale. Aussi, les indices de satisfaction relevés globalement reflètent numériquement l'avis des patients somatiques et non celui des patients psychiatriques.

3.8 Le droit de vote

Le vote se déroule essentiellement selon la procédure du vote par procuration. A chaque élection, contact est pris avec la gendarmerie locale habilitée à établir les procurations qui se déplace au sein du centre hospitalier, afin de faire remplir à ceux qui le désirent l'imprimé prévu.

Les patients en psychiatrie qui désirent exercer leur droit, sont amenés à se faire connaître auprès des cadres de santé du service dont ils dépendent. Il est procédé pour ceux qui sont sous tutelle à une vérification de leur possibilité de voter.

3.9 L'exercice du culte

L'horaire des messes est affiché dans les unités. Il n'a été signalé aucune difficulté particulière pour l'exercice de quelque culte que ce soit.

3.10 La levées des mesures d'admission et les sorties temporaires

3.10.1 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

3.10.1.1 Les protocoles

Un protocole (dont l'exemplaire remis aux contrôleurs n'est pas daté), a été signé entre le préfet de l'Ariège, la présidente et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Foix, la directrice générale de l'agence régionale de santé Midi-Pyrénées et le directeur du centre hospitalier ; le barreau de Foix n'est pas signataire. Applicable, et appliqué depuis le 1^{er} septembre 2014, ce protocole est très bref et prévoit essentiellement :

- que les audiences se tiendront chaque lundi à partir de 14h dans une salle spécialement aménagée au centre hospitalier ;
- qu'un personnel accompagnateur se tiendra à proximité de la salle, voire à l'intérieur, afin de pouvoir intervenir rapidement si nécessaire ;
- que la première requête sera adressée au huitième jour suivant l'admission ;
- que, outre les pièces prévues par les textes, le juge se réserve la possibilité de réclamer tout document nécessaire et notamment la notification des droits au patient ;
- que la notification de la décision sera effectuée soit par le greffier immédiatement après l'audience et, dans les autres cas, par l'hôpital, dans les délais indiqués par le magistrat.

Le document interne déjà cité, intitulé « procédure de gestion des soins en psychiatrie et modèles d'imprimés », consacre un chapitre au JLD, dont le contenu est obsolète. La présentation de la procédure en effet, n'a pas pris en compte les modifications issues de la loi du 27 septembre 2013 : le délai de saisine est noté comme étant de quinze jours (la loi l'a réduit à douze) et la visioconférence y apparaît comme le mode de comparution privilégié (la loi du 27 septembre 2013 prévoit au contraire que les débats se tiennent dans une salle d'audience spécialement aménagée au sein de l'hôpital). Les schémas illustrant les différentes étapes du déroulé des hospitalisations reproduisent les mêmes erreurs (évoquant notamment, un certificat de huitaine).

La procédure de gestion interne, dans son chapitre relatif à l'intervention du JLD, est obsolète. Il convient de le mettre à jour.

Le **protocole interne** prévoit un déroulé comme suit :

- **information du patient** par remise d'un formulaire l'avisant de la saisine du JLD et de la tenue d'une prochaine audience ; il est demandé au patient d'indiquer s'il souhaite ou refuse de participer à l'audience et, selon le cas, s'il souhaite être assisté ou représenté par un avocat de son choix ou commis d'office ; une formule en gras précise « je reconnais avoir été informé que les honoraires d'avocats seront à ma charge (possibilité selon conditions d'obtenir l'aide juridictionnelle) » ; sur le fondement express de l'article R3211-15 du code de la santé publique (CSP), le même document informe le patient de la possibilité de faire parvenir ses observations par écrit au tribunal et du fait que, dans ce cas, il en sera donné connaissance aux autres parties à l'audience⁵ ;

- rédaction des certificats médicaux exigés par la loi et notamment d'un certificat médical portant sur :

- la capacité du patient d'être présenté au JLD ;
- l'intérêt d'une audience « à huis clos » ;
- la possibilité d'utiliser la visioconférence ;

- **requête** au JLD, indiquant, le cas échéant, les coordonnées du tiers, du tuteur ou du curateur et informant le juge des souhaits du patient relativement à son audition et à sa défense et, le cas échéant, de ses observations.

Les **certificats médicaux** auxquels les contrôleurs ont pu avoir accès à travers les procédures JLD ne sont pas apparues très détaillés. Les contrôleurs ont par ailleurs observé, pour une patiente admise le 2 septembre à 23h30, que le certificat médical dit « de 72h », était daté du 4 septembre, la saisine étant effectuée le même jour – soit 48h après l'admission – accompagnée d'un avis médical de la même date. Pour une autre patiente, admise le 20 août, le certificat médical des 72h était daté du 21.

Il convient de relever que l'article R3211-15 alinéa 3 du code de la santé publique prévoit que les personnes convoquées ou avisées peuvent faire parvenir leurs observations par écrit ; cette possibilité, offerte tant au patient qu'aux tiers et aux personnes en charge d'une mesure de

⁵L'article R3211-15 du code de la santé publique stipule : A l'audience, le juge entend le requérant et les personnes convoquées en application de l'article R. 3211-13 ou leur représentant ainsi que le ministère public lorsqu'il est partie principale. Les personnes avisées sont entendues si elles souhaitent s'exprimer.

Le cas échéant, le juge commet un avocat d'office à la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

Les personnes convoquées ou avisées peuvent faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience.

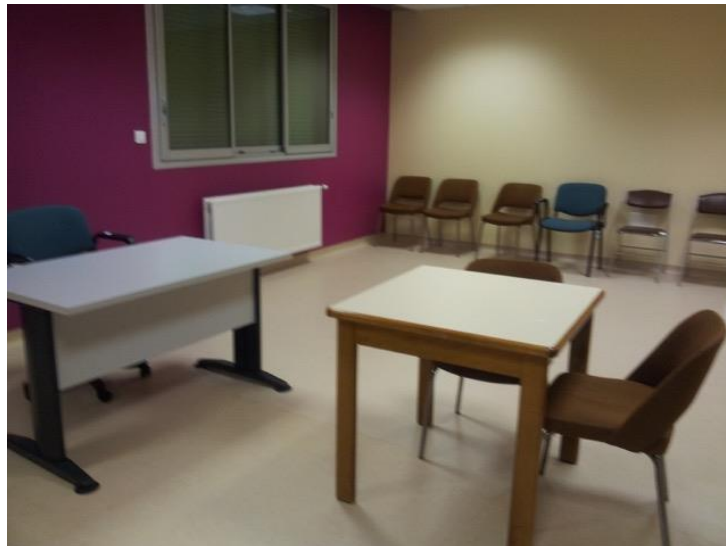
Le juge peut toujours ordonner la comparution des parties.

Lorsqu'il n'est pas partie principale, le ministère public fait connaître son avis dans les conditions définies par le deuxième alinéa de l'article 431 du code de procédure civile.

protection juridique, ne se confond pas avec les dispositions de l'article L3211-3 alinéa 2⁶ qui font peser sur l'hôpital (et sur le préfet pour les décisions qui le concernent), l'obligation de recueillir les observations du patient, dès lors que son état le permet, avant chaque décision se prononçant sur le maintien des soins.

3.10.1.2 L'audience

Le greffe du JLD adresse les convocations au service des admissions, quelques jours avant l'audience. Ce service les répercute dans la journée au secrétariat des pavillons, qui transmet à l'équipe. En l'absence de protocole, général ou propre aux unités, la pratique laisse aux infirmières, et parfois au cadre de santé, le soin de remettre au patient la convocation du juge (ou de simplement l'en aviser). En pratique, le malade a déjà été sensibilisé par la remise préalable du formulaire visé ci-dessus (information d'une audience à venir, désignation d'un avocat) et il semble que la convocation officielle, tardive, ne soit pas toujours remise (il n'en est pas systématiquement attesté par accusé réception). Cette convocation officielle, nommée avis d'audience, informe notamment le patient de la possibilité de consulter le dossier au sein de l'hôpital, ce qu'aucun patient n'a jamais sollicité.



La salle d'audience

Un espace a été rénové et spécifiquement aménagé pour **l'audience**, au premier étage de l'USIP ; les bâtiments sont neufs, propres, clairs et offrent toutes les garanties propres à une audience. La salle est indiquée depuis l'extérieur par une affichette. Un ou deux soignants, dont au moins un(e) infirmier(e), accompagnent les patients; ayant été un temps admis à pénétrer dans la salle d'audience (au TGI), les accompagnants se disent en mesure de donner au patient quelques

⁶ L'article L3211-3 al2 est ainsi rédigé : « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles [L. 3212-4](#), [L. 3212-7](#) et [L. 3213-4](#) ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles [L. 3211-12-5](#), [L. 3212-4](#), [L. 3213-1](#) et [L. 3213-3](#), la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. »

explications sur le déroulement de l'audience : « on leur dit qu'ils verront leur avocat avant, que le juge est là pour leurs droits et leur liberté et qu'ils pourront lui parler ».

La défense des patients est, de fait, assurée par un petit groupe d'avocats (trois) ayant leur cabinet ou domiciliés à Saint-Girons. Contacté, le bâtonnier du barreau de Foix a fait savoir aux contrôleurs qu'il craignait, dans les conditions actuelles de rémunération (environ 90 euros par dossier), que le barreau ne puisse continuer de remplir ce rôle, aucun avocat domicilié à Foix n'étant volontaire pour assurer une mission particulièrement chronophage (une heure de route environ) et frais de déplacement.

Hors les cas de contre-indication médicale à l'audition, ce qui est rare, les patients qui avaient refusé l'audience sont systématiquement sollicités une nouvelle fois et certains acceptent alors.

L'audience n'est pas publique, sauf demande du patient qui souhaite la présence de soignants. Selon les renseignements recueillis, les débats sont réels : la magistrate en charge de ce contentieux dispose d'une expérience de juge des tutelles qui la rend familière des troubles mentaux, capable d'écoute et de réassurance ; dans la limite de leurs troubles, les patients s'expriment effectivement.

En pratique en effet, compte-tenu des délais légaux⁷ – première saisine fixée à huit jours et délai pour statuer fixé à douze jours – le rythme retenu pour les audiences – une fois par semaine – conduit le juge à statuer chaque lundi sur des admissions dont les plus récentes datent du mercredi précédent.

Le juge observe qu'effectivement les patients les plus récemment admis présentent des troubles flagrants.

La décision n'est pas rendue sur-le-champ ; la magistrate évoque à ce sujet des questions d'ordre pratique : la motivation des décisions, qu'elle s'applique à personnaliser, est un exercice qui exige un minimum de temps et de concentration, ce qui est plus aisé au sein d'un cabinet. Les ordonnances sont donc rédigées dès le retour au tribunal et adressées au service des admissions le soir même, aux fins de notification ; le magistrat en informe le patient à la fin des débats et dit leur préciser généralement qu'une copie leur sera remise à cette occasion.

En pratique, la notification de l'ordonnance est effectuée par les infirmières, selon des modalités propres à chacune, comparables à la notification des décisions d'admission ; les mêmes difficultés sont observées : la notification est souvent rapide, ayant pour objectif essentiel de recueillir la signature du patient ; il n'est pas remis de copie. Les infirmières disent là aussi leur malaise à assumer un rôle pour lequel elles ne s'estiment pas compétentes : « qu'est ce qu'on fait là ? ».

3.10.2 L'organisation des sorties temporaires

Les sorties s'apprécient en fonction de l'état du patient plus que de son statut. Elles s'effectuent de manière progressive – moins de douze heures accompagnées par les soignants ou la famille (sorties pour achats, sorties de loisir, retour à domicile...) puis, après bilan, 48 heures sans accompagnement.

⁷Cf. L3211-12-1 du CSP.

Il a été souligné aux contrôleurs que **le préfet ne s'était jamais opposé** sous quelque forme que ce soit, à une décision médicale relative à une modification des modalités de soins sans consentement, et n'avait à *fortiori* jamais usé de son droit d'exiger la production de deux certificats médicaux dans ces hypothèses.

3.10.3 Le passage en programme de soins

Qu'il s'agisse du directeur de l'établissement ou du préfet, les mainlevées proposées par le psychiatre traitant sont généralement suivies d'effet. Selon les renseignements recueillis, la préparation à la sortie passe plus souvent par des sorties de plus en plus longues plutôt que par un programme de soins, ce type de prise en charge correspondant davantage à des patients ayant besoin d'un cadre.

Le cas échéant, le **collège de santé** est convoqué par le directeur. Le soignant non médecin de l'équipe participant à la prise en charge est toujours le cadre de santé ou le psychologue ; le médecin ne participant pas à la prise en charge est proposé par le médecin référent. A la lecture des convocations et procès-verbaux relatifs aux quatre dernières réunions, il apparaît qu'à deux reprises, le médecin supposé tiers à la prise en charge (selon la convocation) est, selon le procès-verbal, désigné comme y participant et qu'il a statué aux côtés du médecin référent.

Selon les renseignements recueillis, le collège ne se réunit pas systématiquement, ni ne procède par conférence téléphonique (comme la possibilité lui en est offerte dans la convocation) ; les discussions semblent avoir lieu deux à deux, le soignant participant à la prise en charge n'échangeant pas systématiquement avec le médecin extérieur. Le patient n'est pas reçu par le collège.

Les contrôleurs ont examiné les collèges concernant un patient en SDRE, pour qui un programme de soins a été initialement établi sur la base d'une sortie hebdomadaire de douze heures ; ils ont observé en premier lieu que ce rythme laissait le patient dans une situation proche de l'hospitalisation complète et ne correspondait pas à la définition du programme de soins défini par l'article L3211-2-1 du CSP. Les contrôleurs ont également observé que l'autorité administrative n'avait pas répondu explicitement aux demandes de mainlevée formulées par les professionnels de santé (les expertises ordonnées par le préfet se sont révélées défavorables). Il a enfin été observé que les deux médecins composant le collège avaient chacun signé des certificats en vue d'une sortie accompagnée de moins de douze heures ; selon les apparences, le médecin apparaissant comme extérieur à la prise en charge était signataire de certificats mensuels.

Les contrôleurs recommandent à l'établissement d'être vigilant quant à la composition du collège et aux conditions de ses réunions et décisions.

L'établissement doit également veiller à ce que le programme de soins corresponde aux termes et à l'esprit de l'article L3211-2-1 du code de la santé publique (soins ambulatoires, des soins à domicile ou, le cas échéant, hospitalisation à domicile, séjours à temps partiel ou de courte durée à temps complet effectués dans l'établissement).

3.10.4 La visite des autorités

Sollicitée par les contrôleurs, l'administration du centre hospitalier a précisé ne pas avoir été visité par les autorités dans les conditions prévues par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique : « Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L. 3211-1, L. 3211-2, L. 3211-2-1 et L. 3211-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 3212-11 ».

Cependant le livre de la loi ne porte trace de la signature de la procureure de la République que le 27 janvier 2015. (Cf. paragraphe 3.11)

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

La composition de la commission départementale des soins psychiatriques a été renouvelée par arrêté préfectoral en date du 1^{er} décembre 2014.

Elle est composée d'un magistrat qui la préside, d'un psychiatre libéral, d'un psychiatre praticien hospitalier au CHAC, d'un médecin généraliste, d'un représentant de l'UDAF et d'un représentant de l'UNAFAM.

Dans son ancienne composition, la commission n'a pu se réunir qu'à deux reprises en 2014.

Le rapport d'activités de 2014 relève le nombre de mesures de soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement, au nombre de 160 soit :

- 44 mesures avec deux certificats (Art L.3212-1) ;
- 73 mesures « urgentes » avec un certificat (Art L.3212-3) ;
- 43 mesures « péril imminent » sans tiers (Art L.3212-1).

La CDSP n'a pas formulé de remarque sur le nombre important des mesures de péril imminent comparé à l'ensemble.

En 2014, trente-sept dossiers relatifs à des patients en SDDE et 14 en SDRE ont été examinés, et la commission a visité le pavillon Camille Claudel.

En 2015, la CDSP s'est réunie à quatre reprises les 27 janvier, 9 février, 1^{er} avril et 24 juin. Une réunion est aussi programmée le 2 décembre.

Les dates de commission sont affichées dans les services et il a été indiqué que le 24 juin, quatre patients avaient été reçus par la commission.

L'observation négative formulée en 2011 sur le fonctionnement de la CDSP n'a donc plus lieu d'être.

3.11 La traçabilité sur le registre de la loi

Deux registres de la loi sont tenus au bureau des admissions psychiatriques, l'un concernant les patients admis sur décision du représentant de l'Etat et le deuxième, les patients

admis sur décision du chef d'établissement.

Sont reportés manuellement sur ces registres, l'identité du patient, la date d'entrée, l'existence d'une mesure de protection et, chronologiquement, l'ensemble des décisions relatives au patient : arrêté ou décision d'admission puis décisions de modification de prise en charge, certificats médicaux, décisions du JLD, levée.

Il est nécessaire de se reporter aux dossiers des patients, classés dans le même bureau, pour connaître le contenu des pièces mentionnées au registre.

Le dernier registre comporte un visa du vice-procureur de la République en date du 27 janvier 2015.

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION A SAINT-LIZIER

4.1 Les conditions matérielles de vie communes à tous les secteurs

4.1.1 La restauration

Les repas sont préparés par une cuisine centrale située au sein même de l'hôpital. Elle confectionne les repas pour l'hôpital psychiatrique, l'hôpital général et le restaurant des personnels. Cette cuisine fournit également les deux maisons de retraite et l'hôpital de jour de Saint-Girons.

1500 repas sont préparés quotidiennement pour une capacité théorique de production de 2000. Le prix de revient moyen d'un repas est évalué entre 1,90 et 2,20 euros. La cuisine centrale livre les repas en « liaison froide », la veille pour le lendemain. Chaque unité de l'hôpital psychiatrique est équipée d'un office qui autorise la remise en température des produits livrés.

Pour ce qui relève du petit déjeuner, une livraison en « épicerie » est réalisée une fois par semaine, le lait, le café sont mis en chauffe au sein des offices de chacun des bâtiments.

La grille des menus est construite sur un cycle de huit semaines et deux saisons. La rotation des menus se décline toutes les quatre semaines. Un menu comprend une entrée, un plat et sa garniture, un fromage et un dessert.

Les menus intègrent les régimes médicaux: normal, sans sel, épargne digestive, diabétique et mouliné. Ils peuvent également être adaptés aux convictions religieuses.

Selon les informations recueillies la qualité des repas est appréciée comme satisfaisante par les patients. Dans certaines unités il existe des cahiers d'appréciation qui permettent de connaître les évolutions souhaitées.

Trois fois dans l'année, pour la grillade de la Saint-Jean, carnaval et Noël, un repas est organisé dans la salle des fêtes de l'hôpital avec un service à table de type « restaurant ». La majorité des patients participe à ces repas partagés avec les équipes soignantes.

La cuisine a également une activité traiteur au bénéfice d'associations, notamment à l'occasion des arbres de Noël ou pour des laboratoires pharmaceutiques.

Trente-quatre personnels travaillent au sein du service restauration, dans trois unités, la production, le transport, et le magasin central. Un quart de ces agents a un statut de

contractuel. Les locaux de leur exercice professionnel sont dans un très bon état.

Les contrôleurs regrettent que les menus adultes et enfants soient les mêmes. Ils estiment que des jeunes ou des adolescents ont des besoins et envies différents et qu'il serait souhaitable de revoir cette question.

4.1.2 La blanchisserie

L'hôpital possède une blanchisserie. Celle-ci travaille également sous la forme de marchés pour des établissements d'enseignement de Saint-Girons et de Foix. En 2010, 440 000 kilos de linge ont été nettoyés dont 270 000 pour le centre hospitalier de Saint-Girons.

Douze agents sont affectés au sein de ce service dont trois contractuels.

4.1.2.1 Le linge plat

Les draps, les alèzes, les serviettes éponges sont traités d'une manière industrielle. Un « tunnel » de lavage autorise d'une façon automatisée, le pré-lavage, le lavage, le rinçage, le pressage et le pliage de cette catégorie de pièces à nettoyer.

Pour d'autres pièces à laver, les dessus de lit, les bavoires, les textiles délicats, des interventions manuelles sont nécessaires.

La collecte du linge sale se fait en début de matinée vers 8h, le linge propre est livré à 10h, du lundi au vendredi. Le linge est trié par les agents hospitaliers qui le répartissent dans des sacs de couleur selon leur nature

L'unité lingerie nettoie également le linge des professionnels, les blouses et les tenues des personnels techniques.

4.1.2.2 Le linge des patients

Dans chaque unité d'hébergement, il existe pour les patients une petite lingerie qui permet de procéder au nettoyage des effets personnels. La même action est possible auprès de la lingerie centrale, les vêtements des malades étant alors étiquetés pour éviter toute perte. Le caractère industriel du lavage, avec l'emploi de produits lessiviels qui s'y rapportent, se traduit cependant parfois par une détérioration des effets donnés à laver. Le recours à un prestataire privé extérieur situé sur la commune de Saint-Girons est également utilisé. Des malades accompagnés ou non peuvent aussi se rendre dans une boutique «*Lavomatic*» de la cité. Les familles sont sollicitées par quelques patients.

4.1.2.3 L'habillement

Les contrôleurs ont constaté que tous les patients circulent en tenue de ville dans les enceintes des unités.

4.1.3 L'argent des patients

Selon les informations recueillies, lors de son arrivée, le patient est invité à remettre les sommes d'argent qu'il détient à la régie de dépôt. Un inventaire des sommes d'argent et des objets de valeur est dressé et signé. En cas de demande de retrait d'argent au cours de l'hospitalisation, le patient doit être accompagné par un personnel de l'établissement.

Lorsque le patient bénéficie d'une mesure de protection, le service « des majeurs protégés » lui délivre un bon d'achat. Le montant maximum autorisé par semaine est de 50

euros.

En cas d'absence de ressources financières d'un patient, les assistantes sociales de l'établissement sollicitent une aide financière exceptionnelle à l'hôpital. Il a été indiqué que cette aide n'est qu'une avance mais en pratique l'établissement ne sollicite pas de remboursement auprès du patient.

4.1.4 L'accès aux lieux collectifs

Le CHAC Saint-Lizier est implanté au milieu d'un parc de 30 hectares. La plupart des patients de toutes les unités (sauf ceux de l'USIP et ceux du secteur de pédopsychiatrie) peuvent s'y promener sans être accompagnés. Les contrôleurs ont pu en croiser un certain nombre qui circulaient d'un bâtiment à l'autre.

Beaucoup se rendaient à la cafeteria située dans la « zone » est du parc, situé un peu à l'écart au-dessus d'une salle des fêtes désormais fermée car ne correspondant pas aux normes.

4.1.4.1 La cafétéria

Cette cafétéria est décrite dans le rapport de 2011. Depuis elle n'a pas été rénovée et le lieu en souffre.

Autour d'un grand comptoir qui fait bar et magasin, plusieurs petits espaces ont été délimités : un coin musique au fond, un lieu pour les projections avec un grand écran au milieu, et « un coin livres et DVD » à droite en entrant ; on y trouve aussi un unique ordinateur comme dans un mini cyber café.

Les patients y viennent pour boire un café qu'ils paient comme au dehors ou, pour louer des DVD, et acheter leur journal.

Tenu par quatre membres du personnel hospitalier qui se relaient, ce lieu est ouvert tous les jours y compris les fins de semaine de 9h à 12h30 et de 14h à 16h30 et fonctionne grâce aux cotisations des adhérents. Les patients sont adhérents d'office sans cotisation. Les soignants qui s'y rendent apportent parfois des livres, des DVD et contribuent ainsi par des dons au fonctionnement du lieu géré par l'association d'entraide des patients.

De temps à autre et moins souvent que par le passé, des animations s'y déroulent, annoncées à l'avance par voie d'affiches sur la porte d'entrée : musique, films, contes.

L'espace, s'il est chaleureux, n'est plus du tout fonctionnel, ni moderne : problème de monte-charge pour les livraisons de boissons ou de viennoiseries, peintures qui s'écaillent, absence de réfrigérateurs conséquents, bac pour vaisselle trop bas, escalier rouillé, fissures dans le sol de la terrasse. Sans ascenseur, il n'est pas accessible aux personnes ayant des difficultés de motricité. Il n'y a pas de sanitaires, ce qui pose un réel problème aussi bien pour le personnel en place que pour les patients qui y viennent. Cela a pour conséquence de souiller les environs à proximité.



La cafétéria



Le plafond

Lors de la rencontre avec les personnels qui gèrent le lieu au quotidien, (et qui se retrouvent parfois seuls pour accueillir des groupes de patients qui se succèdent), les contrôleurs ont senti une certaine usure devant un travail non reconnu.

En effet, si pour certains médecins et infirmier(e)s, c'est un lieu important considéré comme un « autre lieu de soins », pour d'autres il ne s'agit que d'un espace dédié à des activités dites « occupationnelles ». Les patients interrogés ont montré leur attachement à ce lieu qui leur donne une bouffée d'oxygène. Ils peuvent prendre leur café sur la terrasse devant un panorama de toute beauté. Le simple fait de s'y rendre, de payer son journal, de louer des DVD leur donne un goût de liberté.

La remarque de 2011 (numéro 24) « *la cafétéria doit être accessible aux personnes à mobilité réduite ; elle doit être équipée de sanitaires* » reste d'autant plus d'actualité que le bâtiment lui même a continué depuis cette première visite à se dégrader.

4.1.4.2 La bibliothèque.

Dans chaque unité des petits espaces bibliothèque sont aménagés. Mais c'est surtout à la cafétéria qu'on trouve et qu'on peut emprunter le maximum d'ouvrages puisqu'un contrat avec la bibliothèque de Saint-Girons est formalisé.

4.1.4.3 Les installations sportives

Un gymnase est accessible côté Est du parc à proximité de l'USIP et de la cafétéria.



Le gymnase

4.1.5 Les activités au sein de l'unité des activités thérapeutiques et transversales (A2T).

Les contrôleurs ont pu noter deux types d'activités :

- dans chaque unité : le personnel infirmier ou les éducateurs prévoient des activités ouvertes⁸. Ce sont des activités ponctuelles organisées par l'unité même et où les patients peuvent participer sans inscription préalable ni prescription médicale. (Cf. activités dans chaque unité) ;
- des activités rassemblant les patients de toutes les unités (à l'exception de la pédopsychiatrie), dans un lieu unique, l'unité A2T situé à côté du bâtiment des Rosiers.

Dans l'unité A2T, trois ergothérapeutes prennent en charge ces groupes de patients **sur prescription médicale uniquement**.

Les activités proposées sont les suivantes :

Psychomotricité, atelier peinture, atelier mots, atelier volume, atelier cuisine, atelier bois, questions d'avenir, relaxation, toucher thérapeutique plantaire (TTP), gym douce, équitation, activités aquatiques et balnéothérapie.

Elles peuvent avoir lieu :

- dans l'unité UA2T elle-même : relaxation, ergothérapie, volume (sculpture), travail sur les mots, chant ;
- dans l'atelier bois situé près des garages ou à l'atelier cuisine au premier étage de l'USIP ;
- dans les unités selon des groupes et des horaires précis : vannerie, jeux de société, couture, dessin, peinture ;

⁸Comme l'atelier cuir ou l'activité jardin à l'USIP, l'activité en sortie balnéo à l'unité B, ou le travail des perles à l'unité A

- à l'extérieur : équithérapie à la ferme équestre ; balnéothérapie au spa de Salies-Du-Salat.

Certaines de ces activités sont organisées par sessions, d'autres par groupes de séances d'après chaque prescription médicale.

Seuls les patients de l'USIP, à l'intérieur du CHAC, sont accompagnés à l'aller et au retour.

Les contrôleurs ont suivi une patiente à l'atelier bois où elle avait décidé depuis trois séances, et en accord avec son ergothérapeute, de réaliser un miroir ; création qu'elle allait poursuivre avec son mari, au dehors, lors d'une permission de retour à son domicile.



L'atelier bois

Ils ont également assisté à l'atelier cuisine qui regroupait trois patients d'unités différentes au premier étage de l'USIP. Il s'agissait de confectionner un repas complet : entrée plat, dessert et de le partager ensuite.



L'atelier cuisine

Ces activités sont à chaque fois l'occasion de verbaliser des situations, d'observer des comportements, de noter des avancées ou des reculs qui seront ensuite tracés sur des fiches placées dans les dossiers de soins des patients.

Ces fiches très précises concernant la prescription médicale avec notification du médecin prescripteur et le motif de la prise en charge ; l'organisation avec les dates et le planning des activités, l'évaluation ergothérapique, ainsi qu'un compte-rendu de chaque séance.

Les ergothérapeutes participent aux réunions de synthèse des unités où leurs observations sont intégrées et discutées : le lundi matin à l'UAP A, le mardi matin à l'USIP, le mardi après-midi à l'UAP B.

Elles participent à une supervision une fois par mois.

Durant la visite des contrôleurs, certaines activités (gym douce, sport adapté et balnéothérapie), étaient stoppées en raison de l'absence d'une des ergothérapeutes non remplacée.

Comme les activités sont prises en charge aussi par le personnel infirmier au sein des unités, l'équipe d'ergothérapeutes semble avoir encore besoin d'affermir et de préciser sa place.

Des sorties régulières sont également organisées : accro-branche, bowling, cinéma, visites de musées, sorties vélo, zoo, sorties en raquettes.

Un groupe théâtre, pris en charge par un médecin psychiatre, a lieu tous les quinze jours le jeudi et se déroule à la gentilhommière au milieu des bâtiments.

4.1.6 La sécurité

L'ensemble des bâtiments du centre hospitalier est situé dans un grand espace de verdure, où il n'y pas de séparation (murs, grillages, etc.). L'établissement n'est doté d'aucune caméra de vidéosurveillance, ni à l'extérieur ni à l'intérieur.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les bâtiments sont équipés d'un système de sécurité incendie de catégorie A. En l'absence de personnel technique spécifique en charge de la sécurité, l'ensemble des personnels peut bénéficier d'une formation chaque mardi et jeudi après-midi.

Le livret de sécurité présente la procédure à suivre en cas de détection d'un incendie dans un service. En cas de sinistre, la mission prioritaire des personnels soignants est la mise en sécurité des patients. Les pompiers interviennent sur demande, dès que le personnel soignant ne peut pas circonscrire le sinistre.

Depuis la première visite, l'établissement a procédé au renouvellement de ses alarmes de protection du travailleur isolé (PTI), ainsi que de sa procédure d'intervention en cas de déclenchement d'une alarme PTI. En 2007 l'appel émis par le PTI était reçu par le standard, puis l'agent du standard contactait par téléphone deux agents, en renfort, de deux services différents.

Le centre hospitalier a décidé d'attribuer de nouveaux terminaux de PTI à chaque pavillon de psychiatrie. Deux catégories de PTI : un PTI ayant uniquement une fonction d'appel d'urgence (terminal A71) et un PTI ayant une fonction d'appel d'urgence et de réception d'appel (terminal A51). En cas de déclenchement de l'alarme sur le terminal A71, celle-ci est instantanément reçue par l'ensemble des agents disposant d'un terminal A51. Cette alarme cessera de sonner une fois que cinq agents confirment la réception de l'appel, ceux-ci se rendent immédiatement en renfort dans le service émettant le signal.

Selon les propos recueillis auprès des personnels, ces nouveaux appareils permettent l'intervention rapide des agents en cas d'incident, ce que les contrôleurs ont pu constater lors de la visite initiale du centre hospitalier, rapidité, efficacité et professionnalisme ont été

observés à cette occasion.

4.1.7 Les transports

Le centre hospitalier dispose d'une ambulance de secours et de soins d'urgence (catégorie A) pour le transport sanitaire ou d'urgence et d'un véhicule léger médicalisé pour le transport d'un médecin vers le lieu de prise en charge du patient.

Les autres moyens de transport sont assurés par des entreprises de transport privées conformément à deux marchés publics : un premier marché relatif au transport sanitaire assis professionnalisé et un second marché relatif au transport sanitaire en ambulance, au transport sanitaire médicalisé (SMUR) et au transport en taxi (personnes et biens).

Selon les informations recueillies, une liste des ambulances est disponible au standard de l'établissement afin de permettre la gestion équitable des transports à la charge du patient ou de l'assurance maladie.

S'agissant du transport à la charge de l'établissement, un tour de garde est assuré par deux entreprises. Un tableau mensuel des permanences est disponible au standard de l'établissement. Il a été indiqué que deux incidents sont intervenus depuis le début de l'année 2015, le centre hospitalier a utilisé son propre véhicule alors que les ambulances devaient assurer ce transport.

4.2 Les conditions propres à chaque unité

4.2.1 L'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), unité intersectorielle

L'unité de soins intensifs psychiatriques, située dans le bâtiment Stanislas Tomkiewicks, est **une unité intersectorielle fermée**, seule unité fermée du département. Elle accueille en première intention tous les patients admis en hospitalisation sous contrainte au sein du pôle psychiatrie du centre hospitalier Ariège-Couserans. Il est cependant possible qu'exceptionnellement des patients hospitalisés sous contrainte, mais bien connus et apaisés soient directement hospitalisés dans les autres unités.

La durée moyenne de séjour s'établit en 2014 à 14,89 jours.

Le taux d'occupation en 2014 a été de 88,9 %.

Au premier jour du contrôle, l'unité s'établit comme suit :

Nombre de lits (hors isolement)	16	<i>Patient le plus jeune</i>	17ans
Nombre de chambres d'isolement	2	<i>Nombre de chambres à un lit</i>	18
Nombre d'hommes hospitalisés	5	<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	0
Nombres de femmes hospitalisées	11	<i>Nombre de douches</i>	18
Plus longue hospitalisation	6 mois	<i>Nombre de WC</i>	18
Patient le plus âgé	63 ans	<i>Salle de bain</i>	1

4.2.1.1 Les locaux

L'unité se présente comme indiqué lors de la précédente visite ; en forme de T elle comporte un rez-de-chaussée bas dans lequel sont situés les vestiaires des personnels, des locaux techniques (machinerie ascenseur) et six locaux de stockage (linge, bagagerie, ménage

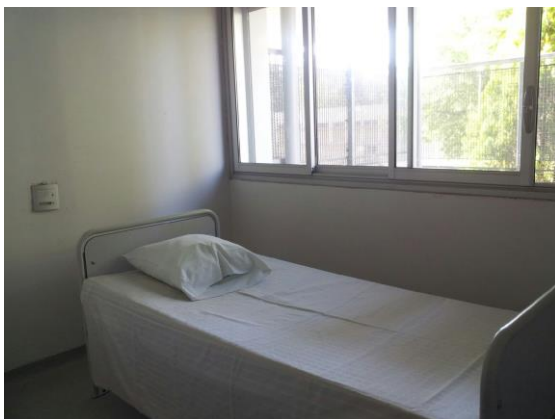
etc.), un rez-de-chaussée haut au sein duquel se trouvent les locaux de vie et un premier étage comportant des bureaux, une salle de réunion, une salle d'activité « cuisine thérapeutique » et une salle de repos pour les personnels.

L'accès au pavillon par l'entrée principale s'effectue au niveau du rez-de-chaussée haut par une rampe permettant le cheminement des brancards et personnes à mobilité réduite. Un bouton d'appel alerte le personnel qui vient ouvrir la porte extérieure qui donne sur un sas vitré desservant un salon d'accueil pour les familles et le hall principal d'entrée dans l'unité d'hébergement. Un accès secondaire est possible à vingt mètres de l'entrée principale, avec un ascenseur adapté aux fauteuils roulants et un escalier conduisant tous deux au premier étage. Cet accès est également sécurisé, il nécessite le recours aux personnels par un bouton d'appel.

Ainsi que décrit plus haut, la partie hébergement comporte seize chambres de 13 m² dont deux d'isolement. Les équipements sanitaires sont les mêmes qu'en 2011, chaque chambre dispose d'un cabinet de toilette d'environ 4 m², équipé d'un WC, d'une douche et d'un lavabo avec miroir et tablette. Chaque chambre dispose d'un placard-penderie.

Les deux chambres d'isolement occupent une surface de 11 m² ; chacune est équipée d'un lit fixé au sol avec système de contention. Ces chambres ne disposent que d'un seul accès, ce qui pose un problème de sécurité en cas de nécessité d'intervention des personnels. Si chaque chambre d'isolement dispose d'une salle d'eau, celle-ci est séparée et isolée de la chambre. **Le patient ne dispose plus alors d'autre moyen pour ses besoins qu'un seau hygiénique posé près du lit. Cette pratique pose question en termes d'hygiène, de commodité et de dignité.**

La lumière est commandée de l'extérieur de la chambre.



Une chambre d'isolement



Toilettes de la chambre d'isolement

Les équipements collectifs sont identiques à ceux décrits en 2011 : hall d'entrée avec fauteuils, petite salle équipée d'un *point phone*, poste de transmission desservant une salle de soin et une salle de préparation des traitements, salle à manger, office, deux salons de télévision, une salle d'ergothérapie, une salle de douche, une salle d'activité et de jeux de société donnant accès à une cour de 50 m² clôturée et sécurisée, ouverte aux patients notamment fumeurs de 7h à 23h.



Le point-telephone



Une salle télévision⁹

Les locaux sont en bon état, propres mais gagneraient à être repeints.

4.2.1.2 Les personnels

Lors de la visite des contrôleurs, les personnels de l'USIP comprennent :

	Nombre de personnes	Équivalent temps plein
Praticien hospitalier psychiatre	2	1
Interne	1	0,8
Médecin généraliste	1	0,25
Cadre de santé	1	1
Infirmiers diplômés d'Etat jour/nuit	18	17,5
Aide-soignant jour/nuit	6	6
Assistante sociale	1	0,5
Ergothérapeute	1	0,5
Psychologue	2	0,8
Assistant médico-administratif	0	0
Agents des services hospitaliers (ASH)	2	2

Deux médecins psychiatres interviennent sur l'unité à temps partagée avec d'autres unités ; ils assurent une présence médicale quotidienne du lundi au vendredi. Les nuits, week-ends et fériés la permanence médicale sur l'ensemble du site est assurée par un médecin de

⁹Photo retouchée pour masquer l'image d'un patient dans le couloir

liaison disponible de 8h30 à 18h30 et un médecin d'astreinte opérationnelle de 18h30 à 8h30.

Le médecin généraliste, intervenant pour l'ensemble du site, est décrit comme très disponible et passe chaque jour à l'USIP, et sur appel chaque fois que de besoin. Rencontré par les contrôleurs, il apparaît comme très dynamique et assurant une excellente prise en charge des patients à la fois globale clinique et préventive.

L'équipe soignante se répartit comme suit :

- cinq binômes (IDE/AS) hommes, un trinôme avec deux IDE hommes et une aide-soignante (AS) travaillant en 12h (jour et nuit) ;
- sept IDE hommes travaillant en 8h (jour et nuit) ;
- trois IDE femmes travaillant en 12h de jour ;
- une IDE femme travaillant en 8h de jour ;
- deux ASH travaillant en 8h.

L'absentéisme est déclaré faible par la cadre de santé (190 jours d'absence toutes fonctions confondues, soit environ un ETP, en 2014) et les personnels plutôt stables sur cette unité pourtant difficile.

En 2014, quatorze personnes, dont un cadre, huit IDE, trois AS et deux ASH ont bénéficié de formations dans neuf thèmes différents.

4.2.1.3 Les patients

La répartition des patients de l'USIP, au 9 septembre 2015 était la suivante :

Soins libres	0
Autorisation parentale (pour les mineurs)	2
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat	2
Soins psychiatriques sur décision du chef d'établissement (global)	10
Dont : PDT urgence (1 certificat, demande écrite d'un tiers)	2
SPDT « classique » (2 certificats, demande écrite)	6
SPDT péril imminent (pas de tiers)	2
Mesures de protection juridique (tutelle ou curatelle)	7

L'USIP reçoit, sauf rares exceptions (patients calmes déjà connus,) tous les patients hospitalisés sous contrainte et prend majoritairement des patients psychotiques. En 2014 l'USIP a reçu 66,2 % d'hommes et 33,8 % de femmes.

L'USIP accueille aussi régulièrement des mineurs, et moins souvent des patients détenus : en 2015 elle a accueilli quatre mineurs et trois personnes détenues. Lors de la visite des contrôleurs un mineur était présent.

En 2014 la majorité des patients accueillis avait entre 30 et 50 ans (60,5 % des patients).

4.2.1.4 L'admission dans le bâtiment

Les modalités d'admission de patients sans consentement ont été décrites ci-dessus au §3.1

4.2.1.5 Le fonctionnement

Les horaires :

Au quotidien, le réveil des patients a lieu vers 8h20 afin qu'ils rejoignent le réfectoire pour le petit déjeuner. Celui-ci peut se prolonger jusque vers 9h ou 9h15.

Le soir, les patients doivent au plus tard regagner leur chambre à 23h.

Les repas :

Comme indiqué dans le précédent rapport, les horaires de repas au réfectoire sont les suivants :

petit déjeuner : 8h30 ; déjeuner : 12h ; goûter : 16h et dîner 19h.

Pour ceux qui sont en chambre d'isolement, l'infirmier passe vers 8h25 proposer thé, café ou chocolat et revient ensuite avec un plateau repas.

Pour le déjeuner de midi et pour le dîner, les patients sont répartis par tables de trois ; deux soignants partagent leur repas. Quatre repas thérapeutiques sont ainsi fournis chaque jour pour les soignants.

Les repas en chambre sont possibles mais autorisés conjointement par le médecin psychiatre et l'équipe soignante et souvent pris en présence du soignant. Les régimes sont précisés : sans porc, végétarien, diabétique.

La chambre:

Il est interdit d'y consommer des denrées périssables ou des boissons comme le thé ou le café. Cela sera consommé au réfectoire

Chaque patient détient la clé de sa chambre et peut, lorsqu'il est à l'intérieur compléter la fermeture par une targette ; cette targette peut, si besoin est, être déverrouillée de l'extérieur par le personnel. En cas d'absence prolongée, la clé doit être remise au personnel.

Il n'y a pas de poste de télévision dans les chambres. Tout matériel Hi-Fi est soumis à autorisation.

Aucune des chambres n'est équipée pour recevoir Internet

Il est noté dans les règles de vie que la chambre est un lieu de soins et reste accessible au personnel soignant.

En général, un moment de sieste ou de pause a lieu tous les jours, souvent sur prescription médicale, de 13h à 14 ou 15h.

Au cas par cas, les médecins peuvent aussi prescrire ce repos en fin de matinée s'il y a eu trop de mouvements ou de stimuli dans la matinée.

Il est demandé aux patients de respecter les horaires et de ne plus faire de bruit à partir de 23 h.

Les médicaments :

Les médicaments sont distribués selon les prescriptions à 8h30, midi, 16h et 19h en général au réfectoire avant les repas ou collations. Ils sont placés sur un chariot et à tour de rôle distribués à chaque patient. C'est souvent le moment pour eux souvent de discuter de leurs traitements avec les infirmiers.

Les contrôleurs se sont interrogés sur la confidentialité de ces distributions.

Le tabac :

Il est possible de fumer dans le patio ouvert de 6h30 à 23h en prenant soin de déposer cendres et mégots dans les cendriers prévus. Un allume-cigarette mural est installé dans le patio et la cour de service. Il sera exceptionnellement possible de fumer dans les chambres sécurisées sous la surveillance d'un soignant.

Les activités :

Des activités sont proposées soit par les infirmiers (atelier cuir, jardinage), soit sur prescription médicale par les ergothérapeutes (perles, dessin, peinture, cartonnage). Elles se déroulent dans l'unité même à l'atelier, selon des horaires précis.

Pour les activités organisées par l'UA2T (cf. §4.1.5), des patients d'autres unités peuvent venir à l'USIP comme pour l'atelier cuisine au premier étage et partager ces activités avec les patients de l'USIP.

Pour une activité extérieure, au bâtiment de l'UA2T, au gymnase ou à l'atelier bois, les patients de l'USIP ne sont pas systématiquement accompagnés lorsqu'ils quittent l'unité.

Là encore c'est sur prescription médicale qu'ils pourront, pour certains, s'y rendre seuls ainsi qu'à la cafétéria ou se promener une demi-heure ou une heure dans le parc.

Le soir, des jeux de société sont parfois demandés par les patients et la belote a du succès. Durant la visite des contrôleurs, le lecteur DVD était en panne et ne permettait donc pas d'organiser des soirées vidéo.

Des sorties thérapeutiques sont également organisées mais il est difficile de les prévoir à l'avance puisque certains patients quittent l'USIP et que d'autres, stabilisés pour une sortie, peuvent développer des phénomènes de décompensation subits et donc ne sont plus aptes à sortir. Ces sorties (randonnées pédestres ou en raquettes, visites diverses) se déroulent sur une journée, même si, par le passé, des séjours-mer de trois jours ont pu avoir lieu.

communication et expression :

Deux salles équipées de téléviseurs sont à disposition. Dans la grande salle, les boutons sur le poste même permettent sans problème de changer de chaîne. Dans la petite salle, la télécommande est à demander au personnel.

Pour la presse, un exemplaire du quotidien local est déposé chaque jour dans toutes les unités du CHAC mais les patients peuvent aussi l'acheter individuellement à la cafétéria.

Un ordinateur placé en salle de soins est exceptionnellement accessible aux patients en présence toujours d'un soignant et ce pour des demandes très précises comme une recherche de logement. (Une assistante sociale rencontre les patients à l'USIP pour toutes les questions socio-éducatives. Elle exerce à mi-temps également dans l'unité infanto-juvénile).

Il faut noter la présence d'un grand panneau mural dans le hall ; des patients ont expliqué aux contrôleurs la teneur des dessins ou des phrases qu'ils y avaient tracés.

Contacts avec l'extérieur :

Les visites se déroulent en général l'après-midi et ce jusqu'à 21h ; elles font l'objet d'une préparation puis d'une évaluation avec chaque patient.

Le courrier n'est pas contrôlé ; par contre, la nature des colis postaux est vérifiée. Les « courriers départ » de patients détenus sont adressés à l'établissement pénitentiaire de rattachement.

Les appels téléphoniques sont libres à partir du *point phone* du hall central ou du téléphone portable du patient sauf prescription médicale limitant ou interdisant les appels. Il est interdit pour ces derniers de les utiliser comme appareil photo ou enregistreur. Le *point phone* est ouvert de 8h30 à 22h. Selon l'état du patient et sur recommandation médicale, les communications téléphoniques s'effectuent parfois en présence d'un membre du personnel soignant.

Les sorties à l'extérieur (courses diverses, rendez-vous chez l'avocat) sont possibles avec l'autorisation des cadres ou des médecins, du directeur pour les ASPDT, du préfet pour les ASPRE. L'autorisation peut stipuler que le patient doit être accompagné.

L'utilisation d'un véhicule n'est possible qu'après accord du médecin. Les clés sont remises aux soignants.

Tout cela est indiqué dans un petit document de deux pages intitulé « Règles de vie à l'USIP » où sont également spécifiés les points suivants :

- l'établissement indique qu'il ne fournit ni vêtements, ni matériel de toilette. Mais pour les personnes sans ressources, un prêt de vêtements est prévu ;
- que l'on peut déposer à l'arrivée des objets personnels dans l'un des dix-huit casiers numérotés prévus à cet effet en salle de préparation des soins. Pour les objets de valeur, les infirmiers précisent qu'il est possible de garder des bijoux sur soi : la fiche d'inventaire le signalera mais sont évoqués aussi les vols ou rackets possibles ;
- que l'on doit aussi déposer des objets jugés dangereux comme les rasoirs, les briquets, les objets tranchants, le verre ou même du tabac si la personne n'est pas en capacité de gérer sa consommation ;
- que l'introduction et la consommation d'alcool sont interdites dans l'enceinte de l'hôpital. En cas de constatations d'intoxication alcoolique, un médecin procédera à des examens cliniques et biologiques, cette situation pourra amener à une interruption ou à une modification d'hospitalisation ;
- que les violences, destructions, dégradations peuvent donner lieu à des poursuites pénales et parfois à des remboursements de dégâts.

Les contrôleurs se sont par contre interrogés sur les recommandations concernant les relations sexuelles «en fonction de l'intérêt de la prise en charge», ainsi que sur les modalités de leur contrôle au sein de l'unité.

Ce document « les règles de vie à l'USIP », daté de 2011 est remis aux patients à leur arrivée. La question est de savoir si le patient est en état de le lire et de le comprendre. Le personnel indique prendre du temps pour réexpliquer et préciser les différents points.

Les projets pour 2015 concernent l'implication de tous pour des sorties thérapeutiques extérieures à l'unité et dans les ateliers au sein du service ainsi que la reprise de l'activité socio-esthétique.

Tous les mardis matins, une visite regroupe tout le personnel de 9h15 à 10h15. Des synthèses sont également faites au cas par cas par l'équipe à la demande.

4.2.2 L'unité d'admissions psychiatriques du secteur A (UAPA),

4.2.2.1 Présentation générale.

L'unité Gaëtan de Clérambault est ouverte (les portes sont ouvertes de 9h30 à 19h ou 20h, selon les saisons). Elle accueille prioritairement les patients domiciliés dans la partie Nord et Est du département, soit les communes principales de Mazères, Pamiers, Lavelanet et les zones rurales autour de ces villes. Sur ce secteur, le centre hospitalier du Val d'Ariège est l'établissement hospitalier de référence en matière de soins somatiques.



L'unité d'admissions psychiatriques du secteur A

Si l'UAPA est un service d'admission, il est aussi avant tout un service ouvert. Aussi les patients en soins sans consentement ne sont-ils que très rarement hospitalisés directement dans ce service. Un passage à l'USIP, le temps d'apaiser la crise, est la règle.

Par contre les patients connus et consentants peuvent être accueillis directement au sein de l'UAPA.

D'autre part, si l'état d'un patient de l'unité nécessite des contraintes à sa liberté d'aller et venir, le principe n'est pas de restreindre les ouvertures de l'UAPA mais de transférer le patient en crise à l'USIP, afin de conserver à l'unité son caractère ouvert.

Ni la mise en isolement, ni la contention ne sont pratiquées au sein de l'UAPA.

	UAPA
<i>Nombre de lits (hors isolement)</i>	22
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	1
<i>Nombre de patients</i>	16
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	21
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	1
<i>Nombre de douches</i>	22
<i>Nombre de WC</i>	22 + 2
<i>Salle de bain</i>	1

La durée moyenne de séjour s'est établie, en 2014, à 19,13 jours.

Le taux d'occupation a été de 88,9 %.

4.2.2.2 Les locaux.

Le bâtiment en forme de L demeure inchangé depuis 2011. Il comporte trois niveaux. Le sous-sol est réservé aux personnels, et à la maintenance.

- *Au rez-de-chaussée :*
 - dix chambres individuelles dont deux médicalisées plus spacieuses et la chambre d'isolement appelée chambre de surveillance, proche du poste de soins ;
 - une salle de pause à destination des personnels: elle est dotée d'une table, de six chaises, d'un réfrigérateur, d'un four à micro-ondes, d'un évier et d'un meuble bas de cuisine. Selon les indications données, elle est très peu utilisée parce que trop éloignée des espaces de vie des patients et des soins ;
 - les espaces de vie collective et les locaux professionnels des personnels soignants.
- *Au premier étage :*
 - onze chambres individuelles ;
 - l'espace médical non accessible librement aux patients composé de cinq bureaux destinés aux médecins, un bureau pour le secrétariat médical et un autre pour le psychologue ;
 - une salle, lieu d'échanges pour le groupe de paroles des patients alcooliques. Elle est équipée de huit fauteuils, d'une table basse centrale, d'un tapis décoratif, d'un poste de télévision. Des plantes vertes y sont disposées et les murs bénéficient d'une décoration murale, tableaux et lithographies ;

- une salle d'attente réservée aux personnes qui viennent consulter. Elle est meublée de cinq chaises, d'une table basse avec, toujours, le souci de la décoration murale et de la présence de plantes vertes.



Chambre et salles de bains UAPA

L'accès à cet étage est possible par un escalier à partir du rez-de-chaussée du bâtiment, et par un ascenseur qui peut être emprunté de l'extérieur par les patients, au niveau du sous-sol, mais aussi de l'intérieur de l'unité, au rez-de-chaussée de celle-ci.

4.2.2.3 Les personnels.

UAPA	Nombre de personnes	Equivalent temps plein
Praticien hospitalier psychiatre	3	1,75
Interne	1	1
Médecin généraliste	1	0,25
Cadre de santé	1	1
IDE Jour/Nuit	15	15
Aide-soignant J/N	4	4
Assistante sociale	1	0,75
Psychologue	1	1
Assistant médico-administratif	2	Pour l'ensemble du secteur
Agents de service hospitalier	2	2

4.2.2.4 Les patients.

Lors de la visite, sur seize patients hospitalisés, quatre l'étaient en soins sans consentement :

- un en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ;

- un également en SDRE mais suite à une décision judiciaire ;
- deux en soins à la demande d'un tiers selon la procédure dite d'urgence.

Ces patients n'étaient pas soumis au sein de l'unité à des règles de vie différentes. Le caractère ouvert de l'unité l'emporte sur le statut juridique des patients.

L'UAPA n'accueille jamais de personnes détenues.

4.2.2.5 La période initiale de soins et d'observation

Unité ouverte, l'UAPA n'a donc pas vocation à recevoir directement des patients placés en soins psychiatrique sans consentement. La période initiale de soins et d'observation au cours de laquelle sont établis les certificats médicaux prévus par la loi est donc en principe effectuée avant l'arrivée dans cette unité.

4.2.2.6 Le fonctionnement.

La vie quotidienne.

Les patients possèdent tous la clé de leur chambre. Ils peuvent donc la refermer lorsqu'ils en sortent et s'enfermer à l'intérieur avec un verrou. Le personnel soignant, en possession d'un passe général, peut donc intervenir dans les chambres qui restent des lieux de soins. Cette pratique autonomise les patients et sécurise les biens qu'ils laissent à l'intérieur.

Il a été précisé que si le patient est enfermé dans sa chambre, le personnel infirmier n'utilise pas son badge pour entrer, il attend que le patient lui ouvre afin de préserver l'intimité du patient. D'autre part il n'y a pas de fouille des chambres des patients.

Aucun patient n'a été vu en pyjama pendant la visite. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'y avait jamais d'obligation ou de prescription à ce niveau dans l'unité.

La présence de salle de bains individuelle dans chaque chambre évite les prises en compte collectives des douches. Le personnel n'a donc à régler que les problématiques individuelles de refus d'hygiène souvent liés à des pathologies.

L'entretien du linge est parfois effectué par les familles, mais les patients ont accès à des lave-linge, ou peuvent faire appel à la blanchisserie de l'établissement sous réserve que le linge soit étiqueté. Les achats de linge sont possibles, dans ce cas le personnel infirmier contacte le tuteur.

Les règles de vie

Les règles de vie sont formalisées sur un document daté du 1^{er} décembre 2009 et affiché sous plastique dans le hall d'entrée.

La restauration

Le petit déjeuner est servi de 8h à 9h, le déjeuner à partir de 12h15, et le dîner à 18h45. Un goûter est servi vers 16h et une tisane à 20h30.

Si la règle est le repas collectif, en cas de prescription médicale, le patient a la possibilité de prendre son repas seul dans sa chambre.

Le midi, trois personnels soignants partagent leur repas avec les patients. Un personnel peut également manger avec le patient dans sa chambre, si telle est la prescription.

Les menus sont affichés près du réfectoire.



La salle à manger de l'UAPA

En dehors des contraintes médicales ou religieuses, les patients n'ont pas le choix des menus.

L'accès au tabac est facilité par l'ouverture réelle et permanente en journée de l'unité. Les patients ont tout loisir de sortir pour fumer ou pour trouver du tabac. Un personnel peut accompagner le patient pour acheter du tabac, dans la limite de deux paquets par semaine.

L'alcool est interdit dans le pavillon.

Les relations sexuelles ne font pas l'objet d'une interdiction ou d'une délimitation quelconque. Le personnel s'est dit cependant attentif aux situations qui soulèveraient de légitimes doutes sur la réalité des consentements. Le patient peut se rendre à l'infirmerie pour demander un préservatif.

Les communications avec l'extérieur.

Un local à proximité de l'accueil permet aux familles de rencontrer les patients. Les horaires ne présentent aucun caractère limitatif car le personnel s'adapte aux situations qu'il connaît. Le parc et l'environnement de l'hôpital permettent aussi aux visiteurs de sortir de l'unité avec les patients.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les visites sont, en théorie, autorisées l'après-midi de 14h à 19h30. Toutefois, il peut arriver qu'on autorise les visites le matin.

Le téléphone ne fait l'objet d'aucune restriction. Les patients conservent leurs portables et peuvent aussi être appelés à un *point phone* dans l'unité.

L'installation d'un **poste de télévision** individuel dans les chambres est soumise à prescription médicale. Un téléviseur collectif est à disposition des patients dans l'unique salon télévision du rez-de-chaussée.

Les activités.

Les activités s'effectuent soit ponctuellement au sein du service, et s'avèrent diverses (pétanque, tennis de table, jeux de société), soit sur prescription médicale au sein de l'unité unité des activités thérapeutiques et transversales (cf. §4.1.5).

Les soins somatiques.

Assurés par un médecin généraliste visitant tous les matins le service, les soins somatiques n'appellent aucun commentaire particulier.

La distribution des médicaments se fait individuellement en salle de soins, le matin de 8h15 à 9h, le midi de 11h30 à 12h, le soir de 18h15 à 18h45 et la nuit de 21h30 à 23h.

4.2.3 L'unité d'admissions psychiatriques du secteur B (UAPB),

4.2.3.1 Présentation générale

L'unité Camille Claudel est **ouverte** (les portes sont ouvertes de 9h30 à 19h ou 20h, selon les saisons). Elle accueille prioritairement les patients domiciliés dans la partie Ouest du département, zone essentiellement rurale (Couserans, Volvestre, Mas d'Azil, Séronnais, Pays de Foix, Tarascon et Ax-les-Thermes). La médecine libérale est peu représentée sur ce secteur ; le CH est le seul établissement d'hospitalisation complète. Les médecins de l'unité interviennent également en CMP ce qui facilite le suivi et rend moins difficile l'hospitalisation en cas de besoin.

Toutes les pathologies sont représentées au sein du pavillon mais les équipes observent une nette augmentation de patients présentant également des problématiques sociales (absence de logement, revenus précaires, isolement). S'il arrive que des patients connus et consentants soient admis directement, les patients sans consentement passent généralement par l'USIP, le temps d'apaiser la crise. Quand elle n'est pas déterminée par la nécessité de libérer une place à l'USIP, l'admission à l'UAPB marque le premier pas vers la consolidation du diagnostic et du traitement et la préparation de la sortie. Il arrive néanmoins que des patients y demeurent plus longtemps que nécessaire, faute de structures intermédiaires de type appartements thérapeutiques.

La durée moyenne de séjour s'est établie, en 2014, à 17,80 jours.

Le taux d'occupation a été de 91 %.

Au premier jour du contrôle, l'unité se présente comme suit :

	UAPB
<i>Nombre de lits (hors isolement)</i>	24
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	1
<i>Nombre d'hommes hospitalisés</i>	8
<i>Nombres de femmes hospitalisées</i>	16
<i>Plus longue hospitalisation</i>	6 mois
<i>Patient le plus âgé</i>	61 ans
<i>Patient le plus jeune</i>	21 ans
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	21
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	1
<i>Nombre de douches</i>	22
<i>Nombre de WC</i>	22 + 2
<i>Salle de bain collective</i>	1

4.2.3.2 Les locaux

L'unité se présente comme lors de la précédente visite ; elle est ouverte en journée ; la porte d'entrée est précédée d'un espace bétonné, couvert et muni d'un banc et de chaises, où les fumeurs se retrouvent régulièrement. La façade opposée donne sur une vaste cour arborée et équipée (table, bancs, table de tennis...).

Ainsi qu'il est dit plus haut, le pavillon comporte toujours vingt-deux chambres individuelles et une chambre à deux lits, réparties sur deux niveaux, plus une chambre d'isolement régulièrement occupée comme une chambre ordinaire. L'équipement sanitaire est le même qu'en 2011 (douche et toilettes dans chaque chambre). Les équipements collectifs n'ont pas changé (salle à manger, salle de télévision, salle d'activités, salle d'ergothérapie, salon familles, salon fumeurs). Des équipements permettent de se distraire (vélo d'appartement, jeux de société, radio et chaîne musicale, journaux).

L'accès aux étages peut s'effectuer par un ascenseur aux normes PMR. La chambre double, également située à l'étage, pose difficulté : aucun patient ne sollicite ce type d'hébergement, finalement « imposé » aux malades les plus dociles, ou, pour quelque temps, à ceux qui vont sortir.

Les espaces collectifs du rez-de-chaussée sont décorés (tableaux, plantes vertes). Le premier étage, en revanche, est propre mais dépourvu de toute décoration et particulièrement peu chaleureux. Les chambres que les contrôleurs ont pu visiter étaient peu personnalisées et certaines dégradées (revêtement de sol arraché, humidité au bas de portes, papier peint portant les traces de l'usure du temps).

Les locaux, quoique bien entretenus sont peu décorés ; ils ont vieilli – peinture défraîchie, revêtements de sol dégradés, traces d'humidité, notamment dans les chambres – et gagneraient à être rénovés.

4.2.3.3 Les personnels

Au moment du contrôle, les personnels de l'unité se présentent comme suit :

UAPB Camille Claudel	Nombre de personnes	Equivalent temps plein
Praticien hospitalier psychiatre	3	1,5
Interne	1	1
Médecin généraliste	1	0,25
Cadre de santé	1	1
IDE Jour/Nuit	15	15
Aide-soignant J/N	5	4,80
Assistante sociale	1	0,5
Psychologue	2	0,70
Assistant médico-administratif	2	Pour l'ensemble du secteur
Agents des services hospitaliers	2	1,80

Tous les médecins interviennent également dans les structures extérieures (CMP). Le médecin responsable intervient en outre à l'USIP. Elle est présente dans l'unité quatre demi-journée par semaine.

Le tableau de présence médicale, qui peut inclure un temps de présence à l'hôpital mais pas nécessairement au sein de l'unité, montre qu'un ou deux médecins psychiatres sont aisément accessibles, si ce n'est toujours physiquement présents.

Le médecin généraliste est qualifié de très disponible et très à l'écoute ; il intervient quotidiennement dans l'unité.

Les équipes soignantes interviennent selon les mêmes modalités que pour l'ensemble de l'hôpital. A souligner l'affectation d'un aide-soignant à l'accompagnement des sorties.

L'équipe, largement féminine (douze femmes sur quinze pour les infirmiers et quatre sur cinq pour les aides-soignants), est qualifiée de très stable et expérimentée. L'absentéisme est rare. Le cadre de santé estime que les femmes, qui se situent davantage dans le dialogue que le rapport de force, gèrent très bien l'agressivité. Aucun passage à l'acte n'est à déplorer depuis la précédente visite.

Selon le rapport d'activité pour l'année 2014, 70 % des soignants ont suivi une formation sur la bientraitance ; les autres thèmes concernent la psychopathologie, l'agressivité les conduites addictives. Outre le chef de service, deux infirmiers ont suivi une formation relative aux soins contraints.

4.2.3.4 Les patients

La répartition des patients de l'unité A2, au 30 mars 2015, était la suivante :

Soins libres	20
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat	1
Soins psychiatriques sur décision du chef d'établissement	2
Mesures de protection juridique (tutelle ou curatelle)	7

Les patients admis en soins contraints ne sont pas rares ; selon les propos recueillis, le statut joue un rôle symbolique dans cette unité ouverte, que les patients quittent librement pour aller dans un parc lui-même ouvert vers l'extérieur. De fait, la contrainte semble intégrée par les patients, dont l'un a pu dire aux contrôleurs : « on me laisse sortir dans le parc à condition de ne pas m'éloigner ; j'accepte ; je sais que je peux me mettre en danger ». Les fugues seraient « rarissimes ».

L'unité accueille régulièrement des mineurs ; le chiffre précis n'a pas été cité et ne figure pas dans le rapport d'activité. Ils seraient en moyenne quatre ou cinq par an, toujours âgés de plus de 16 ans, généralement en raison d'un comportement devenu difficilement supportable pour l'unité des adolescents. Le statut de ces mineurs n'est pas connu des personnes rencontrées, qui évoquent à la fois l'autorisation des parents et des ordonnances de placement.

L'UAPB n'accueille jamais de personnes détenues.

4.2.3.5 Le fonctionnement

Les patients sans consentement n'arrivent pas directement à l'UAPB ; leur accueil est soumis à leur stabilisation et, dans la mesure où l'unité est ouverte, à leur adhésion aux soins. Le malade est accueilli par un soignant du pavillon, qui va le chercher à l'USIP ; comme pour les autres patients, un soignant lui fait faire un tour du service, lui expose le fonctionnement de l'unité et lui montre sa chambre, où, en principe, sont affichées les règles de vie.

Lorsqu'ils arrivent à l'unité, les patients admis en soins contraints ont généralement dépassé la période initiale de soins et d'observation. En tout état de cause, cette période est marquée par une observation plus aiguë et, si besoin, un accompagnement plus intensif (aide au réveil ou à la toilette par exemple,) mais elle ne se caractérise par aucune restriction de principe des droits : ni isolement, ni mise en pyjama, ni suppression systématique du téléphone ou des visites. Le maintien à l'intérieur du pavillon et la suppression des contacts avec la famille peuvent être prescrits pour certains patients ; la situation est révisée quotidiennement et, selon les renseignements recueillis, ne dure pas au-delà de « quelques jours », en pratique huit jours au plus.

L'échéancier des certificats médicaux (qui, en pratique, concerne essentiellement les certificats mensuels) est vérifié par le service des admissions, relayé par le secrétariat de l'unité. Le médecin rencontre le patient et, en fonction des capacités de celui-ci, lui fait part de son

analyse ; il ne semble pas que le malade soit systématiquement informé du cadre légal dans lequel interviennent ces certificats ni de leur exact contenu. L'avis du patient est recueilli dans le cadre de la relation thérapeutique et consignée dans le dossier de soins ou les notes du praticien mais n'est pas reporté sur le certificat médical.

Les convocations à l'audience du JLD sont décrites comme rares dans l'unité, qui reçoit généralement le patient au-delà de la première audience et ne les garde pas longtemps. Des notifications de décisions administratives peuvent intervenir qui, faute de formation et de connaissance de la procédure, laissent les soignants relativement désemparés et les patients peu informés de leurs droits (Cf. § 3.1.2).

Au quotidien, le fonctionnement de l'unité est fondé sur l'autonomie du patient et la confiance : chaque patient dispose de la clé de sa chambre, à laquelle il peut accéder à tout moment ; il peut apporter radio, ordinateur (l'unité n'est pas équipée pour l'accès à internet), poste de télévision et conserver dans sa chambre tous ses objets personnels (y compris rasoir, tabac, téléphone portable, argent...). Le patient est avisé du risque de vol et peut aussi remettre certains objets au bureau infirmier (téléphone portable plutôt qu'objets de valeur). En pratique ; des dispositions sont prises à l'égard des patients qui ne sauraient pas gérer leur autonomie et se mettraient en difficulté (consommation excessive de tabac, isolement en chambre...) ; elles passeront par le dialogue avec l'équipe et, le cas échéant, par une restriction temporaire, décidée médicalement.

Les **repas**, servis à 8h30, 12h et 19h, se prennent collectivement, en présence de deux soignants au moins, et le placement à table est libre. Des exceptions sont possibles : à l'arrivée, ou s'il rencontre des difficultés, un patient est autorisé à prendre ses repas seul en chambre. Il est également pris soin des patients qu'un traitement peut mettre en difficulté (salivation excessive) : certains soignants et particulièrement le cadre de santé indiquent s'asseoir avec eux à une table isolée. Plusieurs patients ont dit au contrôleur combien ils appréciaient le petit déjeuner qu'ils partagent avec le cadre de santé (en principe, l'unité ne pratique pas les repas thérapeutiques qui voient les soignants à la même table que les patients) ; de son côté, le cadre indique trouver là l'occasion de mieux connaître les malades et d'établir avec eux une relation « conviviale ».

Le **linge personnel** est en principe fourni et lavé par les familles mais, en cas de besoin, une machine à laver permet de l'entretenir gratuitement dans l'unité.

Le **tabac** n'est en principe autorisé qu'en dehors du pavillon et les malades se regroupent souvent sur le palier pour y fumer. En pratique, faute de sas sécurisé donnant sur l'extérieur et permettant aux fumeurs de satisfaire leur besoin de nuit, un salon est accessible. L'équipe dit être attentive aux excès de tabagisme (une aide à l'arrêt est proposée) et aux conflits qui peuvent naître autour du tabac (harcèlement, pressions...).

Il est interdit de faire usage du **téléphone portable** durant les repas et les soins, et de prendre des photographies ; aucune difficulté n'a été invoquée à ce sujet. Ceux qui ne disposent pas de portable appellent ou se font appeler gratuitement sur un téléphone fixe, placé dans le couloir, sur une table (une chaise est à côté) légèrement à l'écart de la circulation. Un autre poste à carte est accroché au pied de l'escalier qui conduit au premier étage ; il semble peu utilisé.

Les **visites** ont lieu quotidiennement, de 14h à 19h ; le règlement intérieur de l'unité prévoit qu'elles se déroulent dans le salon des familles ou dans le parc ; en pratique, les patients reçoivent aussi dans leur chambre ; en cas de difficulté, il est possible à certaines familles, sur demande, de rendre visite au patient le matin. Il n'y a pas de restrictions tenant à l'âge des visiteurs.

Les patients peuvent également se rendre visite dans leur chambre, en journée ; il est précisé « on leur demande, la nuit, de rester chacun dans sa chambre ». Le règlement intérieur n'évoque pas la question de la sexualité et sa pratique entre patients dépendrait du médecin « certains savent que des patients ont des relations dans leur chambre et l'acceptent, d'autres s'y opposent ». Les soignants se disent attentifs au consentement des partenaires. Des préservatifs peuvent être fournis. La question de la sexualité est abordée de manière individuelle plutôt que collective.

La **salle de télévision** est accessible du lever à la fin du film du soir ; il n'est pas pris de dispositions pour gérer la détermination du programme et, en pratique, les contrôleurs ont observé que le téléviseur fonctionnait de manière continue, avec ou sans patients. Quelques jeux de société sont également disponibles, et, en pratique, peu utilisés.

La détermination du **projet de soins** est le fait du médecin, en lien avec l'équipe. Il repose sur les traitements, les entretiens médicaux et infirmiers, les sorties et les activités.

Le patient est vu environ une fois par semaine, en entretien individuel. Les traitements sont dispensés individuellement, soit en salle de soins, soit, le soir, en chambre, respectant la confidentialité et permettant au malade de faire valoir des doléances à ce sujet.

L'administration des traitements est tracée au dossier informatique du patient.

Les infirmiers pratiquent des entretiens informels et se disent proches des patients.

Les activités, prescrites par le médecin en fonction des besoins du patient, sont organisées au sein de l'unité ou de l'établissement. L'unité s'est vu attribuer un budget de 2620 euros pour l'année 2015 (outre les activités communes) pour financer des sorties (deux sorties accompagnées collectives par mois, concernant de deux à sept patients), l'embellissement du service (en pratique, fleurs et potager) pour trois à quatre patients (durant six mois) et un atelier esthétique, individuel, fonctionnant à l'année.

Les sorties visent à parfaire l'autonomie du patient et à l'aider à se réapproprier le quotidien (achats, visite à domicile...) ou suivre des activités de sport et de loisirs (piscine, cinéma..). Un aide-soignant est plus particulièrement affecté à cette action de préparation à la sortie ; il intervient en binôme avec une infirmière. Les trois patients en soins contraints présents au moment du contrôle bénéficient de ces sorties : admis entre le 7 et le 23 août 2015, ils avaient bénéficié, l'un de visites hebdomadaires en famille, l'autre de deux sorties accompagnées, l'une par la famille et l'autre par les soignants, et le dernier d'une sortie accompagnée (sans plus de précisions).

Une ergothérapeute anime, chaque après-midi, dans l'unité, des ateliers créatifs ouverts à tous. En pratique, ils réunissent de six à huit patients.

Les IDE animent également, de manière informelle, des activités lecture, jeux de société (et, selon le rapport d'activité 2014, chant).

Les patients sont également appelés à s'investir au profit de la collectivité ; au moment du contrôle, l'un d'eux était actif en cuisine.

D'autres patients se voient prescrire des activités à l'UA2T (participation non indiquée).

Tous peuvent se rendre librement à la cafétéria de l'établissement.

L'ensemble des prescriptions et participation est évalué en équipe chaque semaine.

L'isolement et la contention sont décrits comme « très rares ».

La **chambre d'isolement** (dite « de sérénité ») est située à proximité de la salle de soins ; un sas donne d'une part sur la chambre et d'autre part vers la salle de bain. Les murs sont peints de couleur bleu pâle ; la chambre est munie d'un lit scellé et d'un placard d'angle, d'une table et d'un fauteuil ; la fenêtre est coulissante et son ouverture bridée. Un hublot permet une surveillance à distance ; il n'y a pas de bouton d'appel, ni d'horloge. Il est dit que les portes restent fréquemment ouvertes lors de son utilisation.

Au moment du contrôle, une patiente sous tutelle, admise en soins libres depuis mars 2015, était parfois contenue dans sa chambre, pour « l'apaiser et calmer son excitation ». Le médecin avait autorisé cette contention, « si besoin », pour des périodes ne dépassant pas une heure et qui, en pratique selon les soignants, étaient de moindre durée (« il faut parfois la contenir plusieurs jours de suite, une demi-heure chaque jour, et pendant plusieurs mois ce n'est plus nécessaire »). Le médecin s'est interrogé sur une modification du statut, qu'il n'a pas estimée utile : le père, tuteur et déjà âgé, est, de fait, demandeur de l'hospitalisation et la patiente n'y est pas opposée ; il aurait été informé de l'utilisation de cette contention occasionnelle. La patiente, que les contrôleurs ont rencontrée, présente un discours très décousu ; elle ignorait son statut et se disait d'accord pour être hospitalisée ; elle n'avait pas gardé le souvenir des contentions.

Selon les renseignements communiqués, deux patients ont fait l'objet d'un isolement en chambre 23 durant le premier semestre 2015, sans contention :

- l'un, pour qui onze prescriptions « si besoin » avaient été édictées, a été placé quatre fois en isolement, pour des durées variant de 1 à 8 heures ; il prenait ses repas en salle à manger ;
- l'autre, pour qui huit prescriptions « si besoin » avaient été faites, a été placé effectivement quatre fois, pour des durées toujours inférieures à douze heures (sans autre précision).

Isolement et contention ne sont pas tracés ailleurs que dans le dossier du patient.

4.2.4 L'unité de réadaptation psychiatrique (URP), unité intersectorielle

4.2.4.1 Présentation générale

Le pavillon Gérard de Nerval est **intersectoriel**. Il accueille des patients stabilisés et compliant aux soins, souffrant de pathologies lourdes (psychoses) et souvent gravement déficitaires, pour qui il ne peut pas être formé de projet de sortie à court terme sans risque important de rechute. Il s'agit d'aider les patients à apprivoiser leur maladie et leur traitement, de les aider à construire un projet de vie, s'agissant de patients que leurs troubles ont installé

dans une forme de passivité. Pour certains, ce projet de vie ne pourra se faire qu'en institution ; faute d'institution adaptée, certains séjours durent plusieurs années.

Le pavillon est ouvert, de 9h30 à 19h ou 20h, selon les saisons.

La durée moyenne de séjour s'est établie, en 2014, à 34,95 jours.

Le taux d'occupation a été de 92,8 %.

Au premier jour du contrôle, l'unité se présentait comme suit :

	URP Gérard de Nerval
<i>Nombre de lits</i>	20
<i>Nombre de chambres d'isolement</i>	1
<i>Nombre d'hommes hospitalisés</i>	11
<i>Nombres de femmes hospitalisées</i>	8
<i>Plus longue hospitalisation</i>	11 ans
<i>Patient le plus âgé</i>	60 ans
<i>Patient le plus jeune</i>	24 ans
<i>Nombre de chambres à un lit</i>	20
<i>Nombre de chambres à deux lits</i>	0
<i>Nombre de douches</i>	20
<i>Nombre de WC</i>	20+1
<i>Salle de bain</i>	1

4.2.4.2 Les locaux

L'unité se présente comme lors de la précédente visite : il compte vingt chambres individuelles, dont deux médicalisées, plus une chambre dite « d'apaisement » ; l'ensemble est réparti sur deux niveaux ; toutes les chambres sont dotées de sanitaires (douche, lavabo, toilettes) et sont en bon état de propreté, malgré une certaine vétusté des revêtements des murs et des sols. Les patients peuvent aménager leur chambre à leur goût ; celles que les contrôleurs ont pu visiter l'étaient peu.

Les espaces collectifs n'ont pas varié et se composent, pour l'essentiel, d'une salle à manger, une salle de télévision, un salon fumeurs, une salle d'activité, un salon familles, des ateliers (blanchisserie, vidéo, ergothérapie). Le mobilier, dont la vétusté avait déjà été signalée, reste, au moins pour partie, à renouveler. Les couloirs sont discrètement décorés de quelques tableaux.

Le pavillon dispose d'une cour aménagée (fleurs, table de tennis, mobilier de jardin), en libre accès.

Hormis la charte du patient hospitalisé et une information sur les tarifs, aucun affichage ne renseigne les patients sur leurs droits.

4.2.4.3 Les personnels

Unité A2	Nbre de personnes	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	1	1
Interne	0	0
Médecin généraliste	2	0,5
Cadre de santé	1	0,80
IDE Jour/Nuit	9	8,80
Aide-soignant J/N (AS)	5	5
Aide médico-psychologique (AMP)	4	4
Assistante sociale	1	0,2
Psychologue	1	0,20
Assistant médico administratif	1	1
Agents des services hospitaliers	2	2

Selon les renseignements communiqués le médecin responsable, qui intervient essentiellement à l'USIP, est présente une matinée par semaine et passe chaque après-midi au service. Elle suit tous les patients selon un rythme qui peut être lâche et qui s'explique par la chronicité des troubles, une fois trouvé le traitement adapté. Dans l'équipe, certains pourront dire : « elle est loin des patients », semblant exprimer davantage un manque de reconnaissance qu'une réelle distance.

Le projet de service en effet, indique clairement que « l'essentiel du travail de réadaptation repose sur les épaules de l'équipe paramédicale ». Hormis la dispensation des traitements, IDE, AS et AMP ont un même rôle de soutien/éducation/stimulation. Certains ont exprimé une forme de lassitude, ou de frustration à devoir s'adonner à des tâches apparemment ressenties comme ingrates : « ici, on fait surtout du nettoyage, du gardiennage et de l'occupationnel ».

Aucun interne n'est affecté à l'unité.

4.2.4.4 Les patients

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'URP accueille des patients atteints de pathologies lourdes (psychoses), stabilisés et adhérant aux soins et dont certains sont aussi de grands déficitaires.

Sur les dix-neuf patients admis au jour du contrôle, dix-huit bénéficiaient d'une mesure de tutelle, ce qui pose la question du discernement, chez des patients pourtant admis en soins libres.

Les patients contraints sont « très rares » à l'URP (mais aucun rapport d'activité ne fait état de chiffres précis) ; dans ce cas, il s'agit de patients admis à la demande d'un tiers, ou pour qui une modification du statut a été faite en ce sens avant leur arrivée. Comme à l'UAPB, le statut apparaît jouer un rôle symbolique et les soignants estiment qu'il vaut mieux ne pas lever totalement la mesure de contrainte, malgré l'adhésion du malade.

Deux patients admis sur demande d'un tiers étaient en programme de soins au moment de la visite des contrôleurs ; sortant quotidiennement et gérant seuls tous leurs rendez-vous extérieurs, ils revenaient chaque soir dormir au pavillon, bénéficiant toutefois de week-ends réguliers en famille, selon un rythme et une durée dépendant de leur état et de la capacité de la famille à les recevoir. L'un de ces patients a pu dire aux contrôleurs : « si je ne suis pas en programme de soins, je pars en vrille ».

Au moment du contrôle, deux anciens patients du pavillon, accueillis dans une autre structure depuis plusieurs mois, étaient hébergés une ou deux fois par semaine à l'URP « pour sécuriser les soignants de la nouvelle structure ».

L'unité accueille exceptionnellement des mineurs, généralement lorsqu'ils sont proches de la majorité ; ce fut le cas du dernier admis, arrivé à 15 jours de sa majorité en 2013, et qui est resté un an.

La répartition des patients de l'URP Gérard de Nerval, au 30 mars 2015, était la suivante :

Soins libres	17
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat	0
Soins psychiatriques à la demande du chef d'établissement	2
Programme de soins	2 (cf. ci-dessus)
Accueil en hôpital de jour	2
Mesures de protection juridique (tutelle ou curatelle)	18

4.2.4.5 Le fonctionnement

Les règles de vie sont remises au patient et ne font l'objet d'aucun affichage.

L'accueil est soumis à l'accord d'une commission d'admission interne à l'URP composée du médecin psychiatre, du cadre de santé, d'un infirmier, d'un aide-soignant ou aide médico-psychologique, d'un psychologue et d'une assistante sociale. En pratique, sont exigées la stabilisation et à l'adhésion aux soins. L'arrivée s'effectue dans des conditions comparables à celles des unités d'admission : entretien médico-infirmier, inventaire, exposé du fonctionnement de l'unité, accompagnement en chambre. Les accueils directs, très rares, s'effectuent en urgence (faute de place à l'USIP ou en unité d'admission) et sont de courte durée, donnant lieu à une orientation très rapide à l'USIP ou en unité d'admission ; les patients qui séjournent à l'URP n'y sont donc pas soumis à une phase d'observation au sens de l'article L 3211-2-2 du CSP. Une évaluation est cependant effectuée à l'issue d'une période de dix jours. Elle est fondée sur une grille d'observation précise qui aide à la détermination du projet individuel.

Comme en unité d'admission, il n'est pas prévu de restriction de droits systématique ; celles-ci sont adaptées aux patients : « il arrive qu'on retienne un rasoir, ou qu'on gère les cigarettes ». L'accès aux chambres et au parc, l'utilisation du téléphone personnel, les visites,

le courrier, sont libres dans leur principe. Le règlement demande aux patients de remettre la clé de leur chambre au personnel soignant lorsqu'ils quittent l'unité.

Selon les renseignements communiqués sur place, le pavillon ne dispose pas de téléphone (le règlement intérieur fait état d'un poste au salon des familles); il est dit que, pour une démarche précise, le patient peut appeler du service mais de manière générale et dans un souci d'autonomisation, il est renvoyé vers la cabine à carte du parc.

Le règlement intérieur autorise les visites de 8h à 20h.

En pratique, cette « liberté » d'aller et venir et d'entretenir des contacts avec l'extérieur est limitée par l'état psychique, intellectuel ou social des patients : souffrant de troubles mentaux sévères ou intellectuellement déficitaires, isolés, soumis à des traitements parfois lourds, ils ne reçoivent que peu de visites (un tiers environ n'ont avec leur famille que des liens très distendus et, dans leur grande majorité, les tuteurs n'interviennent que pour les questions matérielles) et ne manifestent que peu de désir (« que feraient-ils et où iraient-ils sans nous ? » dit un soignant).

La sexualité est abordée de manière individuelle, à travers les effets secondaires des traitements ou les questions des malades. La libido serait souvent diminuée chez ces patients qui, cependant, comptent parmi les plus longs séjours et dont certains paraissent difficilement à même de donner un consentement ou d'évaluer celui d'un éventuel partenaire. Le désir d'enfant serait parfois exprimé, sans les questions d'entretien et d'éducation qui normalement l'accompagnent mais ne sont pas perçues. Il est dit que des réunions ont parfois lieu avec des gynécologues, au cours desquelles sont abordées ces questions éthiques ; elles ne sont pas institutionnalisées. Il n'est pas conduit d'action collective d'information ou de prévention en ce domaine.

Note du directeur dans sa réponse du 18 mars 2016 : « ces questions éthiques sont abordées lors de rendez-vous des patientes avec leur gynécologue ».

Les patients en soins contraints bénéficient du même régime que les autres et, comme eux, d'éventuelles restrictions leur sont « imposées » médicalement, dont le respect est essentiellement fondé sur l'adhésion ou l'intériorisation de la contrainte (un patient en soins contraints, admis à sortir quotidiennement en semaine, a pu dire aux contrôleurs qu'il voudrait plus de permissions de sortie le week-end).

Les certificats mensuels des malades sous contrainte sont rédigés par le médecin traitant, qui les reçoit, en moyenne, une fois par semaine. Dans un souci de protection du malade, le contenu exact n'est pas indiqué – « on parle symptôme plutôt que diagnostic » ; comme pour les autres unités, les observations du patient sont considérées comme étroitement liée à la relation médecin-patient et ne sont pas transcrites dans le certificat ; elles n'apparaissent pas davantage dans les requêtes adressées au JLD.

Les éventuelles audiences devant le JLD sont préparées avec le patient ; il est informé à réception de la convocation, ou au moment de la rédaction de la saisine ; les décisions lui sont notifiées ; les soignants rencontrés se sont dits en mesure de les expliquer et disent prendre du temps pour ce faire. Les décisions, qu'elles soient judiciaires ou administratives, semblent cependant plus fréquemment classées au dossier que remises au patient. L'un des patients contraints au moins ne semblait pas conscient de la possibilité d'exercer un recours.

La prise en charge, telle que définie dans le projet de service, vise essentiellement à construire ou reconstruire des « habiletés sociales » (actes de la vie quotidienne, capacités relationnelles, élaboration d'un projet de vie) chez des patients que leurs troubles chroniques et un accommodement à la vie institutionnelle incitent à la passivité et au repli. L'autonomisation est un objectif à moyen ou long terme ; l'équipe se situe dans la stimulation, voire dans la fermeté.

Chaque patient est invité, une fois par semaine, à contribuer à l'entretien de son linge avec l'aide de l'AMP ou de l'AS ; certains sont associés à l'entretien de leur chambre.

Au sein de l'unité, outre quelques activités informelles – jeux de société, pétanque... – des ateliers réguliers sont organisés :

- santé et hygiène, quatre à cinq séances, une fois par semaine, pour trois patients ;
- « remue-méninges », une fois par semaine, pour trois personnes ;
- éveil corporel, une fois par semaine, pour ceux qui le souhaitent ;
- ergothérapie (peinture, dessin, jeux créatifs), une fois par semaine, pour sept à huit personnes ;
- théâtre, une à deux fois par mois, pour quatre à cinq patients (l'atelier, auquel participent le médecin et des soignants, donne lieu à un spectacle dans l'unité).

Des sorties sont aussi organisées : marché de Saint-Girons, chaque samedi, pour quatre à cinq personnes et, de manière ponctuelle, randonnées et sorties culturelles. Les contrôleurs n'ont pu obtenir de précisions quant au nombre de patients qui en bénéficient, ni savoir si certains en sont durablement exclus. Ils ont cependant constaté que les patients en soins contraints vivaient selon un régime très ouvert sur l'extérieur.

L'unité dispose d'une **chambre d'isolement**, dite « **de tranquillisation** » ; décrite dans le précédent rapport (sas donnant sur la chambre, d'une part, et sur les sanitaires (douche et toilettes). Un matelas en mousse est posé à même le sol de la chambre, muni de draps et couvertures « si besoin » ; un seau hygiénique est mis à disposition, dans la chambre ; il semble que le papier hygiénique soit tantôt mis à disposition d'emblée, tantôt remis sur demande. La pièce ne dispose pas de bouton d'appel. La porte resterait régulièrement ouverte. Un hublot permet aussi de surveiller le patient depuis le sas ; il est indiqué que cette surveillance s'opère « au moins une fois par heure » et qu'à cette occasion le soignant entre généralement dans la chambre pour dialoguer avec le malade.

Il est indiqué que l'isolement s'effectue à la demande du patient ou des soignants, et toujours sur prescription médicale. Le patient n'y serait jamais sanglé et la porte resterait parfois ouverte.

Il est dit que la contention n'est pas utilisée dans cette chambre, mais seulement dans les chambres d'hébergement et de nuit surtout, en cas d'agitation.

Il n'a pas été fourni de données chiffrées précises aux contrôleurs quant à l'utilisation de l'isolement et de la contention.

Isolement et contention ne sont pas transcrits ailleurs que dans le dossier du patient.

La **sortie** est souvent entravée par le manque de structures adaptées. Un travail de concertation s'opère avec d'autres structures du département et de la ville (maison de l'habitat notamment) afin de bénéficier d'appartements collectifs et individuels favorisant une sortie encadrée. Il est prévu de mettre en place un accompagnement spécifique (des postes d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique sont sollicités à cette fin), pour garantir le maintien du lien et accompagner les premiers mois ; il est également prévu que l'URP assure la continuité des soins et, en cas de besoin, procède à une réadmission. On notera que l'unité fonctionne d'ores et déjà dans cet esprit avec les familles et les structures accueillantes.

4.2.5 L'unité de psycho-gériatrie (UPG), unité intersectorielle,

Cette unité ne comporte plus de lits dévolus à la psychiatrie, ni *a fortiori* de patients en soins sans consentement, et n'a donc pas fait l'objet d'une visite approfondie.

4.2.6 Le pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

4.2.6.1 Présentation générale-

Comme indiqué dans le rapport de 2011, une unité de psychiatrie infanto-juvénile est implantée au sein de l'hôpital, dans le bâtiment appelé «Esquirol». Elle est en capacité d'accueillir sept enfants en hospitalisation complète. Le jour de la visite, deux enfants étaient hébergés dans cette unité, aucun des présents ne l'était sous la forme d'une hospitalisation contrainte, au sens des soins psychiatriques sans consentement

Les personnels rencontrés ont cependant indiqué que les mineurs qui se succédaient dans le service ne pouvaient être considérés comme en situation d'hospitalisation libre, puisque que leur hospitalisation était sollicitée par une tierce personne, le détenteur de l'autorité parentale, parents ou représentants légaux.

4.2.6.2 Les locaux

L'unité infanto-juvénile est installée au rez-de-chaussée du bâtiment sur une superficie globale de 860 m². La partie hébergement a fait l'objet d'une réfection il y a plusieurs années, ce qui n'a pas été le cas de celle consacrée à la vie collective.

Déjà signalé en 2011, un long couloir de 63 m de long, carrelé et relativement sombre, dessert deux ailes où se trouvent les salles collectives. Selon les nombreux témoignages recueillis, ce long couloir est particulièrement anxiogène. A l'architecture qualifiée «*d'oppressante et d'insécurisante*» lors de la première visite s'ajoute pour les personnels l'évocation d'une agression particulièrement grave survenue en ce lieu sur la personne d'une infirmière.



Le couloir de l'unité infanto-juvénile

Quelques changements dans l'agencement des lieux sont cependant intervenus depuis 2011, notamment pour la pièce de jeux (billard et baby-foot) désormais salle multimédia avec deux postes de télévision, une console de jeux vidéo, des jeux de société. Les meubles, trois tables, quatre chaises et quatre fauteuils de salon en mousse recouvert de plastique coloré sont pour la plupart en très mauvais état.



Canapé dans la salle de jeux

Les pièces collectives sont :

- une salle avec le billard et un vélo d'appartement ;
- une salle équipée d'un ping-pong et d'un billard électrique et décorée d'un immense puzzle qui couvre la moitié d'un mur ;
- un espace destiné à être utilisé pour des actions d'ergothérapie ou de psychomotricité, équipé pour grande partie de matériels utilisables pour les premières;

- une salle de télévision à l'équipement mobilier usagé, notamment un canapé à l'état très dégradé;
- un atelier d'arts plastiques mis en place par l'éducatrice et une infirmière ;
- une petite salle avec baignoire où les enfants demandent parfois un bain pour se détendre ;
- une buanderie dans laquelle a été relégué le baby-foot cassé ;
- un espace bibliothèque avec des étagères et un coffre ;
- une réserve pour des casiers personnels afin que les enfants puissent y déposer des objets interdits ;
- un réfectoire dont l'agencement mobilier autorise une prise des repas autour de plusieurs tables accolées en un seul bloc. Les soignants y ont l'habitude de déjeuner et dîner avec les patients. Les temps de repas sont qualifiés de temps thérapeutique ;
- l'espace cuisine où les jeunes patients réalisent de nombreux ateliers cuisine pour améliorer l'ordinaire : entrées, gâteaux. Le jour du contrôle, les deux jeunes hébergés accompagnés d'une infirmière, faisaient un gâteau.



Le réfectoire

En 2011, deux pièces avaient été plus particulièrement visitées par les contrôleurs :

La pièce dite d'apaisement qui est toujours utilisée. C'est un lieu investi à la demande des malades et/ou des soignants quand un patient traverse une situation de crise. Lorsque les troubles du comportement ne les rendent plus accessibles à la relation, c'est un lieu d'isolement surveillé et temporaire.



La salle d'apaisement

Cette pièce est équipée de façon à ce que le patient ne puisse se blesser en cas d'auto-agressivité. Elle est un sas permettant le défolement de l'agressivité ou des pulsions dans un univers protégé. Les soignants pourront analyser les temps de la crise et y faire face en se protégeant eux-mêmes des raptus hétéro-agressifs puis réinstaurer dès que possible une relation verbale C'est une pièce qui a pour seul mobilier un matelas de 140 cm sur 190 cm, recouvert d'une housse de plastique colorée et d'une couette elle-même protégée d'une housse aux couleurs chamarrées.

Deux portes d'accès étaient pleines et dépourvues de visibilité de l'extérieur; les soignants ont obtenu l'installation d'un hublot sur l'une d'entre elles pour permettre une surveillance extérieure lorsque les portes sont fermées. Par souci de protection du malade, l'interrupteur électrique présent dans ce lieu a été incrusté dans le mur.

Cette pièce a été indiquée comme fréquemment utilisée pour gérer dans un contexte apaisé des situations difficiles. Les malades allongés sur le matelas, s'entourent par exemple dans la couette pour gérer l'angoisse qui peut être la leur en ces moments. Le personnel ferme rarement la porte ; en tout état de cause, il reste à toute proximité de cet espace pour écouter, répondre, communiquer avec l'enfant en crise.

La chambre utilisée lors d'une mise en contention. De manière exceptionnelle et sur prescription médicale uniquement, les patients pourront être contenus dans leur chambre si leur état le nécessite. Cet isolement est sous-tendu par le protocole (mise en chambre d'urgence) MCU très détaillé. Une feuille de surveillance est tenue par les infirmiers qui intensifient les entretiens auprès du patient concerné par cette mesure.

Ce lieu doit être redécoupé ou aménagé. Les projets 2015 de réhabilitation immobilière prévoient un aménagement de cette unité qui cependant tarde à se concrétiser.

Au deuxième étage, à proximité des bureaux, des psychiatres se situent un bureau de petite taille qui sert actuellement de salle de classe et un bureau dédié au personnel médical. Le premier nécessite d'être aménagé, car isolé, minuscule et sans matériel pédagogique, il n'est pas adapté à son usage.

L'arrivée d'un nouveau chef de pôle a permis l'installation d'un bureau dédié au personnel médical, psychiatres et médecins : il a été refait au rez-de-chaussée depuis janvier 2015.

Outre le carrelage vieillot, le caractère hétéroclite du mobilier est une donnée également présente dans **les chambres**. Au nombre de sept, ce sont des espaces individuels avec la partie sanitaire séparée de la chambre proprement dite. Leur superficie va de 22 m² à 30 m². Même si elles ont été repeintes récemment, l'espace semble froid et impersonnel. On peut cependant noter la sécurisation des fenêtres.

L'ensemble de l'aménagement intérieur du bâtiment révèle une inadéquation totale entre ces locaux et leur destination. La comparaison avec les unités psychiatriques pour adultes, ou pire avec les locaux de l'hôpital général est particulièrement révélatrice. Absence de réflexion globale dans l'agencement des services, mobilier désuet et souvent en mauvais état, locaux mal éclairés, couloir sinistre, prestations d'équipement d'un autre temps, le constat peut paraître sévère mais il s'agit d'un lieu où des enfants et adolescents privés de liberté apprennent à surmonter des handicaps pathologiques et parfois aussi sociaux.

L'espace extérieur. Il est composé principalement d'une cour d'une surface de 500 m² accessible à partir du réfectoire, de la salle de télévision et de la salle d'activités, par des portes-fenêtres.

Cet espace est ceint d'un grillage d'une hauteur de 2 m, lui-même doté sur toute sa hauteur d'un filet protecteur vert destiné à atténuer la vue entre l'extérieur et l'intérieur.

La cour est engazonnée, arborée et équipée de deux portiques de jeux d'une nature identique à ceux que l'on peut voir dans des espaces publics destinés aux enfants. Sous ces portiques, le sol a été équipé de plaques en plastique ayant pour objet d'atténuer les effets des chutes lors de l'utilisation des différents appareils qui constituent les portiques, balançoire, barre fixe, pont de singe, toboggan... Un panneau de basket-ball a également été installé à proximité des espaces de jeux évoqués ci-dessus, le sol l'entourant étant adapté à la pratique de ce sport. Depuis 2011, un mur d'escalade a été installé.

Très régulièrement la famille est associée au suivi de l'enfant **mais l'hôpital n'est pas desservi par les transports en commun**. Le patient peut rencontrer sa famille ou les visiteurs dans une petite salle située à gauche de l'entrée dans le sas avant l'entrée dans le service proprement dit.



L'espace extérieur

4.2.6.3 Les personnels

L'équipe est composée de la manière suivante :

- deux psychiatres dont l'un à temps plein;
- un praticien hospitalier généraliste à la demande ; ce pédiatre affecté à la maternité de l'hôpital général visite tous les matins à l'unité infanto-juvénile
- un interne ;
- un cadre supérieur de santé et un cadre de santé à 0,6ETP;
- douze infirmiers travaillant sur un rythme de douze heures, le jour et la nuit, sans équipe spécialisée pour cette partie de la journée; (11,6 ETP et 0,4 ETP en temps partiel) ;
- trois aides-soignants jour/ nuit à temps plein 3ETP ;
- une éducatrice temps plein présente huit heures par jour du lundi au vendredi, de 12h30 à 20 h (1 ETP) ;
- une psychologue à mi-temps; 0,5 ETP ;
- une psychomotricienne à 0,30 ETP dont 0,1 en temps syndical;
- deux ASH (2 ETP) présentes par roulement en journée, du lundi au lundi; entretien des locaux et cuisine. Ces agents interviennent aussi sur l'hôpital de jour enfants ;
- une enseignante intervient une heure par jour ; elle est à mi-temps sur l'hôpital de jour voisin ;
- une assistante sociale à mi-temps ; 0,5 ETP ;
- un assistant médico-administratif 1ETP intervient aussi à l'hôpital de jour

On peut noter qu'il n'y a pas d'ergothérapeute et que le psychomotricien est à tiers temps.

Un poste de pédopsychiatre n'est pas pourvu. Depuis 2005 plus un seul titulaire n'a postulé, il est donc fait appel à des contractuels ou à des intérimaires comme lors de la visite.

La pratique d'une synthèse hebdomadaire constatée en 2011 est toujours en application. En équipe pluridisciplinaire, elle permet la mise en commun transversale d'observations sur la cohérence des prises en charge et sur les dimensions de contenant psychique qu'offre l'unité de soins tout en questionnant le devenir des patients en aval du temps d'hospitalisation complète.

Les personnels rencontrés ont mis en avant la spécificité du public confié et la difficulté de cette prise en charge. L'effectif jugé contraint rendrait de plus difficile l'organisation de sorties thérapeutiques. L'importance du travail social a été soulignée notamment pour la recherche de lieu d'accueil à la sortie particulièrement lorsque les durées de séjour sont supérieures à quinze jours.

Cependant pour l'un des patients mineurs âgé de 12 ans présent lors de la visite, l'hospitalisation **durait depuis plusieurs mois**, notamment en raison de l'absence de solution de placement soit en foyer soit en famille d'accueil.

4.2.6.4 Les patients

Le tableau suivant synthétise l'occupation de l'unité :

	2013	2014	2015-6 mois
Nombre de lits	7	7	7
Nombres d'entrées	103	108	78
Nombre de journées	1 825	2 032	1 186
Taux d'occupation	71.4	79.5	69.7
Durée moyenne de séjour	16.74	17.98	14.29

Deux mineurs étaient présents pendant la période du contrôle. Un garçon de douze ans et demi en recherche de foyer ou de famille de placement et une jeune fille de quinze ans sous placement judiciaire et non scolarisée depuis 4 ans.

4.2.6.5 Les règles de vie

Contrairement à 2011, un document énumérant les règles de vie dans l'unité a été formalisé. Il doit être signé par le patient. Ces règles ont été élaborées par l'ensemble de l'équipe et validées par le médecin de l'unité. Elles précisent les horaires de fonctionnement, l'interdiction du tabac, l'interdiction des relations sexuelles ou flirt, les modalités d'appels, de visites, et de sorties ou permissions soumises à autorisation médicale, les règles d'utilisation de la chambre, l'interdiction des portables lecteurs musicaux ou consoles de jeux portatives.

Les horaires de fonctionnement sont ainsi définis :

- petit déjeuner de 8h30 à 10h;
- toilette, réfection des chambres de 8h30 à 10h ;

- temps de rencontre patients-soignants ;
- déjeuner 12h/13h ;
- temps calme: 13h15/14h ;
- goûter : 16h/16h30 ;
- dîner: 19h/19h45 ;
- retour en chambre individuelle : 21h30 sauf les soirs de veillée : mardi, vendredi, samedi : 22h30.

Les repas dans l'unité sont identiques à ceux servis dans tout l'hôpital et peuvent donc ne pas toujours être adaptés aux besoins spécifiques des adolescents.

4.2.6.6 Les activités

Les activités et ateliers thérapeutiques font partie intégrante du soin et sont soumises à la prescription du médecin. La matinée est consacrée aux consultations et aux soins, l'après-midi aux activités. Celles-ci sont de plusieurs ordres : scolaires, sportives et ludiques.

Durant la visite, les contrôleurs ont accompagné deux soignants et un jeune patient au gymnase l'après-midi, après un temps de calme en chambre. Les soignants, un infirmier et un aide-soignant ont pendant trois quarts d'heure travaillé des passes de ballon avec le jeune, puis ils ont partagé avec lui, sur les mêmes lieux un goûter.

S'ils sont constamment dans l'unité avec des adultes soignants, ils ne doivent pas rencontrer les patients adultes des autres unités et c'est sur des créneaux spécifiques qu'ils peuvent se rendre au gymnase ou à la cafétéria.

4.2.6.7 L'admission dans l'unité

Selon la psychiatre rencontrée, de plus en plus de très jeunes enfants (à partir de 8 ans) sont admis dans l'unité ; ce sont des enfants placés arrivant des urgences du CHIVA ou du CHAC, et qui ont subi des traumatismes relationnels. La procédure de soins sans consentement n'est qu'exceptionnellement mise en œuvre pour les mineurs, qui sont le plus souvent hospitalisés par une **ordonnance provisoire de placement (OPP)**.

Deux modes d'hospitalisation existent :

- soit l'accueil en urgence. Après un passage aux urgences et lors de troubles aigus, lorsqu'il s'est avéré impossible en amont de prodiguer des soins en ambulatoire ;
- soit l'hospitalisation programmée : elle est préparée en amont avec l'adolescent, la famille, et les partenaires. L'hospitalisation devient un des temps du projet de soins.

Dans les deux cas, l'accueil du patient est un moment-clé. Sont posées alors avec le patient et son entourage les bases des modalités de soins, le fonctionnement du service, et les règles qui le régissent.

Cet accueil se fait dans la salle des familles, lieu calme et un peu externalisé. Il est réalisé par un personnel soignant. L'enfant est ensuite conduit dans sa chambre où est réalisé l'inventaire de ses affaires. Les objets de valeur ou les objets dangereux sont retirés pour être remisés dans un casier ou rendus aux accompagnants.

Le jeune patient est ensuite reçu par le médecin ou en cas d'urgence par le médecin d'astreinte. Le cadre de santé peut participer à l'accueil, en cohérence avec l'équipe soignante. Dans tous les cas, la chronologie des modalités doit être adaptée à la situation du patient ; cette adaptation relève de la compétence des infirmiers.

Le dossier de soins est mis en place, la grille de dépendance renseignée, l'entrée informatique réalisée, les thérapeutiques administrées.

Dans les premières 24 heures un référent, IDE ou éducateur, est désigné.

Il est à noter qu'on informe le jeune patient sur les traitements éventuellement mis en place et sur les accompagnements spécifiques : psychologue, psychomotricien.

4.2.6.8 Les soins

Le soin est évolutif ; il est basé sur l'observation des comportements et l'analyse quotidienne des éléments recueillis à travers :

- les activités proposées qui sont toutes à visée thérapeutique (arts plastiques, tissage, groupe de paroles) et réalisées individuellement ou en groupe. L'appréciation du déroulement en revient aux soignants qui animent ces temps avec référence régulière au médecin de l'unité ; un compte-rendu est effectué dans le dossier de soin des patients ;
- l'atelier « tissage » qui est animé par deux infirmiers dont l'une termine un diplôme d'art-thérapie ;
- l'atelier « groupe de paroles » qui est animé par la psychologue et le psychomotricien avec une infirmière en observatrice.

La prise des repas en commun, patients et infirmiers, la gestion du quotidien s'inscrivent également comme des temps essentiels de la prise en charge au titre de l'accompagnement thérapeutique.

Les patients ont la possibilité de bénéficier d'un suivi avec la psychologue. Celle-ci accompagne aussi le travail des soignants.

Enfin, les patients sont pris en charge quotidiennement par l'éducatrice et par l'enseignante.

Ainsi pour la jeune patiente rencontrée par les contrôleurs et déscolarisée depuis quatre ans, un bilan scolaire a permis de faire émerger le projet d'un passage de CAP esthéticienne.

4.2.6.9 Les partenariats :

Un partenariat construit entre l'unité et les différents professionnels vise à éviter les hospitalisations « de confort » pour les structures médico-sociales ou à prévenir l'absence de solutions de sortie avec les risques de chronicisation y afférant.

Le médecin chef de pôle est garant d'un partenariat dont les acteurs principaux sont les infirmiers référents et l'assistante sociale de l'unité ainsi que le cadre de santé.

Ce partenariat s'organise avec :

- les centres médico-psychologiques (CMP) de Saint-Girons, Pamiers et Lavelanet ;
- l'accueil familial thérapeutique (AFT) enfants ;

- les instituts médico-éducatifs (IME) dont celui de Saint-Jean du Falga ;
- l'établissement public médico-social (EPMS) « la Vergnière » ;
- le service de pédiatrie du CHVA.

Cependant, et les contrôleurs ont pu le constater, ce partenariat n'a pas permis pour les deux patients hospitalisés durant leur visite de trouver une solution intéressante de sortie.

Ainsi le jeune garçon, refusé dans le foyer d'où il venait et sans famille d'accueil déclarée, était hébergé en service pédopsychiatrie depuis plusieurs mois, alors même qu'une prise en compte thérapeutique par un CMP était suffisante.

4.3 Les soins somatiques

Deux médecins généralistes, l'un à temps plein, l'autre à mi-temps assurent la prise en charge des soins somatiques sur l'ensemble du pôle psychiatrie.

4.3.1 L'accès au médecin généraliste

Chaque unité bénéficie d'un passage quotidien du lundi au vendredi de l'un des médecins généralistes.

Un bilan somatique relativement complet est proposé systématiquement aux patients arrivants comportant, outre le bilan, les examens en lien direct avec les prescriptions de médicaments psychotropes, un bilan diététique, dentaire, sérologique et un état des vaccinations. Un bilan complémentaire ciblé selon chaque patient est - si besoin-réalisé.

Concernant les urgences somatiques, en semaine la journée il est fait appel au médecin généraliste présent. Selon la gravité ainsi que la nuit les fins de semaine et jours fériés les patients sont pris en charge par le CH Ariège-Couserans ou le SMUR.

4.3.2 Les consultations spécialisées

Concernant les addictions un addictologue départemental consultant sur le CH Ariège-Couserans prend en charge à la demande les patients du pôle psychiatrie.

Outre le bilan dentaire, les patients ont autant que de besoin accès aux spécialistes du CH Ariège-Couserans qui peuvent se déplacer dans les unités au cas par cas. Le pédiatre affecté à la maternité du CH assure également la prise en charge des jeunes mineurs.

4.3.3 La pharmacie

Les prescriptions sont informatisées, préparées nominativement à la pharmacie du CH et livrées quotidiennement aux unités.

4.3.4 Le laboratoire

La biologie est réalisée par le laboratoire du CH Ariège-Couserans, les soignants de chaque unité amenant les prélèvements au laboratoire. Les résultats sont récupérés par chaque unité sur l'intranet.

4.3.5 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD de l'ensemble du CH est animé par l'un des généralistes en charge du pôle psychiatrie.

Les réunions annuelles sont au nombre de quatre (en général une par trimestre). Il peut être nécessaire de convoquer des réunions extraordinaires au niveau du CLUD ou de son sous-groupe CLUD-Psychiatrie. Les séances font l'objet de comptes-rendus diffusés par l'intranet du CHAC.

Les membres du CLUD sont tous des volontaires, intéressés par la prise en charge de la douleur (et des soins palliatifs) quels que soient leurs fonctions ou leurs lieux d'exercice, intra ou extra hospitalier. Les usagers du CHAC sont invités et parfois représentés. L'HAD associative et le réseau ville-hôpital douleur et soins palliatifs participent également aux activités du CLUD.

Ils participent aussi à des sessions de visioconférences trimestrielles basées sur des retours d'expériences, avec les principaux CLUD de Midi-Pyrénées et de Nouméa.

Depuis quatre ans est mise en place une « évaluation des pratiques professionnelles » (EPP) sur la traçabilité de la douleur dans le dossier des patients de psychiatrie. La sensibilisation des équipes a permis de faire évoluer cet indicateur de 3 % à 66 % pendant cette période.

Le CLUD a réalisé en 2015 un document de référence assez complet sur la prise en charge de la douleur en psychiatrie (physiologie, techniques, procédures, particularités de cette prise en charge dans les différents contextes de troubles mentaux...) et l'a mis à disposition des soignants intra et extra hospitaliers.

Enfin, le CLUD assure depuis plusieurs années la formation de référents-douleurs (cadres de santé, IDE, AS, assistantes sociales...), sous la forme de sessions de trois jours dans les différents pôles du CHAC, de façon à compter au moins deux référents par unité de soins. Cette formation possède le label DPC¹⁰ depuis cette année.

4.3.6 L'informatisation des dossiers

L'informatisation du dossier de soins laisse perplexe plusieurs médecins et soignants qui craignent que sa mise en place, « à marche forcée », sans réflexion approfondie sur les contenus et les conditions d'accès ne porte atteinte à la vie privée du patient et, paradoxalement, n'appauvrisse son contenu, au risque d'une pratique de double dossier.

Aux dires de plusieurs praticiens somaticiens ou psychiatres rencontrés par les contrôleurs, l'informatisation du dossier de soins ne semble pas avoir été accompagnée d'une réflexion ni d'une information des personnels permettant d'en mesurer les risques.

Ils estiment qu'il conviendrait d'engager une réflexion collective sur ce point, associant administration, soignants et représentants des usagers.

4.4 Le recours à l'isolement et à la contention

¹⁰DPC : Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif de formation : - créé par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009

4.4.1 L'isolement

En 2011, il avait été relevé (observation 27) : « *tout comme la mise en chambre d'isolement, la pratique de la contention doit être protocolisée (6.2).* »

4.4.1.1 Le protocole

La mise en chambre d'isolement, appelée mise en chambre d'urgence (MCU), fait désormais l'objet d'un protocole en cours de validation lors de la visite. Ce protocole s'applique à l'ensemble des unités de psychiatrie, mais plus spécifiquement à l'USIP, seule unité concernée par la pratique.

Le texte rappelle le cadre règlementaire et législatif de référence (code de la santé publique, manuel de certification de la haute autorité de santé (HAS), circulaire sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des patients en psychiatrie)

Le document précise :

- que l'indication d'isolement thérapeutique et/ou pose de contention d'un patient est nécessaire lorsque la capacité de contenance psychique de l'équipe soignante est dépassée ;
- la procédure pratique de la mise en œuvre de la mesure : inspection de l'état fonctionnel de la chambre, mise en pyjama du patient, présence soignante éventuelle lors des repas, retrait des objets potentiellement dangereux ;
- la nécessité d'une information du patient des règles générales de l'isolement;
- les impératifs de la prise en charge : évaluation de la pertinence de la poursuite des soins en MCU, amener le patient à verbaliser sa souffrance, surveillance de la tolérance aux soins, identification du recours éventuel à des personnels de rendort pour garantir la sécurité des soins, adaptation du temps entre deux visites.
- les obligations de la surveillance médicale et soignante ;

Une fiche médicale de prescription, jointe au dossier des patients, formalise le motif de la décision, l'objectif recherché, la durée de l'isolement (24h maximum), l'effectivité d'une information du patient et de son entourage. Un relevé de surveillance de l'isolement, comportant les informations sur le suivi de la période d'isolement (prises de médicaments, repas, sorties, visites, appels téléphoniques) rempli par l'équipe soignante, accompagne la fiche médicale.

4.4.1.2 Traçabilité globale et éléments statistiques en psychiatrie adulte

La traçabilité globale des mises à l'isolement en chambre spécifique **n'est pas assurée par un registre unique**, mais apparaît dans les dossiers individuels des patients. Les données suivantes ont été fournies aux contrôleurs :

Du 1^{er} janvier au 30 août 2015, quatre-vingt un patients hospitalisés à l'USIP ont fait l'objet d'une prescription d'au moins un jour d'isolement. Il a été indiqué que conformément au protocole de surveillance de la haute autorité de santé, un jour d'isolement est enregistré pour toute durée continue égale ou supérieure à deux heures.

Le mode légal de soins de ces quatre-vingt un patients s'établit ainsi :

- SDRE : 18 patients soit 22,22 % de l'ensemble ;
- SDT classique (deux certificats) et SDT urgence (un certificat) : 19 patients soit 23,45 % ;
- SDT péril imminent (pas de tiers, un certificat) : 36 patients soit 44,44 % ;
- Soins libres : 8 patients soit 9,87 %.

4.4.2 La contention

Le protocole mentionné au paragraphe précédent est consacré à l'isolement et à la contention.

Le document détaille :

- les manipulations à effectuer pour la mise en place des sangles ;
- des rappels sur les risques liés à la contention qui, mesure thérapeutique, est un acte pouvant générer un risque vital ;
- la nécessité d'une prescription médicale ;
- la nécessité que la mesure soit la plus courte possible, et donc corrélativement l'impératif d'une réévaluation régulière ;
- l'obligation d'une surveillance de la tolérance à la mesure lors de chaque passage soignant en chambre d'isolement ;
- la surveillance des risques liés à la contention mécanique et l'alitement prolongé.

Il n'existe aucune traçabilité collective des données sur la contention faute d'informatisation des dossiers médicaux et en l'absence de registre spécifique.

4.5 L'admission en soins psychiatriques des personnes détenues

L'admission de personnes détenues est résiduelle, ceux-ci étant généralement orientés vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse (Haute-Garonne), qui a ouvert ses portes aux patients en janvier 2012. Il a été fourni aux contrôleurs le tableau suivant :

	Nombre de personnes détenues hospitalisées	Durée de séjour		Destination lors de la sortie
2014	3	1 ^{ère} personne détenue	3 jours	Maison d'arrêt
		2 ^{ème} personne détenue	8 jours	UHSA
		3 ^{ème} personne détenue	7 jours	UHSA
2015	4	1 ^{ère} personne détenue :	4 jours	Maison d'arrêt
		2 ^{ème} personne détenue	6 jours	UHSA
		3 ^{ème} personne détenue	6 jours	UHSA
		4 ^{ème} personne détenue	10 jours et 6 jours	UHSA et maison d'arrêt

Ces patients transitent toujours par les urgences du CHIVA et sont accueillis à l'USIP.

Le transport est assuré par une équipe d'agents (IDE et AS) inscrits sur une liste spéciale, que le cadre de santé de l'USIP alerte dès réception de l'arrêté préfectoral d'admission. Les contacts avec l'équipe du CHIVA et l'administration pénitentiaire renseignent sur l'état du patient et les précautions à prendre. Le patient est transporté en ambulance, sur un brancard ; la contention est « fréquente mais pas systématique ». Il n'est pas fait état de difficultés à ce stade.

A l'arrivée à l'USIP, **le patient est systématiquement mis en pyjama et placé en chambre d'isolement**. La porte est fermée ; l'usage des contentions n'est pas systématique mais lié au comportement ; repas et toilette se font en présence de deux soignants (à distance pour la toilette) ; cinq cigarettes par jour sont autorisées, à la fenêtre de la chambre.

Les visites sont totalement interdites.

L'accès au téléphone n'est autorisé qu'après quelques jours ; au-delà, les appels sont passés et reçus par l'intermédiaire du téléphone du service, sans que le patient ne quitte la chambre d'isolement.

La notification de l'arrêté d'admission s'effectue dans les mêmes conditions que pour les autres patients de cette unité.

Le fonctionnement actuel, restrictif de droits et rigide, serait la conséquence de l'évasion d'un détenu, intervenue au sein de l'unité en 2007 ; l'intéressé avait semble-t-il conservé un téléphone et s'était ainsi acquis des complicités à l'extérieur, qui l'ont aidé à fuir par la fenêtre de la chambre d'isolement où il n'était pas attaché. Les autorités auraient exigé un protocole d'accueil plus strict, qui n'a pas été fourni aux contrôleurs.

Le manque d'information, tant sur les motifs de la condamnation que sur les droits des personnes détenues, ainsi que la faible durée du séjour – inférieur à cinq jours, selon les renseignements communiqués oralement – sont également invoqués pour justifier ce régime.

Les départs interviendraient soit par suite du certificat de 24 heures préconisant une mainlevée (dans ce cas l'administration pénitentiaire vient chercher la personne), soit à l'issue de quelques jours, le temps pour l'UHSA de libérer une place.

Dans les deux cas, un circuit sécurisé est organisé dans les locaux de l'USIP, permettant aux agents de l'administration pénitentiaire d'aller jusqu'à la chambre (avec des soignants de l'UHSA en cas de transfert vers ce service) et d'y prendre la personne en charge, menottée.

L'USIP n'a pas eu à organiser de transport durant le séjour, notamment pour une audience avec le JLD.

Les personnes détenues ne doivent pas, pour ce seul motif, être placées à l'isolement au-delà d'une éventuelle période d'observation. Ainsi que le prescrit l'article L3211-3 du CSP, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être **adaptées, nécessaires et proportionnées** à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.