



**Unité pour
malades difficiles
de Cadillac
(Gironde)
2^{ème} visite**

Du 5 au 8 octobre 2015

SYNTHESE

Une mission de contrôle a été conduite à l'unité pour malades difficiles de Cadillac (Gironde) du 5 au 8 octobre 2015. De cette visite, la seconde opérée par le CGLPL, la première ayant eu lieu en mars 2011, ressortent les constats suivants.

La vie de l'établissement, au moment de la visite, restait marquée par un certain nombre d'événements : l'agression violente d'une infirmière par un patient lors du dîner du 31 décembre 2013 a été l'occasion d'une cristallisation des tensions, manifestation sous-jacentes depuis longtemps ; il s'en est suivi un mouvement social important qui a empêché le maintien à son poste du chef de pôle, présent depuis 1986, qui avait engagé des modifications profondes dans la prise en charge des patients. Ce dernier a dû démissionner de ses fonctions et se trouve en arrêt maladie de longue durée ; il a été remplacé par l'un des psychiatres de l'UMD.

Le CGLPL a constaté que ces événements restent très présents dans le discours du personnel et qu'ils ont manifestement conduit à modifier des pratiques en réponse à un besoin de plus grande sécurité dans l'établissement.

Quatre éléments négatifs doivent être signalés.

Les locaux de trois pavillons (Clérambault, Claude et Moreau) n'ont pas évolué depuis la précédente visite. Leur état général est dégradé et leur conception ne répond plus aux besoins. Les chambres, collectives, sont spartiates (absence de meubles, de volets), les chambres d'isolement sont dépourvues de moyens d'appel. Les locaux et le chauffage de l'unité Clérambault doivent faire l'objet de travaux d'entretien de façon à ce que la température, notamment celle des chambres, ne descende pas en dessous de 19 °C.

La nature des informations données au patient dans la période de son arrivée et les conditions dans lesquelles elles l'ont été ne sont pas tracées. Le personnel soignant n'est toujours pas en mesure d'expliquer précisément le cadre juridique des hospitalisations sans consentement. Les audiences du juge des libertés et de la détention ne se tiennent pas toutes dans les locaux de l'établissement : la tenue de certaines audiences dans le tribunal de grande instance de Bordeaux n'est pas conforme à la loi ; cette irrégularité ne saurait être couverte par le faible nombre de patients convoqués à l'audience.

La limitation du nombre et des fréquences des appels téléphoniques qu'un patient est autorisé à passer ne peut être justifiée que par son état clinique. La limitation générale à deux appels par mois n'est pas acceptable. Les personnes détenues ne peuvent se voir interdire de téléphoner, alors même qu'elles y sont autorisées dans leur établissement pénitentiaire.

Le placement à l'isolement ne répond pas toujours à des impératifs thérapeutiques et peut être utilisé en réponse disciplinaire à un incident, pratique inacceptable.

Pour autant, les valeurs développées au cours des décennies précédentes par l'institution demeurent, malgré les difficultés mentionnées : une unité d'ergothérapie offre des activités nombreuses et intéressantes ; des sorties thérapeutiques de moins de douze heures sont aisément organisées ; les soignants dans leur ensemble se montrent très présents auprès des patients,

répondent à leurs sollicitations et animent des activités variées ; l'accès aux cours, vastes et arborées, est libre.

Ces éléments constituent les points forts de l'UMD et participent du faible niveau de tension générale. Ils contribuent, malheureusement, à l'inquiétude des patients à la perspective d'un retour dans leur structure de départ où la prise en charge était, le plus souvent, d'une bien moindre qualité.

RECOMMANDATIONS

À l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les recommandations suivantes :

1. Outre la distribution d'un livret d'information actualisé et l'organisation de formations sur la loi du 5 août 2011, il convient de s'assurer que les personnels en aient pris connaissance et en maîtrisent les dispositions (cf. § 3.1.3).
2. La mise en chambre d'isolement et en pyjama pour une période de 24h lors de l'admission ne doit pas être systématique. Sa durée doit être déterminée uniquement en fonction de l'état clinique des patients (cf. § 3.1.2).
3. La limitation du nombre et des fréquences des appels téléphonique qu'un patient est autorisé à passer ne peut être justifiée que par son état clinique, de même que son accès à son téléphone portable. La limitation générale à deux appels par mois n'est pas acceptable (cf. § 4.6.2).
4. Toutes les audiences du juge des libertés et de la détention doivent se tenir dans les locaux de l'établissement. La tenue de ces audiences dans le tribunal de grande instance de Bordeaux n'est pas conforme à la loi ; cette irrégularité ne saurait être couverte par le faible nombre de patients convoqués à l'audience (cf. § 3.6.3.1).
5. Les locaux et le chauffage de l'unité Clérambault doivent faire l'objet de travaux d'entretien permettant de façon à ce que la température, notamment celle des chambres, ne descende pas en dessous de 19° C. (cf. § 4.1.2.3).
6. Les unités Claude et Moreau n'ont pas évolué depuis la précédente visite. Leur état général est mauvais et leur conception ne répond plus aux besoins. Les chambres sont spartiates (absence de meubles, de volets), inaccessibles en journée, les chambres d'isolement sont dépourvues de moyens d'appel (cf. 4.1.3.1).
7. L'unité Claude doit être équipée d'une véritable cabine téléphonique, comme cela a été fait à l'unité Moreau, pour que la confidentialité des communications soit respectée (cf. § 6.1.3.4).
8. Le placement à l'isolement ne doit répondre qu'à des impératifs thérapeutiques et non constituer une réponse disciplinaire à un incident (cf. § 6.1).
9. L'isolement en chambre ordinaire doit apparaître distinctement dans le registre de mise à l'isolement. Les prescriptions d'isolement « si besoin » doivent être proscrites.

Table des matières

Synthèse.....	2
Recommandations.....	4
1 Les conditions de la visite.....	8
2 Présentation générale de l'unité pour malades difficiles.....	10
2.1 Présentation de l'unité pour malades difficiles.....	10
2.2 Les personnels.....	11
2.3 Les patients.....	12
2.4 L'activité.....	12
3 Hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits.....	12
3.1 L'arrivée des patients.....	12
3.1.1 La procédure d'admission.....	12
3.1.2 La procédure d'accueil.....	12
3.1.3 Les informations données aux malades arrivants.....	13
3.1.4 La confidentialité des soins.....	13
3.1.5 L'accès au dossier médical.....	14
3.2 La place laissée aux familles.....	14
3.3 La place de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).....	14
3.4 La protection juridique des majeurs.....	14
3.5 Les incidents et leurs traitements.....	15
3.5.1 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge.....	15
3.5.2 La violence.....	15
3.5.3 Les évènements indésirables.....	15
3.5.4 La gestion des fugues.....	16
3.5.5 Les questionnaires de satisfaction.....	16
3.6 La levée des mesures.....	16
3.6.1 Le collège des professionnels de santé.....	16
3.6.2 La commission de suivi médical.....	16
3.6.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	17
3.7 La visite des autorités.....	22
3.8 Le contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).....	23
3.9 La traçabilité sur le registre de la loi et le respect des procédures.....	23
3.10 L'exercice des droits sociaux.....	25

4	Les conditions matérielles d'hospitalisation.....	25
4.1	L'hébergement.....	25
4.1.1	Les unités Henry Ey et Minkowski.....	25
4.1.2	L'unité Clérambault.....	27
4.1.3	Les unités Claude et Moreau.....	31
4.2	La restauration.....	40
4.3	Les vêtements, objets personnels et le linge.....	40
4.4	L'hygiène.....	41
4.5	Les activités.....	41
4.5.1	Au plan central.....	41
4.5.2	La cafétéria.....	43
4.5.3	Le point de vente.....	43
4.6	La communication avec l'extérieur.....	44
4.6.1	Le courrier.....	44
4.6.2	Le téléphone.....	44
4.6.3	L'informatique et l'accès à Internet.....	45
4.6.4	Le droit de vote.....	45
4.6.5	L'exercice du culte.....	45
4.6.6	Les relations sexuelles.....	45
4.7	L'accès au tabac.....	46
4.8	L'argent des patients.....	46
5	Les soins.....	47
5.1	Les soins psychiatriques.....	47
5.2	Les soins somatiques.....	47
5.3	La dispensation des médicaments.....	48
6	Le recours à l'isolement et à la contention.....	48
6.1	La procédure d'isolement.....	48
6.2	Les chambres d'isolement.....	49
6.3	Le recours à la contention.....	50
6.4	La traçabilité.....	50
6.5	L'analyse des pratiques.....	50
7	La commission de suivi médical.....	52
8	L'hospitalisation des patients détenus.....	52

9 **Ambiance générale** 53

Contrôleurs :

- Adeline Hazan, Contrôleure générale, chef de mission ;
- Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
- Anne-Sophie Bonnet ;
- Michel Clémot ;
- François Moreau.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la Contrôleure générale accompagnée de quatre contrôleurs ont effectué une visite de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Cadillac (Gironde) du lundi 5 au jeudi 8 octobre 2015.

Cet établissement a précédemment fait l'objet d'une visite effectuée du 22 au 24 mars 2011.

1 LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'UMD, située au sein du centre hospitalier spécialisé, le lundi 5 octobre à 14h et ont quitté l'établissement le jeudi 8 octobre 2015 à 16h.

La Contrôleure générale a expliqué les conditions et le sens de cette visite inopinée lors d'une réunion tenue dès l'arrivée et à laquelle participaient le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement, les directeurs adjoints responsables de la qualité des soins et de la clientèle, les responsables médicaux et soignants de l'UMD ainsi que les responsables des services informatiques et de clientèle de l'établissement.

Le directeur de cabinet du préfet de la Gironde et le directeur général l'agence régionale de santé (ARS) ont été informés de cette visite pendant son déroulement. La Contrôleure générale a eu un entretien téléphonique avec le procureur de la république près le tribunal de Grande instance de Bordeaux.

Une réunion de fin de visite s'est tenue le 8 octobre 2015. Y ont participé notamment :

- le directeur du centre hospitalier et deux de ses proches collaborateurs ;
- le président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- le praticien hospitalier, chef du pôle ;
- le cadre supérieur de santé du pôle ;
- les cadres de santé des unités de l'UMD.

A l'issue de la précédente visite, dont il faut souligner qu'elle s'est déroulée avant l'intervention de la loi 5 du juillet 2011, un rapport avait été adressé le 26 juin 2012 au ministre des affaires sociales et de la santé.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait formulé les observations suivantes :

1. Les contrôleurs tiennent à souligner la qualité exceptionnelle de l'accueil de toutes les personnes rencontrées et leur totale disponibilité pour répondre à leurs questions et leur remettre toute documentation.
2. Des panneaux de signalisation indiquent clairement la direction du centre hospitalier puis de l'UMD.
3. La délocalisation de l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) vers le centre hospitalier est souhaitée pour éviter la stigmatisation de cette unité et l'identification qui en est faite avec l'UMD proprement dite.
4. Il n'existe aucun livret d'accueil qui soit distribué systématiquement à chaque patient à son arrivée.
5. La procédure de notification des droits doit être complètement revue : dès son arrivée, le patient doit connaître tous les droits dont il peut bénéficier.
6. Les registres sont parfaitement tenus sans aucune rature ni annulation de page. A toutes les questions posées, les agents ont répondu promptement, sans hésitation et d'une façon très circonstanciée.
7. Il faut souligner tout particulièrement l'attention portée aux familles des patients. Toutes les personnes rencontrées sont parfaitement conscientes de la souffrance non seulement des malades mais de leurs proches.
8. A l'unité Moreau, l'intimité des conversations téléphoniques n'est pas assurée ; à Ey et Minkowski, les appels vers l'extérieur ne peuvent se faire qu'avec l'accord et l'intervention du personnel médical.
9. A l'unité Clérambault, l'intimité dans les toilettes et dans les salles de bain et de douche doit être mieux garantie. Des films opacifiants et des rideaux de douches devraient équiper ces lieux.
10. A l'unité Claude, les espaces de vie garantissent peu d'intimité, tant au niveau des chambres que des sanitaires. L'absence de mobilier, autre que le lit, dans les chambres à quatre lits, ne permet aucune intimité ni personnalisation des lieux.
11. Il n'existe pas de protection contre la lumière du jour dans les chambres.
12. La cour de l'unité Claude est en mauvais état et il n'existe pas de préau alors que la demande en est faite depuis plusieurs années. L'ensemble est vétuste.
13. A l'unité Moreau, il est impossible de se protéger de la chaleur et de la lumière du jour. L'état de la literie d'origine est déplorable. La cour est très dégradée.
14. Les dossiers électroniques des patients sont tenus et consultables au travers d'un logiciel accessible à l'ensemble du personnel soignant qui a la possibilité d'échanger des observations par ce biais. Cette pratique simple est remarquable.
15. Les activités d'ergothérapie méritent d'être signalées, tant par leur qualité que par leur fréquence.
16. A l'USIP, l'hébergement et les lieux de soins se répartissent sur deux niveaux, ce qui compromet la qualité de la surveillance des patients. La géographie des lieux serait à revoir pour assurer une meilleure prise en charge.

17. Il faut veiller à ce que l'équipe somatique qui, au moment de la visite, était insuffisante pour assurer la continuité des soins, soit renforcée de manière pérenne afin de faire face à la permanence des soins.
18. Il existe des difficultés pour assurer le transfert des patients, une fois la crise gérée à l'UMD, vers l'établissement d'origine, soit par réticence de l'établissement d'origine soit par refus des patients.
19. L'unité d'électro-convulsivothérapie devrait être délocalisée afin d'éviter la stigmatisation des patients qui y sont admis.
20. Les patients louent la qualité des soins qui leur sont prodigués et insistent sur l'écoute particulièrement développée tant de la part des médecins que de tous les personnels soignants.
21. Il conviendrait de porter davantage d'attention au respect des règles concernant le nombre minimal de personnels soignants présents, notamment à l'USIP ; plus précisément, il n'est pas acceptable que les carences d'infirmiers parfois constatées ne soient pas compensées par des aides-soignants.

A l'issue de cette seconde visite, un rapport de constat a été rédigé et transmis le 29 juin 2016 au directeur du centre hospitalier. Ce dernier a répondu le 19 juillet 2016 en présentant ses observations qui ont été prises en compte pour la rédaction du présent rapport de visite.

2 LA PRESENTATION GENERALE DE L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES

2.1 La présentation de l'unité pour malades difficiles

L'unité pour malades difficiles est incluse dans l'un des pôles de l'établissement qui comporte également une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), l'unité d'ergothérapie et le service d'électro convulsivothérapie.

Le ressort du centre hospitalier spécialisé (CHS) de Cadillac couvre les six secteurs du Sud-ouest de la Gironde, représentant 490 000 habitants. Les 80 structures de soins qu'il offre sont regroupées dans cinq pôles de psychiatrie adulte et deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile. Ses 518 lits d'hospitalisation complète sont répartis sur quatre sites : Cadillac, Bazas, Lormont et Villenave d'Ornon.

L'unité pour malades difficiles a ouvert en 1963. Ses locaux sont installés dans un domaine de 3,7 ha séparé de l'enceinte de l'hôpital par une route, ainsi que ceux des autres structures du pôle : une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) de quatorze lits, mixte, accueillant les patients du département, présentant un état de maladie mentale aigu ; une unité d'électro convulsivothérapie (ECT) et une fédération d'ergothérapie.

Les quatre-vingt-six lits d'hospitalisation autorisés de l'UMD sont répartis dans cinq unités fonctionnelles (UF) :

- UF Minkowski : 19 lits ;
- UF Claude : 19 lits ;
- UF Moreau : 19 lits ;
- UF Ey : 19 lits ;
- UF Clérambault : 10 lits.

Sur le même site, était en cours d'édification, lors de la visite, une unité hospitalière spécialement aménagée dont l'ouverture était prévue courant juin 2016.

2.2 Les personnels

Au moment de la visite, quatre psychiatres praticiens hospitaliers étaient affectés au pôle UMD, dont le chef de pôle, ainsi que deux internes ; deux médecins généralistes y intervenaient également.

Chaque psychiatre est en charge d'au moins une unité de sorte que la présence médicale est quotidienne.

L'organigramme du personnel non médical de l'ensemble du pôle comporte 192,5 équivalents temps plein (ETP) répartis de la façon suivante :

- 0,50 assistant de gestion ;
- 1,00 cadre supérieur de santé ;
- 6,00 cadres de santé ;
- 120,28 infirmiers (IDE) ;
- 27,19 aides-soignants ;
- 17,86 agents des services hospitaliers ;
- 4,00 assistants médico-administratifs ;
- 2,00 adjoints administratifs hospitaliers ;
- 1,00 éducateur spécialisé ;
- 2,00 assistants de service social ;
- 2,00 animateurs sportifs ;
- 2,86 ergothérapeutes ;
- 2,56 psychologues ;
- 2,00 psychomotriciens ;
- 1,00 ouvrier professionnel.

L'organisation des services prévoit que soient présents au moins un IDE pour six patients dans la journée et un IDE pour dix patients la nuit.

Un comité de pôle réunit chaque mois tous les médecins, les cadres de santé et l'assistant de gestion.

Une réunion médicale se tient tous les mois avec les médecins et les internes de l'UMD. Y sont évoquées les admissions et les situations des patients posant un problème particulier.

Tous les professionnels du pôle sont réunis deux fois par an en un conseil pour les questions institutionnelles.

Dans le cadre d'un comité de retour d'expérience (CREX) sont analysés les événements indésirables graves en vue d'actions préventives à mettre en place.

Par ailleurs, chaque unité organise une réunion institutionnelle et des réunions cliniques (deux fois par mois).

2.3 Les patients

Le recrutement des patients est national mais, en pratique, en 2014, ils proviennent majoritairement de la région Aquitaine (39 %) puis des régions Midi-Pyrénées (9%), Île-de-France (9%), Poitou-Charentes (6%) et des DOM-TOM (9%).

Sur les 127 patients de la file active de 2014, 14 étaient présents depuis plus de dix ans dont 8 depuis plus de quinze ans.

Les pathologies les plus représentées étaient : schizophrénies paranoïdes (67 patients soit 53 % de la file active), autres schizophrénies (11 ; 9%), autisme (11 ; 9%), retard mental (7 ; 6%), autres troubles psychotiques (6 ; 5%).

Les admissions résultent à hauteur de 20 % de décisions préfectorales sur le fondement de l'article D.398 du code de procédure pénale (personnes détenues), de 20 % d'application de l'article 122-1 du code pénal (irresponsabilité pénale) et, pour le reste, sur décision du représentant de l'État en application des articles L.3213-1 et suivants du code de la santé publique (SDRE).

2.4 L'activité

Le rapport annuel d'activité de l'établissement fait état, pour l'année 2014 de 73 admissions, d'un taux d'occupation de 93 % et d'une durée moyenne de séjour de 229,6 jours d'hospitalisation ; la file active de l'UMD était de 127 patients.

3 LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS

3.1 L'arrivée des patients

3.1.1 La procédure d'admission

La procédure d'admission est identique à celle de 2011 : un service hospitalier qui constate qu'un de ses patients est trop dangereux pour qu'il puisse le prendre en charge ou continuer à le faire, sollicite l'UMD pour l'accueillir. Le chef de pôle reçoit ces demandes et les traite par ordre d'urgence, en fonction des places libres dans les unités. Aucun critère particulier ne préside à l'admission dans telle ou telle unité, à l'exception de Clérambault, qui est destinée aux patients les plus difficiles.

3.1.2 La procédure d'accueil

La procédure d'accueil n'a pas varié depuis 2011 ; le patient est conduit directement au sein de l'unité qui va le prendre en charge, accompagné de deux infirmiers venus de l'établissement d'origine. Il est généralement amené sur un brancard, avec des contentions. Tout nouvel arrivant est immédiatement placé en chambre d'isolement, en pyjama (sa taille a été demandée avant son arrivée), pour une durée de 24 heures, qui peut être prolongée selon les cas ; il a été indiqué que le pyjama « permettait la fouille ». L'arrivant est examiné dans la journée par un médecin somaticien et rencontre également le psychiatre attaché à l'unité. La possibilité de fumer lui est offerte quelques heures après son arrivée ; une réserve de tabac est prévue pour le dépannage des arrivants.

Les patients ne conservent aucun argent – ni valeur – par devers eux. Leurs espèces sont déposées à la régie de dépôt, « banque des patients ».

3.1.3 Les informations données aux malades arrivants

Au moment du contrôle, le livret d'accueil rédigé était en cours de finalisation et en attente d'impression. Il n'était donc pas distribué aux patients.

Les modalités de notification des droits des patients sont prévues par une procédure datant de 2011, qui a été actualisée en 2013. Elle indique que « le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, le patient est informé par le médecin de la mesure de soins sans consentement qui s'impose à lui, des raisons qui la motive, et il est mis à même de faire valoir ses observations ». Un accusé de réception est prévu afin qu'une trace de la notification de tous les droits soit conservée dans le dossier. D'après la procédure, il doit être signé dans les deux à cinq jours après l'admission par un membre de l'équipe soignante.

D'après les éléments recueillis dans les unités, les patients arrivent généralement en état de crise et les informations sur leurs conditions de séjour leur sont donc transmises au fur et à mesure de leur apaisement : fonctionnement de l'unité, règles de vie, activités... Ainsi, la notification des droits peut être effectuée plusieurs jours après l'admission mais rarement au-delà de cinq jours. Les membres du personnel médical et soignant sont indifféremment investis de la mission d'expliquer aux patients sous quel régime ils sont hospitalisés, les droits y afférents et les recours qui leur sont ouverts. Il a été indiqué que la personne qui en est chargée varie selon les affinités entre patients et soignants, le moment et l'état du patient.

Dans sa réponse du 19 juillet 2016, le directeur de l'établissement indique que « un livret d'information sur les soins sans consentement a été mis en place en 2011 à destination du personnel médical et soignant afin d'assurer un niveau d'information suffisant à tous les professionnels en charge d'appliquer et d'expliquer le cadre juridique des soins sans consentement et des droits correspondants. Ce livret est mis à jour et rediffusé régulièrement. A la date de la visite, la 4^{ème} version du livret était en circulation, actualisée en août 2015. »

Les contrôleurs ont pu constater que si certains personnels infirmiers expérimentés étaient capables d'expliquer avec précision le cadre juridique et les étapes d'une hospitalisation sans consentement, d'autres les connaissaient mal ; ce qu'une prise de poste en début d'année pouvait partiellement expliquer.

Deux formations de deux jours relatives aux droits des patients sont prévues pour les personnels soignants : « Soins aux patients sans consentement : quel impact de la réforme du 5 juillet 2011 (modifiée en septembre 2013) ? » et « Les droits des malades en établissement public de santé mentale ». Ce sont les cadres des unités qui y inscrivent les infirmiers. Elles ne sont pas connues de tous et, par ailleurs, la nécessité d'apprendre de nombreux protocoles de soins liés à la spécificité du travail en UMD fait souvent passer en second la question du droit des patients.

3.1.4 La confidentialité des soins

La confidentialité des soins est régie par une instruction de juillet 2014 émanant de la direction de la clientèle. Les consignes établies en 2010 ont été complètement réécrites.

Cette note indique que « Le seul fait de révéler l'hospitalisation présente, passée ou future d'un patient à un tiers, constitue non seulement un non-respect du principe de confidentialité, mais une violation du secret professionnel passible pour l'agent qui la commet de sanctions pénales et professionnelles ».

Si le patient le demande, une indication peut figurer dans le logiciel de gestion, précisant qu'il ne souhaite divulguer aucune information à telle personne. Autrement, la communication sera établie avec un personnel infirmier, sans qu'aucune information n'ait été divulguée à la

personne qui appelle. Au niveau de l'unité, d'autres restrictions peuvent être établies au cas par cas selon les demandes des patients.

3.1.5 L'accès au dossier médical

Les données recueillies sont relatives à l'ensemble du centre hospitalier.

En 2014, soixante-cinq demandes d'accès au dossier médical ont été formulées, contre quatre-vingt-deux en 2013. Sur les soixante-cinq, vingt-et-une ont été effectuées par des personnes en SDT, onze par des personnes en SDRE et 4% des soixante-cinq demandes émanaient de l'UMD ou de l'USIP. Depuis 2010, le nombre de demandes venant de l'UMD et de l'USIP est en baisse, alors que le nombre total de demandes est en augmentation, sans qu'il y ait d'explication particulière à ce phénomène.

3.2 La place laissée aux familles

L'ensemble des acteurs, médecins et cadres de santé, déclare accorder une place importante aux familles qu'ils souhaitent rencontrer et n'hésitent pas à contacter les proches des patients par téléphone voire par courriel. Les médecins responsables d'unité disent répondre très facilement aux sollicitations des familles - ce qui a été confirmé aux contrôleurs par la représentante de l'UNAFAM - et estiment important de les associer à la prise en charge des patients.

Les patients peuvent recevoir sans limite les appels téléphoniques de leur famille, sauf contre-indication médicale, mais ne peuvent donner que deux appels par mois vers l'extérieur.

Les visites sont programmées à l'avance ; les patients reçoivent leur famille dans de petites salles de visite qui ne sont pas toutes très conviviales ; un soignant se tient toujours à proximité. Les familles peuvent apporter de la nourriture et partager un repas avec leur proche hospitalisé.

Une « maison des usagers » est en projet sur le site principal et devrait faciliter les rencontres avec les familles et la préparation à la sortie de l'UMD.

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

La présidente de l'UNAFAM pour Cadillac, contactée par téléphone, a indiqué aux contrôleurs que la place accordée aux familles s'était améliorée depuis plusieurs années. L'UNAFAM estime néanmoins que la place des familles se situe plus dans le parcours de soin au sein de l'UMD que dans une prise en compte du projet de vie. L'UNAFAM n'assure pas de permanence à l'UMD, mais répond à toutes les sollicitations des familles ou des soignants. Une excellente relation est mentionnée avec les cadres de santé qui se montrent très réactives et à l'écoute des sollicitations de l'UNAFAM. L'UNAFAM regrette que les lieux destinés à l'accueil des familles en présence de leurs proches hospitalisés soient peu adaptés. Elle dénonce par ailleurs la pratique de mise systématique en pyjama à l'arrivée.

3.4 La protection juridique des majeurs

La plupart des patients font, avant leur arrivée à l'UMD, l'objet d'une mesure de protection judiciaire. Quand tel n'est pas le cas et que leur situation le nécessite, l'assistant de service social de l'unité où il est hospitalisé se charge d'initier la mesure par requête directe auprès du juge des tutelles si la personne est consentante, ou auprès du procureur du tribunal de grande instance de Bordeaux, dans le cas contraire.

3.5 Les incidents et leurs traitements

La gestion des incidents et événements indésirables est assurée conjointement par la sous-direction de la qualité et par celle de la clientèle pour les plaintes et réclamations.

3.5.1 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge

La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est en place à l'hôpital de Cadillac depuis octobre 2006

Concernant l'UMD, dix-huit réclamations ont été enregistrées en 2015, dix-sept émanant de patients et une de la mère d'un patient.

Les dix-huit réclamations concernent neuf patients. Un patient a formulé à lui seul sept réclamations et deux autres, deux réclamations chacun. A l'exception de trois réclamations pour lesquelles les réponses écrites ont été faites sous trente-cinq jours, les réponses définitives ont été effectuées dans une moyenne de six jours.

Motifs ¹	nombre ²
Prise en charge médicale	9
Conditions d'hébergement	3
Mode d'hospitalisation	3
Relationnel	0
Logistique hôtelière	0
Organisation de service	4
Inclassable	2

3.5.2 La violence

Une procédure de prise en charge (PEC) de la violence est mise en service depuis septembre 2015.

En 2014, ont été répertoriées dix-huit situations de violences, une automutilation et une tentative de suicide. Les chiffres pour l'année 2015 n'ont pas été communiqués.

3.5.3 Les événements indésirables

Les événements indésirables sont signalés anonymement sur des fiches transmises à la sous-direction de la qualité et sont traités par un comité de retour d'expérience (CREX) qui se réunit six fois par an.

Le CREX est composé de dix personnes représentant tous les corps et grades des personnels. Si, pour tous les événements indésirables, une analyse, un suivi et une réponse corrective sont assurés sous la coordination de l'ingénieur qualité, à chaque réunion du CREX, un événement

¹ Item de la fiche standardisée « plainte/réclamation » utilisée pour la gestion des réclamations.

² Une même réclamation peut comporter plusieurs plaintes.

indésirable particulier est retenu pour une analyse approfondie conduisant à des propositions de mesures correctives.

Six formations à l'analyse approfondie des événements indésirables, intéressant cent agents, ont été dispensées dans l'ensemble de l'hôpital depuis 2013.

Depuis mai 2014, a été mise en place une procédure spécifique de signalement des événements indésirables graves aux autorités compétentes (ARS). Pour tout événement indésirable grave, le chef d'établissement effectue un signalement à l'ARS et en informe le chef de pôle.

3.5.4 La gestion des fugues

La gestion des fugues prévoit une procédure de recherche sur le site du patient fugueur et d'alerte de la brigade de gendarmerie.

Aucune fugue n'a été constatée au cours des années 2014 et 2015.

3.5.5 Les questionnaires de satisfaction

L'étude de satisfaction pour l'année 2014 porte sur 887 questionnaires de patients hospitalisés ; elle a été publiée le 19 février 2015. Elle est globale pour l'ensemble du centre hospitalier de Cadillac. Les données correspondant à la seule UMD n'ont pas été communiquées aux contrôleurs.

Les résultats font état de 83,7% de réponses excellent/bon et de 16,3% de réponses moyen/médiocre. Les questions les moins bien notées concernent l'information des patients et la qualité de l'hôtellerie.

3.6 La levée des mesures

Différentes notes de service signées du directeur du centre hospitalier ont précisé les évolutions introduites par la loi du 27 septembre 2013 et ont fixé des consignes à respecter notamment pour la rédaction des décisions et celle des certificats médicaux.

3.6.1 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé se réunit conformément aux dispositions de l'article L.3211-9 du code de la santé publique.

Préalablement à chaque réunion du collège, le chef du pôle où est pris en charge le patient concerné désigne « le psychiatre participant à la prise en charge », « le psychiatre ne participant pas à la prise en charge » et « le membre de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge ». Le directeur prend ensuite une décision pour chaque convocation en indiquant les noms de ces membres.

S'agissant des patients ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale, le collège a rendu, en 2015, trente-cinq avis en vue d'une audience devant le juge des libertés et de la détention et onze pour proposer la mise en place ou la modification d'un programme de soins.

3.6.2 La commission de suivi médical

La commission de suivi médical est composée conformément à l'article R.3222-6 du code de la santé publique : outre le médecin désigné par l'agence régionale de santé, six médecins de l'hôpital – trois titulaires et trois suppléants.

Tous les dossiers sont étudiés tous les six mois, conformément aux dispositions de l'article R.3222-7 du même code mais chaque patient est vu tous les ans en entretien par deux médecins, qui se rendent dans l'unité où il est hospitalisé. Aucun personnel soignant n'assiste à cet entretien. Dans la mesure du possible, la commission organise ces examens de dossiers et entretiens de sorte que, d'une fois sur l'autre, la situation d'un patient soit examinée par une paire différente de médecins. Chaque année, pour un examen systématique par la commission, la situation du patient est présentée par le psychiatre ou l'interne de l'unité.

Les interlocuteurs rencontrés ont tenu à signaler la difficulté qu'ils ont rencontrée pour obtenir des possibilités de sorties thérapeutiques.

3.6.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

3.6.3.1 Le cadre général

Le centre hospitalier de Cadillac étant situé dans le ressort du tribunal de grande instance de Bordeaux, les juges des libertés et de la détention (JLD) de cette juridiction assurent le contrôle des mesures d'hospitalisation sous contrainte.

Dès la mise en place de la loi de juillet 2011, les juges des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Bordeaux ont souhaité que les audiences se tiennent à l'intérieur du site de l'hôpital afin d'éviter les déplacements des patients. Toutefois, dans un premier temps, avant l'entrée en application des modifications apportées à la loi en 2013, une seule journée d'audience y était organisée chaque semaine - le mardi - pour les patients hospitalisés à Cadillac alors que ceux hospitalisés à Bazas, à Lormont et à Villenave-d'Ornon comparaissaient chaque semaine - le jeudi - devant le JLD dans la salle d'audience de centre hospitalier spécialisé Charles-Perrens à Bordeaux. Depuis le 1^{er} septembre 2014, deux audiences se tiennent chaque semaine au centre hospitalier de Cadillac - mardi et jeudi - au profit de tous ces patients.

Il convient aussi de noter que, dès le début, le recours à la visioconférence a été écarté.

Une convention « *relative à l'organisation des audiences du juge des libertés en matière de contrôle des soins psychiatriques et à l'utilisation des salles d'audience du tribunal de grande instance de Bordeaux implantées dans l'enceinte des centres hospitaliers du ressort* », en vigueur à la date de la visite des contrôleurs, a été signée le 27 février 2015 par le président du tribunal de grande instance de Bordeaux, le procureur de la République près le même tribunal et le directeur général de l'agence régionale de santé³. Cette convention prévoit notamment que « *le centre hospitalier de Cadillac assure à ses frais le transport aller – retour du magistrat et de son greffier pour la tenue des audiences* ».

Au cours des huit premiers mois de 2014, 452 audiences se sont ainsi tenues à Cadillac et 126 à Bordeaux. Au cours des quatre derniers mois de 2014, 248 audiences l'ont été à Cadillac.

En 2015, parmi les 729 audiences, 483 l'ont été le jeudi et 236 le mardi. Ce déséquilibre s'explique par le délai désormais fixé à douze jours maximum après l'admission et la neutralisation des week-ends⁴.

³ Curieusement, alors que la convention est signée le 27 février 2015, l'article 4 prévoit : « *le prise d'effet de la présente convention est fixée au 1^{er} septembre 2014* ».

⁴ Seuls les patients admis les jeudis et vendredis d'une semaine S peuvent être convoqués à l'audience du mardi de la semaine S+2.

Cependant, à cinq reprises⁵, des audiences se sont déroulées au tribunal de grande instance de Bordeaux alors que le nombre des patients convoqués ces jours-là était réduit :

- le 20 janvier : deux patients convoqués et présents ;
- le 3 février : sept patients convoqués mais deux présents (la mesure avait été préalablement levée pour trois, l'hospitalisation complète d'un autre avait été transformée en programme de soins et un patient avait refusé de se présenter) ;
- le 10 février : trois patients convoqués mais deux présents (la mesure avait été préalablement levée pour l'un d'eux) ;
- le 3 mars : quatre patients convoqués mais trois présents (la mesure avait été préalablement levée pour l'un d'eux) ;
- le 1^{er} septembre : deux patients convoqués mais un présent (la mesure avait été préalablement levée pour l'un d'eux).

Aucun de ces patients n'était hospitalisé à l'UMD.

Cette modalité de comparution, certes peu utilisée, ne répond pas aux règles de l'article L3211-12-2 de la santé publique : « *Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé. Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public* » et ce n'est que « *lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites* » que « *le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal de grande instance* ». Elle n'est pas prévue par la convention précédemment citée.

3.6.3.2 L'organisation des audiences

Compte tenu de la dispersion des patients sur plusieurs sites, dont certains éloignés de Cadillac⁶, la direction de la clientèle du centre hospitalier joue un rôle majeur dans l'organisation des audiences, différent de celui généralement observé.

Le centre hospitalier propose en effet les dates d'audience pour tous les patients - tant pour les patients admis depuis peu et devant être présentés au juge des libertés et de la détention avant le 12^{ème} jour que pour ceux dont la situation doit être examinée semestriellement - afin de les coordonner avec les impératifs liés aux transports. Cette organisation permet de faire arriver les patients peu avant l'heure de l'audience et de les faire repartir dès l'audience terminée, évitant des attentes sur place. Cette gestion fine démontre l'attention portée aux patients et la volonté de l'établissement de minimiser la durée de ces périodes qui peuvent être vécues avec anxiété.

Compte tenu du nombre des audiences devant se tenir le jeudi (cf. *supra*), les examens semestriels sont généralement programmés le mardi, pour limiter le déséquilibre. Tel a été le cas le mardi 6 octobre 2015 (cf. *infra*).

La direction de la clientèle transmet donc au greffe du JLD un projet fixant, pour chaque journée, la liste des patients à convoquer et leur ordre de passage. Pour les patients en ASPDRE, le projet est également transmis à l'ARS, en charge de la saisine du JLD, et le centre hospitalier les intègre dans le projet de programme.

⁵ Le 20 janvier, le 3 février, le 10 février, le 3 mars et le 1^{er} septembre.

⁶ Cadillac est à 38 km de Bazas, à 46 km de Lormont et à 32 km de Villenave-d'Ornon.

Le greffe, après validation, prépare ensuite les convocations. Un récépissé, retourné après la notification, fait état de la demande du patient d'un avocat commis d'office ou de la désignation d'un avocat nommément désigné ; une rubrique permet de signaler les cas de refus de signer du patient ou l'impossibilité de lui notifier la convocation (en précisant le motif).

Les saisines sont transmises au JLD quatre jours après l'admission du patient (alors que l'article L.3211-12-1 du code de la santé publique impose un délai maximum de huit jours) et la convocation est adressée à la personne concernée deux jours plus tard.

Parmi les dossiers administratifs de patients de l'UMD consultés par les contrôleurs, une situation a attiré leur attention. La convocation de cette personne à l'audience du 25 août 2015 pour un examen semestriel, datée du 13 août 2015, ne lui a été notifiée que le jour même de l'audience (sans précision d'horaire). Rien n'a permis d'expliquer cette notification très tardive. En revanche, l'ordonnance du JLD, datée du 25 août 2015, lui a été notifiée dès le lendemain. De même, lors de la précédente audience pour un examen semestriel (le 26 février 2015), la convocation (datée du 11 février 2015) lui a avait été notifiée le 12 février 2015.

Les transmissions des pièces entre le greffe du juge et le centre hospitalier s'effectuent par courriel ou par télécopie. Un projet de convention vise à organiser des échanges électroniques sécurisés dans le cadre des admissions en soins psychiatriques sans consentement.

Le jour de l'audience, le responsable du garage de l'hôpital coordonne les déplacements des différents véhicules sanitaires légers pour que les patients soient récupérés dans les différents lieux, arrivent à l'heure fixée au centre hospitalier et rencontrent leur avocat avant l'audience. Le responsable du garage est présent dans la salle d'audience pour s'assurer du bon déroulement du programme prévu et prendre les mesures d'adaptation en cas de décalage, en relation avec le juge.

L'UMD se situant hors de la portion centrale de l'hôpital, les patients et leurs accompagnateurs sont transportés en véhicules sanitaires légers jusqu'à la salle d'audience.

À leur arrivée, les patients et leurs accompagnateurs sont accueillis par une aide-soignante⁷ qui demeure dans le hall et veille au bon déroulement des entretiens avec les avocats.

Un agent de sécurité, équipé d'un détecteur portatif de masses métalliques, est présent dans le hall⁸. Il contrôle les patients avant l'entrée dans la salle d'audience.

3.6.3.3 Le déroulement de l'audience

La salle d'audience est installée au premier étage d'un bâtiment du site central de l'hôpital. Des panneaux directionnels en désignent l'emplacement.

Une vaste pièce située à l'arrivée à l'étage, est équipée de sièges et des toilettes y sont attenantes. Les patients et leurs accompagnateurs attendent dans cette salle.

⁷ Ce rôle est toujours tenu par la même personne (hors ses périodes de congé).

⁸ La présence d'un agent de sécurité est prévue par la convention citée *supra*.



La salle d'attente des patients

Deux bureaux, affectés aux avocats, permettent des entretiens confidentiels.



Le bureau d'entretien avec l'avocat

Une pièce est réservée au magistrat et à son greffier ; elle leur sert de bureau.

La salle d'audience a été réalisée conformément aux exigences du cahier des charges du ministère de la justice⁹. Une barrière de bois sépare la partie réservée au public (avec six sièges), de l'autre partie de la pièce dans laquelle se trouvent une table pour le patient et son avocat et, sur une estrade, l'emplacement du juge des libertés et de la détention (au centre), celui de son greffier (à gauche) et celui du ministère public (à droite). Une porte latérale permet les arrivées et les départs du magistrat et du greffier.

⁹ Cf. annexes 2 à 5 de la circulaire DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.



La salle d'audience

Cette véritable salle d'audience et la présence des différents interlocuteurs revêtus de leur robe (juge, greffier et avocats) donnent l'impression d'une grande solennité, contrairement à ce qui peut être observé ailleurs où les audiences se tiennent dans une pièce ressemblant à une salle de réunion et où le juge et son greffier sont en tenue de ville.

Les contrôleurs ont assisté aux audiences du mardi 6 octobre 2015. Ce jour-là, neuf patients étaient convoqués mais huit (six SDRE – deux SDT) étaient présents ; la mesure du neuvième (SDT) avait été levée. Parmi ces huit patients, trois étaient hospitalisés à l'UMD. Un seul comparait pour la première fois, moins de douze jours après son admission, et les sept autres pour un examen semestriel.

Il a été indiqué que les certificats médicaux établis pour exempter les patients de se présenter devant le juge en raison de leur état de santé étaient peu fréquents et que rares étaient les patients refusant de se présenter. Un des juges se déplace dans l'unité, avec son greffier et l'avocat, pour rencontrer les patients ne voulant pas comparaître et mener éventuellement l'audience sur place.

Deux avocats commis d'office sont présents, à chaque fois, et commencent à recevoir leurs clients avant le début des audiences. Les deux avocats alternent ensuite leur présence dans la salle et profitent du temps passé hors de la salle pour mener des entretiens, au fur et à mesure des arrivées des patients.

A l'entrée de chaque patient dans la salle d'audience, un agent du centre hospitalier annonce à haute voix le nom du patient.

Le 6 octobre 2015, la première comparution a débuté à 10h10 et les huit se sont enchaînées à un rythme soutenu, la dernière s'achevant à 11h40, avec une pause entre 10h50 et 11h en raison d'un retard. Ainsi, chaque comparution a duré entre six et dix minutes, compte tenu des temps nécessaires aux mises en place.

Le juge s'est présenté comme étant le juge des libertés et de la détention et a rappelé la situation de chaque patient avant d'échanger avec lui, l'interrogeant sur sa pathologie et sur la nécessité de poursuivre les soins. L'avocat a ensuite défendu la position adoptée par son client et le patient s'est exprimé en dernier. Le juge a alors indiqué qu'il prendrait sa décision dans l'après-midi et que l'ordonnance serait ensuite notifiée par les soignants du centre hospitalier, dans l'après-midi ou le lendemain. Il a également fait état des voies de recours.

Le ministère public n'était pas représenté mais avait transmis ses conclusions au juge. Il a été indiqué qu'il s'agissait là d'une pratique habituelle.

3.6.3.4 Les décisions rendues

Les mainlevées sont peu fréquentes : deux à trois pour soixante audiences.

Lors de deux des audiences du 6 octobre 2015, l'avocate a soulevé des nullités : dans un cas, en alléguant le caractère de « copiés – collés » des deux certificats médicaux rédigés par deux médecins différents ; dans l'autre, en raison de la date trop anticipée du certificat médical de 72 heures, rédigé un peu plus de 48 heures après l'admission. Dans le premier cas, le juge a estimé que des éléments d'actualisation différenciaient les deux certificats et a prononcé le maintien en hospitalisation complète. Dans le deuxième cas, en revanche, il a fait droit aux arguments de l'avocate et, estimant que le certificat « *doit être rédigé au plus près de ces 72 heures* » et que « *la situation fait nécessairement grief au patient* », il a décidé de la mainlevée de la mesure. Les deux patients concernés n'étaient pas hospitalisés à l'UMD mais dans une autre unité.

Dans ce dernier cas, le parquet a fait appel. Le 15 octobre 2015, la Cour d'appel de Bordeaux a confirmé l'ordonnance du juge des libertés et de la détention. Elle a estimé que ce « *certificat, qui devait être établi dans un délai maximum de 72 heures, soit trois jours après l'hospitalisation, a été rédigé plus tôt, ce qui a conduit à diminuer de 24 heures la période d'observation* » et que « *cette réduction du délai légal constitue une irrégularité manifeste* ». Elle a considéré que « *le certificat médical des 72 heures est celui où le psychiatre propose la forme de prise en charge et le cas échéant le programme de soins au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. Cette santé, l'expression de ces troubles, les effets du traitement et l'adhésion aux soins ne pouvaient qu'avoir évolué entre le [...] et le [...] date à laquelle le second examen aurait dû être fait* ». Pour la cour, le choix de la forme de la prise en charge « *a été faussé par une observation trop courte* » et cette irrégularité « *a porté atteinte au droit [de la patiente] de se voir administrer le traitement le plus adapté à son état* ».

Selon les informations recueillies, les certificats médicaux sont rédigés avec soin et permettent au juge de statuer. Un travail a été mené au sein de l'établissement, en concertation avec l'agence régionale de santé, et par note du 13 février 2013, le directeur du centre hospitalier a indiqué les pistes d'amélioration pour la rédaction formelle des certificats. Les contrôleurs, qui ont consulté plusieurs dossiers administratifs, n'ont constaté que quelques « copiés-collés », correspondant souvent à un rappel de la situation passée, mais, alors, un paragraphe actualisait l'état du patient depuis le précédent certificat. Tous se concluaient par une mention sur « *le maintien en hospitalisation complète* », sur « *la poursuite des soins sous une autre forme qu'une hospitalisation complète* » (avec un programme de soins joint) ou sur la levée de la mesure.

A l'issue des audiences du 6 octobre 2015, les ordonnances ont été transmises en fin de journée, après la fermeture des bureaux : sept étaient des décisions de maintien en hospitalisation complète, une était une mainlevée et une était « *sans objet* » (en raison de la levée préalable de la mesure). Elles ont été transmises par télécopies aux unités concernées dès le lendemain matin : cinq ont été notifiées dès le 7 octobre, deux autres l'ont été le 8 octobre, la dernière n'a pas pu l'être en raison du refus de signer du patient. Dans ce dernier cas, le récépissé indique « *que la personne hospitalisée a refusé de signer l'accusé de réception mais que la copie de l'ordonnance et la notification des voies de recours lui ont été remises* », mention datée du 8 octobre et signée par deux soignants nommément désignés.

3.7 La visite des autorités

Pour les années 2014 et 2015, le registre de la loi porte la mention de plusieurs visites :

- les 27 mai 2014, 30 septembre 2014 et 26 mai 2015 par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;

- les 19 août 2014 et 6 août 2015 par un vice-procureur.

Contrairement aux dispositions prévues à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique¹⁰, aucune des autres autorités citées dans cet article ne s'y est déplacée, comme le montre le registre de la loi.

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

La CDSP de Gironde est composée d'un médecin généraliste, président, d'un praticien hospitalier, d'un psychiatre libéral, d'un vice-président du tribunal de grande instance et deux représentants des usagers, l'un de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) et l'autre de l'association Métamorphose.

Son dernier rapport d'activité, portant sur l'année 2013, fait état de dix réunions dont six lors de visites dans des établissements. Elle a examiné 1 554 dossiers et reçu 35 plaintes. La CDSP n'a demandé aucune levée de mesures.

Elle se rend deux fois par an à l'UMD, a-t-il été précisé ; tel a été le cas en 2014 (cf. *supra*). Dans son rapport d'activité, la CDSP indique que « *les malades vus à l'UMD [la] sollicitent assez massivement, le plus souvent avec des requêtes auxquelles, seule la commission de suivi médical est en mesure de répondre* ».

Il est intéressant d'observer que cette commission, « *à la suite d'une réflexion entreprise en 2012 sur son rôle dans le nouveau contexte législatif, a décidé de visiter des établissements ouverts pour vérifier qu'ils n'étaient pas des lieux où des atteintes aux droits fondamentaux pouvaient être relevées* ».

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

Les mesures d'admission en soins psychiatriques sans consentement sont enregistrées sur un seul registre regroupant les différentes catégories (admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État – ASPDRE –, sur demande d'un tiers – ASPDT –, sur demande d'un tiers en urgence – ASPDT/U –, en péril imminent – ASPPI-).

Les contrôleurs ont consulté le registre 235, ouvert le 20 août 2015 par le maire de Cadillac. La première mesure (ASPDRE) datait du 7 septembre 2015 et la dernière (sous le numéro 75) du 5 octobre 2015. Quatre concernaient des patients hospitalisés à l'UMD.

Ils ont constaté que les renseignements concernant les patients étaient complets et que des photocopies (en taille réduite) des différents certificats et arrêtés y étaient collées, par catégorie. Les certificats de 24 heures, de 72 heures et mensuels l'étaient ainsi dans l'ordre chronologique et se chevauchaient. Le registre est bien tenu et aucune pièce ne manque.

Lorsque les feuillets disponibles pour une mesure sont complets, une nouvelle page est ouverte dans le registre alors en service pour y poursuivre le collage des pièces. Une mention

¹⁰ « 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'État 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 ».

indique la référence du registre et du folio d'origine. Ainsi, dans le registre examiné, dix-huit des soixante-quinze folios renseignés concernaient de tels reports.

Les contrôleurs ont observé, cependant, que ni les décisions du directeur prises à l'égard des personnes admises à la demande d'un tiers ou en péril imminent, ni les ordonnances du juge des libertés et de la détention n'y étaient collées. L'article L.3212-11 du code de la santé publique, qui traite des ASPDT, ne cite effectivement pas les décisions du directeur et ne prévoit que le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention.

Sur les cinquante-sept mesures nouvelles enregistrées sur le registre consulté, quatorze avaient été levées (soit près d'une mesure sur quatre) et deux personnes avaient été transférées vers l'hôpital de leur secteur.

Deux admissions en SDT (dont une en urgence)¹¹ avait été levées par le directeur du centre hospitalier en raison de l'absence, pour l'une, du certificat de 24 heures et, pour l'autre, du certificat de 72 heures.

Le déroulement d'une admission en SDT/U¹² n'était pas compréhensible car :

- la demande du tiers datait du 2 octobre 2015 ;
- le certificat médical initial avait été établi le 2 octobre 2015 à 17h ;
- le certificat de 24 heures avait été établi le 3 octobre 2015 à 10h ;
- le certificat de 72 heures avait été établi le 5 octobre 2015 à 11h35 ;
- le certificat de levée était daté du 2 octobre 2015 (jour de l'admission), à 12h.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement explique qu'il s'agit de « deux mesures de SDTu successivement mises en place pour un même patient, dont le certificat de levée correspondant à la première mesure avait été collé par erreur au niveau de la seconde mesure. Par ailleurs, il ne s'agissait pas d'un patient de l'UMD ».

Les treize mesures levées avaient duré :

4 jours et moins	Entre 5 et 8 jours	Entre 9 et 12 jours	13 jours
6	4	2	1

Les contrôleurs ont aussi noté que, pour une admission en SDRE du 1^{er} octobre 2015, l'arrêté du maire mentionnait : « *arrêté municipal d'hospitalisation d'office* ». Le certificat médical mentionnait une ASPDRE.

Lors de sa visite du 27 mai 2014, la CDSP a fait quelques observations :

- sur la qualité du tiers : l'oubli de la qualité du tiers ; la désignation jugée non pertinente de l'assistante sociale de l'établissement en qualité de tiers ;
- sur l'incohérence entre l'adresse du patient portée sur la demande du tiers et celle inscrite sur le registre ;
- sur des incohérences pour deux certificats médicaux de levée d'une mesure : pour l'un, « *ASPDRE non justifiée, à maintenir* », et, pour l'autre, « *ASPDT justifiée, à maintenir* ».

¹¹ Enregistrées sous numéro 32 et numéro 68.

¹² Enregistrée sous numéro 69.

3.10 L'exercice des droits sociaux

Deux assistants sociaux sont chargés de mettre en œuvre les droits sociaux des patients.

Ils préparent en amont la prise en charge des patients au niveau social, en prenant contact avec le service correspondant de la structure hospitalière d'origine ou, le cas échéant, avec le mandataire judiciaire. Pour les patients venant d'établissements pénitentiaires, un contact avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation est pris. Des questions pratiques peuvent ainsi être anticipées, comme la fourniture de produits d'hygiène ou de cigarettes pour les personnes dépourvues de ressources.

Au cours de l'hospitalisation, le service social peut être sollicité par les soignants ou les patients eux-mêmes. Bien qu'ils soient astreints au secret professionnel, les assistants sociaux conduisent leurs entretiens en présence d'un personnel infirmier. Une réflexion devrait être engagée à ce sujet.

Les démarches les plus courantes sont les suivantes : ouverture ou maintien d'une protection sociale, maintien de la situation sociale extérieure pré-hospitalisation dans le domaine de la famille, professionnel et financier, démarche de placement sous protection judiciaire (Cf. § 3.4), et accompagnement des familles.

Lorsque les patients n'ont aucun revenu, l'assistant des services sociaux engage la procédure d'obtention du revenu de solidarité active (200 euros par mois). Il a été indiqué qu'il est délicat « du point de vue thérapeutique » d'initier ces démarches dans la mesure où les personnes sont hospitalisées pour une durée longue et sont matériellement prises en charge dans leurs besoins élémentaires. La prévision de sortie et en général le facteur déclenchant.

Les personnes détenues sont souvent bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés et, si elles sont dépourvues de ressources financières, perçoivent 20 euros par mois de l'administration pénitentiaire.

Les démarches effectuées au niveau de l'UMD sont consignées dans une fiche de liaison sociale qui est envoyée à l'établissement d'origine, dans lequel le patient va retourner.

4 LES CONDITIONS MATERIELLES D'HOSPITALISATION

4.1 L'hébergement

Les patients sont affectés dans l'une des quatre unités Claude, Minkowski, Ey ou Moreau en fonction des places qui y sont disponibles ; l'affectation à Clérambault est guidée par l'état clinique. Les patients peuvent ultérieurement demander à changer d'unité, lors d'un entretien médical ou en formulant une demande écrite auprès du chef de pôle. Il a été indiqué que les demandes étaient essentiellement motivées par le désir d'occuper une chambre seul.

4.1.1 Les unités Henry Ey et Minkowski

Ces deux unités, symétriques, situées au rez-de-chaussée du bâtiment central, encadrant l'USIP, conservent la même organisation fonctionnelle et architecturale que lors de la précédente visite.

4.1.1.1 Les locaux

Chaque unité comporte trois zones :

- une zone de jour avec une salle à manger de 67,5 m² équipée de cinq tables rondes avec quatre chaises chacune, un salon de lecture de 20 m² dans lequel sont aménagés des casiers individuels dont les patients peuvent avoir les clés en journée et les restituent le soir et dans lesquels ils peuvent ranger certains effets personnels (tabac, appareils audio...), deux salles de télévision de 15 m² et une salle multifonction de 46 m². Les cloisons séparant ces espaces sont vitrées, permettant une surveillance visuelle permanente de tous points.

Un office s'ouvre par un guichet de type self-service sur l'espace salle à manger pour la distribution des repas.

Une porte donne accès à la salle de soins dans laquelle sont distribués individuellement les traitements.

Cette zone s'ouvre sur une grande cour extérieure de 800 m² équipée de tables de jardin, bancs et fauteuils. La cour est accessible sauf pendant les repas, la sieste (12h45 – 13h30) et la nuit, après 20h. La cour de l'unité Ey est équipée d'un terrain de tennis.

- une zone de nuit, comportant dix-sept chambres à un lit et une chambre à deux lits pour l'unité Minkowski et seize chambres à un lit et une chambre à trois lits pour l'unité Ey ainsi que deux chambres d'isolement dans les deux unités. Les portes des chambres, percées d'oculus (de 20 cm de hauteur et 60 cm de largeur), sont décalées entre elles par rapport à l'axe du couloir, de sorte qu'on ne puisse voir depuis l'une l'intérieur de celle située en face. Chaque chambre bénéficie d'un double accès pour la sécurité. Cette zone dispose d'une salle de bain comportant douche, lavabo et WC.
- une zone réservée aux soignants, composée d'un hall d'entrée et d'attente de 11 m², d'une pièce de 10 m² pour accueil et la visite des familles, de quatre bureaux, de deux vestiaires, d'une salle de réunion de 16 m², d'une salle de détente de 24 m², d'un office pour la préparation des repas s'ouvrant par un guichet sur la salle de repas et d'un « PC infirmier » de 25 m², ayant contrôle visuel direct sur l'ensemble de l'unité. Dans ce PC, sont localisés les différents reports d'alarme (agression, incendie etc...). L'accès à l'unité est contrôlé à partir de ce PC après appel par une sonnette extérieure.

Les contrôleurs ont pu constater l'excellent état des locaux d'hébergement.

4.1.1.2 Les patients

La capacité de chacune de ces unités est de dix-neuf lits. Lors de la visite, dix-sept patients étaient hospitalisés à l'unité Minkowski, où une arrivée était attendue, et dix-neuf à Ey dont trois personnes détenues, l'une d'eux était présente depuis 1999.

4.1.1.3 Le personnel

Le psychiatre référent de l'unité est présent à hauteur de 0,5 ETP à Ey, ainsi qu'un interne également pour 0,5 ETP.

L'organigramme de chaque unité comprend vingt IDE, quatre AS et 3,80 ETP d'ASH. L'équipe de Ey a été qualifiée d'expérimentée. Pourtant, la moitié de l'effectif des IDE a été renouvelée en quatre ans et demi pour les motifs suivants : départ en activité libérale, retraite, changement d'unité.

Un psychologue est présent dans chaque unité deux jours par semaine.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement affirme, cependant, que « l'organigramme de chaque unité de l'UMD comprend 22 IDE ».

Les entretiens médicaux sont conduits en présence d'un soignant, majoritairement un IDE. La fréquence de ces entretiens varie selon la situation clinique du patient mais ils ont lieu au moins une fois par mois pour chaque patient et en moyenne une fois par quinzaine. Les médecins reçoivent également les patients à leur demande.

Les entretiens infirmiers sont conduits au rythme de deux fois par mois et par patient. Il n'existe pas d'IDE référent pour chaque patient ; la question était à l'étude lors de la visite.

Deux réunions de synthèse sont organisées chaque mois.

4.1.1.4 Le fonctionnement

Après le passage en chambre d'isolement lors de l'arrivée, l'organisation de la journée est semblable pour tous les patients : lever à 8h (éventuellement plus tard le week-end) et toilette (chaque patient dispose d'un rasoir électrique, à l'exclusion de tout rasoir manuel), dispensation des traitements à 8h30 puis petit déjeuner - une demi-heure -, ouverture de la cour pour permettre de fumer à 9h15 ; déjeuner à 12h puis sieste de 12h45 à 13h30.

Les patients peuvent prendre un bain s'ils le demandent. Un bain est systématiquement proposé aux arrivants qui ont parfois passé plusieurs jours en chambre d'isolement avant d'être transféré à l'UMD.

De 10h à 12h et de 14h à 16h30, les patients peuvent participer à des activités d'ergothérapie – c'était le cas de la moitié des patients de l'unité Ey et de quatorze de ceux de Minkowski.

Matin et après-midi ont lieu les entretiens médicaux ou paramédicaux ; ces derniers n'ont pas de rythme strict. Il a été affirmé que, compte tenu de la dynamique des équipes, il était impossible qu'un patient n'ait pas au moins un entretien infirmier chaque mois ; le psychiatre de Minkowski reçoit chaque patient toutes les semaines. À l'unité Ey, les patients peuvent également participer à l'atelier d'éducation thérapeutique du patient (ETP) conduit par le psychiatre, la psychologue et le cadre de santé de l'unité.

Le goûter est servi à 16h30 et le dîner à 18h45. Entre les deux, seules des activités occupationnelles sont organisées : tennis, jeux de carte, jeux de boules, ordinateur, atelier Wi, groupe de paroles, atelier pâtisserie etc. Les unités disposent de ballons, raquettes, jeux ainsi qu'une discothèque de DVD pour tout le pôle.

Les patients sont couchés à 20h30, sauf exception, par exemple pour regarder un match de football important.

Lorsque les patients sont dans leur chambre, ils y sont enfermés.

4.1.2 L'unité Clérambault

4.1.2.1 Les patients

Initialement « unité disciplinaire », lors de l'ouverture en 1963, l'unité Clérambault est actuellement dédiée à l'accueil de patients particulièrement difficiles : autistes violents, schizophrènes multi-résistants aux traitements, personnalités perverses et déficitaires qui mettent à mal tout cadre institutionnel et dont il faut protéger les autres patients et les soignants. La durée moyenne de séjour (DMS) de l'unité Clérambault est de deux ans, abstraction faite de la durée de séjour des trois des patients présents qui ont vocation à finir leur vie dans l'unité.

Il a été indiqué que la reprise des patients par leurs établissements d'origine est souvent difficile, les établissements étant souvent réticents car restant sur le vécu des circonstances souvent violentes du départ des patients. Les patients de cette unité ne repartent pas directement dans leur établissement d'origine mais font un passage dans une des quatre autres unités ; les conditions d'observation du comportement y sont plus pertinentes dans la mesure où le personnel est en partie féminin et où les autres patients sont plus nombreux. Les retours nécessitent d'être préparés par une bonne communication avec l'établissement d'origine pour dissiper l'image de dangerosité que le patient a laissée lors de son départ vers l'UMD, alors que son séjour l'a stabilisé ; à défaut, l'injuste appréciation de l'établissement d'origine peut conduire le patient à une décompensation. Il a été souhaité que des soignants de la dernière unité d'hospitalisation puisse raccompagner le patient dans son établissement d'origine pour éviter ces difficultés de retour ; une psychologue a pu ainsi raccompagner un patient mais cette pratique est exceptionnelle.

Le jour de la visite des contrôleurs, dix patients étaient présents. Cinq avaient encore une famille qui se manifestait.

4.1.2.2 Le personnel

Les effectifs en personnel, quasi exclusivement masculins, comportent treize IDE (tous masculins à l'exception d'une femme à mi-temps), six AS (tous masculins) et trois ASH (dont une femme). Les amplitudes de travail s'étendent, selon les équipes, de 6h45 à 14h30, 13h30 à 21h15 et 21h à 7h.

Deux IDE sont présents matin et après-midi et un la nuit. Un AS est présent le matin et un la nuit. Un ASH est présent le matin. Les soignants assurent des services de nuit comme de jour.

Toutes les personnes intervenant dans cette unité sont munies d'une alarme de travailleur isolé. Chaque soignant reste toujours à portée de vue d'un autre et signale lorsqu'il doit s'isoler.

4.1.2.3 Les locaux

L'accès à l'unité s'effectue par une porte fermée à clef et dont l'ouverture est obtenue par une sonnette prévenant les soignants. L'architecture des locaux est identique à celle décrite lors de la précédente visite. D'une superficie de 618 m², disposée en rez-de-chaussée, l'unité comporte trois secteurs :

- un secteur hébergement de dix chambres identiques de 9 m², disposant chacune de deux accès, équipées d'un lit, d'une table et d'un tabouret fixés au sol. Elles n'ont ni armoire ni rangement. Un sas comportant d'un côté un lavabo de l'autre un WC soit en faïence soit en inox au gré des remplacements. Deux battants de porte permettent d'isoler lavabo ou WC en cas de nécessité. Depuis la précédente visite des contrôleurs, des films opaques ont été placés sur les parties vitrées des portes pour préserver l'intimité des patients. L'accès principal à la chambre s'effectue par une porte à deux vantaux dont les fermetures sont renforcées et à manèment spécialement rapide ; la partie supérieure est vitrée pour permettre la surveillance. Une seconde porte d'intervention comportant un oculus est disposée face au lit.

L'ensemble des chambres et le couloir sont en mauvais état d'entretien. Il a, par ailleurs, été indiqué aux contrôleurs que le chauffage est défaillant, la température dans les chambres, tout particulièrement du fond du couloir desservant ces chambres, pouvant descendre en dessous de 15° C en hiver.

- à l'extrémité du couloir de cette zone d'hébergement, une porte donne accès à une petite cour dans laquelle les patients autorisés peuvent fumer et où, selon la saison,

sont mis en place une piscine gonflable pour une activité dite « pataugeoire » et un jardinet.



Cour avec piscine de l'unité Clérambault

- un secteur vie de jour et d'activité comportant une grande salle polyvalente de 72 m² éclairée par deux grandes fenêtres barreaudées, équipée de : quatre tables, dix chaises, deux chauffeuses et d'un téléviseur fixé au mur. Cette salle, qui sert également de salle à manger, donne accès à deux salles d'activités notamment pour les activités d'ergothérapie et de psychomotricité qui se déroulent sur place dans cette unité compte tenu du profil des patients, à un office où sont préparés les repas, à une laverie, à un ensemble de sanitaires équipé d'un WC et d'un lavabo. Cette pièce permet par ailleurs l'accès à une cour.
- une salle de bains équipée de deux douches, d'une baignoire et d'un lavabo est installée entre le secteur nuit et le secteur de vie ; à l'entrée de cette salle, des casiers nominatifs permettent d'entreposer les affaires de toilette de chaque patient. Un bain ou une douche est administré à chacun d'entre eux au moins une fois tous les deux jours et plus souvent si nécessaire.



Salle de bains de l'unité Clérambault

- un secteur réservé aux soignants comportant : le poste de soin, un bureau infirmier doté d'une baie vitrée permettant la surveillance visuelle sur la salle polyvalente et l'accès à l'hébergement, une salle de détente pour les personnels, le bureau du cadre infirmier, les vestiaires des personnels, une pièce servant à l'accueil et aux visites des familles ainsi qu'aux experts. Cette salle, dotée d'un téléphone, sert, par ailleurs, à la réception ou l'envoi d'appels pour les patients, selon un régime d'autorisation par le médecin.

4.1.2.4 Le fonctionnement

Compte tenu de la pathologie particulière des patients hébergés dans cette unité, les rythmes de vie sont adaptés à chaque patient, certains ne sortant que peu ou pas de leur chambre. Les patients sont pris en charge individuellement pour les toilettes dès 7h. Les horaires de repas sont par ailleurs identiques à ceux des autres unités. Les repas peuvent être pris dans la salle à manger ou en chambre. Les patients circulent dans l'unité toujours accompagnés par un soignant.

Un vestiaire particulier à cette unité, financé par l'hôpital, assure l'habillement des patients dont aucun ne conserve ses vêtements personnels. Pour autant, les vêtements fournis sont de couleurs diverses et évite l'impression d'uniforme. Cette mesure particulière est expliquée par le fait que, compte tenu de leur état, les patients déchirent régulièrement leurs vêtements, parfois plusieurs fois par jour, et se souillent beaucoup.

La plupart des patients étant sous mesure de protection, l'argent est géré par une assistante socio-éducative. Les patients de cette unité ont accès comme tous les autres aux commandes par l'intermédiaire de la « cafétéria ».

La dispensation des médicaments s'effectue individuellement, dans le poste de soin ou bien en chambre, selon les rythmes particuliers de chaque patient.

Le fonctionnement du courrier est identique à celui des autres unités ; il a été indiqué que tout courrier était expédié, même les plis comportant des adresses fantaisistes. Il en est de même de la gestion du tabac (*cf. infra*) ; deux patients étaient fumeurs lors de la visite.

Les patients ont accès à l'ergothérapie et des sorties thérapeutiques peuvent être organisées. Sur place, les patients disposent de deux salles d'activité (jeux de construction, jeux de société) et aux beaux jours, certains jardinent ; la pataugeoire installée dans l'une des cours est largement utilisée : peu d'agressions y sont constatées dès lors que les patients sont dans l'eau. Des activités collectives (fresque par exemple) peuvent également être conduites sur place par les ergothérapeutes, assistés de soignants de l'unité.

Des réunions cliniques sont organisées deux fois par mois, auxquelles participent les soignants de l'ergothérapie.

Le recours à l'isolement et à la contention s'effectue selon les mêmes modalités que celles de l'ensemble de l'UMD. Le registre d'isolement n'est pas encore en place lors de la visite des contrôleurs.

4.1.3 Les unités Claude et Moreau

Les deux unités datent des années 1960 et sont de conception très voisine. Chacune peut accueillir dix-neuf patients mais disposent d'un nombre de lits plus important (vingt-quatre à l'unité Claude et vingt-six à l'unité Moreau, hors chambres d'isolement ou d'apaisement).

4.1.3.1 Les locaux

Ces unités n'ont guère évolué depuis la précédente visite des contrôleurs : l'espace de jour et de vie est installé au rez-de-chaussée et l'espace de nuit et de repos occupe le 1^{er} étage. Aucun ascenseur ne relie les deux niveaux. Chaque unité dispose d'une cour. Le changement des matelas et sommiers, en place depuis la création des unités, et l'installation d'une cabine téléphonique à l'unité Moreau constituent les deux seules améliorations.

Aucune caméra de vidéosurveillance n'y est placée.

L'état général de ces locaux est mauvais et les différents espaces - notamment les chambres à quatre - sont inadaptés aux besoins actuels : l'intimité des patients n'y est pas respectée et les lieux sont peu accueillants. L'ensemble est cependant propre.

4.1.3.1.1 L'espace de jour et de vie

Les locaux sont desservis à partir d'un hall d'entrée qui donne accès au bureau des infirmiers et à la salle de soins. Les bureaux des médecins et du cadre de santé ainsi que la salle de repos des soignants sont situés à proximité.

Une salle, meublée d'une table et de sièges, est réservée aux visites des familles. A l'unité Claude, elle est appelée le « parloir ».



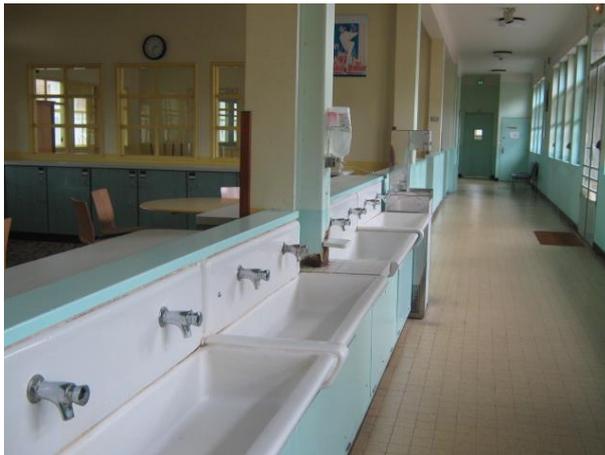
Le « parloir »

Dans les deux unités, deux salles d'activité, une salle de télévision et la salle à manger sont alignées le long d'un couloir.

La salle de télévision, fermée par une porte vitrée, est équipée de plusieurs rangées de sièges faisant face au téléviseur ; la télécommande est à la libre disposition des patients.

Les salles d'activité et la salle à manger sont séparées du couloir par un simple muret et aucune porte n'existe. Des lavabos sont installés près de l'entrée de la salle à manger.

Les salles d'activité sont équipées d'un baby-foot ou d'une table de ping-pong ; quelques tables avec des chaises y sont également placées.



Le couloir desservant les salles d'activité et la salle à manger

La salle à manger est équipée de tables rondes accueillant quatre convives. Une banque la sépare de l'office pour permettre un fonctionnement en self-service.

Des casiers fermant à clé, affectés nominativement, permettent aux patients de ranger des objets personnels.

Les menus de la semaine, des informations sur le rôle et la saisine de la commission départementale des soins psychiatriques ainsi que les adresses de différents organismes pouvant être saisis par les patients sont affichés dans cette pièce.



La salle à manger de l'unité Moreau

L'unité Moreau dispose d'une grande salle polyvalente dans laquelle sont organisées diverses activités (yoga, vidéos...).

A l'unité Claude, une grande salle est divisée en plusieurs espaces séparés par des claustras :

- une zone équipée de fauteuils, servant à regarder des vidéos ;
- une cuisine avec les équipements nécessaires au fonctionnement d'un atelier ;
- une bibliothèque, commune à l'ensemble de l'UMD.



La salle d'activité de l'unité Claude

Malgré la dégradation des locaux, des soignants et des patients ont dit préférer ces unités aux autres, certes plus neuves, mais dans lesquelles l'intimité dans les espaces communs est plus difficile à préserver.

La cour est accessible en permanence, durant la journée. Bordée d'arbres, elle est équipée d'un terrain de boules, d'un terrain de tennis et d'un panneau de basket. Des bancs, des tables et des chaises de jardin y sont installés. Aucun abri ne permet cependant de se protéger des intempéries. Les deux cours, qui disposent d'un bel espace, sont toutefois très dégradées. Selon les informations recueillies, la rénovation de la cour de l'unité Moreau est prévue, avec des zones engazonnées et un abri près de la porte d'accès.



Une cour

4.1.3.1.2 L'espace de nuit et de repos

L'espace de nuit est séparé en deux ailes, de part et d'autre d'un hall central dans lequel se trouve le bureau des infirmiers de nuit.

Six chambres à quatre lits sont alignées le long de deux couloirs différents. Ces chambres bénéficient d'une grande superficie (42 m²) mais les aménagements sont réduits :

- à l'unité Moreau : un lit, une armoire et une table de chevet pour chaque patient ;
- à l'unité Claude : un lit, une armoire et une table de chevet pour chaque patient dans une aile ; un lit sans armoire ni table de chevet dans l'autre.

La mise en place d'armoires dans les chambres se poursuit, a-t-il été précisé. Les contrôleurs ont observé qu'elles ne fermaient pas à clé, mais, en l'absence de cadenas et selon les informations recueillies, l'installation de serrures aurait été demandée.

Depuis la précédente visite, les matelas ont été changés.

Dans une seule chambre, à l'unité Moreau, des lampes de chevet placées au-dessus du lit permettent de lire après le coucher.

Toutes ces pièces disposent d'un WC placé dans un espace cloisonné entre les deux fenêtres.



Une chambre de l'unité Moreau

Les veilleuses sont installées au plafond et non au ras du sol ; lors des rondes de nuit, les soignants ont indiqué utiliser des lampes torches pour ne pas allumer les plafonniers.

Contrairement à l'unité Moreau, dans l'unité Claude, les veilleuses restent allumées toute la nuit « ce qui gêne la qualité du sommeil ».

Des fenêtres, fermées, laissent pénétrer la lumière naturelle mais les volets, comme ceux des couloirs, ne peuvent plus être abaissés comme l'ont indiqué différentes personnes interrogées sur ce point particulier par les contrôleurs ; les systèmes de fonctionnement sont hors service. « *Il est préférable de ne pas les baisser car on n'est pas certain de pouvoir les relever* » ont dit des soignants. Cette situation, déjà constatée par les contrôleurs lors de la précédente visite, ne permet pas d'occulter les fenêtres, ce qui est particulièrement pénalisant en période estivale, lorsque les jours sont longs : rien ne protège de la luminosité ni de la chaleur. **Une remise en état de marche des mécanismes des volets s'impose donc.**

Ces chambres sont dépourvues de toute décoration et les murs sont désespérément vides. Ces lieux ne sont pas accueillants et ne constituent pas un cadre de vie satisfaisant. De plus, ces chambres à quatre ne permettent aucune intimité.

Compte tenu du nombre de lits disponibles et du nombre maximum de patients accueillis, les changements de chambres sont faciles et peuvent s'effectuer sans avoir à déplacer plusieurs personnes. Selon les informations recueillies, un seul patient peut ainsi être placé dans une chambre à quatre, si nécessaire.

De façon inattendue, les patients rencontrés ne se sont pas plaints de la promiscuité qui pouvait régner dans les chambres.

A l'unité Moreau, les chambres d'isolement ont été transformées en chambres individuelles, sans que d'autres meubles (armoire notamment) y soient ajoutés, faute de place. Lors de la visite, l'une d'elles était occupée par un patient présent depuis plusieurs années à l'unité.

Une salle de déshabillage se trouve à la jonction des deux ailes. Là, vingt et un box sont alignés le long de deux couloirs ; chaque patient a le sien. Fermé par une double porte battante, chaque box est équipé d'un placard pour ranger les vêtements. Les patients s'y déshabillent chaque soir, pour se mettre en pyjama avant de rejoindre leur chambre, et s'y habillent le matin, pour revêtir une tenue de ville.



Les box de déshabillage

Une salle d'eau est placée dans chaque aile.

Des cabines de douche¹³, fermées par une porte jusqu'à mi-hauteur, sont alignées d'un même côté. Aucune patère ne permet de suspendre les vêtements : « *il faut les placer à cheval sur la porte* ».

Des lavabos équipés d'une robinetterie ancienne sont placés en vis-à-vis, de part et d'autre d'un muret central.

Sur le côté opposé aux douches, des tablettes avec des miroirs servent au rasage.

Dans un espace clos sur trois côtés par une cloison et sur l'avant par un rideau, une baignoire hors d'âge est manifestement peu (ou pas) utilisée. Des traces de rouille sont visibles sur l'émail de certaines.

Cet endroit, sinistre, évoque les pensionnats des temps anciens.



Une salle d'eau de l'unité Moreau

4.1.3.2 Les personnels

Le personnel travaillant dans ces unités est le suivant :

	Unité Moreau		Unité Claude	
	Nombre	Observation	Nombre	Observation
Cadre de santé	1	/	1	/
Infirmier	22 (6 femmes et 16 hommes)	dont 1 à 80 % et 1 avec des décharges syndicales	22 (6 femmes et 16 hommes)	dont 2 à 80 %
Aide-soignant	4 (2 femmes et 2 hommes)	/	4 (2 femmes et 2 hommes)	/
Agent des services hospitaliers	3 (2 femmes et 1 homme)	/	2 (femmes)	dont 1 à 80 %

Le service est assuré :

¹³ A l'unité Moreau, une douche était hors service depuis « quelque temps ». La demande de réparations, déjà faite, a été relancée à l'occasion de la visite.

- de 6h45 à 14h30 par quatre infirmiers et un aide-soignant ;
- de 13h30 à 21h15 par quatre infirmiers et un aide-soignant ;
- de 21h à 7h par deux infirmiers.

Il a été indiqué que le taux de renouvellement des agents était peu important. Aucun absentéisme excessif n'a été signalé.

Dans chaque unité, quatre soignants ne travaillent que de nuit. Ils assurent ce service durant trois ans et doivent ensuite rejoindre l'équipe de jour. Des professionnels relevant de l'équipe de jour complètent ponctuellement ces effectifs. Les équipes de nuit arrivent alors que les patients sont déjà dans leur chambre et quittent l'unité avant leur lever.

Les contrôleurs ont constaté, dans les deux unités, que les soignants étaient au contact des patients durant la journée et participaient avec eux à des activités.

4.1.3.3 Les patients

Chacune des deux unités comptait dix-neuf patients. Il a été indiqué qu'il s'agissait là d'une situation courante ; le nombre ne diminuant à dix-huit que durant de courtes durées, entre une sortie et une nouvelle arrivée.

Les plus âgés avaient 70 ans à l'unité Claude et 62 ans à l'unité Moreau alors que les plus jeunes avaient respectivement 25 ans et 29 ans.

Les patients présents à l'UMD depuis le plus longtemps étaient arrivés en novembre 2003 à l'unité Claude et en mars 2005 à l'unité Moreau.

4.1.3.4 Le fonctionnement

A l'arrivée, les patients sont placés en observation en chambre d'isolement et doivent alors systématiquement porter un pyjama. Cette période d'observation peut parfois durer plusieurs jours. Lors de la visite, un homme arrivé à l'unité Moreau le lundi 5 octobre y est resté au moins jusqu'au jeudi 8 octobre, jour du départ des contrôleurs. Lors de ses sorties, pour aller à la douche ou dans la salle de visite (pour y fumer à la fenêtre), il revêtait une robe de chambre. Il a également été amené dans la cour de l'unité afin de se familiariser progressivement avec les lieux, ainsi que pour tester ses réactions en présence des autres patients. Durant leur visite, les contrôleurs n'ont rencontré aucun autre patient en pyjama.

Les règles de vie sont remises à l'arrivée mais ne sont pas affichées dans les unités. Il s'agit d'un document succinct rappelant les horaires rythmant la vie quotidienne et fixant quelques règles de façon très générale. Il a été indiqué que les soignants expliquaient les règles de fonctionnement de l'unité aux arrivants.

La porte d'entrée de l'unité est fermée en permanence. Les patients sont accompagnés pour toute sortie, y compris dans l'enceinte de l'UMD. Ainsi, des ergothérapeutes viennent chercher les patients avant les séances et les raccompagnent après.

Durant la journée, les patients peuvent librement aller dans la cour mais l'accès aux chambres n'est pas possible (sauf au moment de la sieste). De nuit, les portes des chambres sont fermées à clef.

Les horaires de lever varient : 8h en semaine et 9h les week-ends et jours fériés à l'unité Moreau ; 7h30 en semaine et 8h 30 les week-ends et jours fériés à l'unité Claude. Le déjeuner est servi à 12h, un goûter à 16h30 et le dîner à 18h45. A 21h, les patients sont dans leur chambre mais peuvent écouter de la musique jusqu'à 23h, avec des écouteurs. Des activités et des entretiens

sont organisés le matin et l'après-midi. Une réunion « soignants-soignés » a lieu chaque mois, obligatoire pour les patients.

Les repas sont pris dans la salle à manger, la distribution est en self-service.

Le placement à table est libre mais les soignants s'assurent que la répartition ne soit pas source de conflit. Lors du dîner du mercredi 7 octobre 2015 à l'unité Moreau, auquel les contrôleurs ont assisté, les patients sont arrivés dans la salle à manger vers 19h et se sont librement installés à table, sans que les soignants n'interviennent.

Chaque convive dispose d'une assiette, de couverts (avec des couteaux ordinaires) en métal et des véritables verres. Rien n'est en plastique. En contrepartie, les couverts sont scrupuleusement comptés à chaque mouvement, avant la distribution et après.

Les patients se présentent, par table, à la banque de distribution des repas : dès que les quatre commensaux sont servis et ont regagné leur place, quatre autres se présentent. Ils peuvent aussi récupérer des produits qu'ils ont acheté à la cantine et qui sont conservés à l'office (dans un placard ou au réfrigérateur, selon la nature). Ainsi, plusieurs ont-ils pris un verre de Coca-Cola® pour accompagner le repas. La distribution est assez longue et les derniers servis attendent longtemps avant de pouvoir se présenter au comptoir.

Le 7 octobre, le dîner s'est déroulé dans le calme, les patients discutaient peu.

A la fin du repas, après restitution et comptage des couverts, chacun a débarrassé son assiette et son verre et est allé jeter les reliefs dans une poubelle. A chaque table, un patient a nettoyé l'emplacement et rangé les chaises.

Le matin, au lever, et le soir, avant le coucher, les patients peuvent accéder à la salle d'eau et prendre une douche. Ils y ont également accès après avoir fait du sport. Les produits d'hygiène, qu'ils peuvent acheter en cantine, sont conservés dans une armoire du bureau des infirmiers de l'étage : les rasoirs, les flacons d'eau de toilette... y sont rangés dans des casiers individuels.

Dès l'arrivée à l'unité, **un contrat de soins** est établi entre le médecin et le patient. Il évolue ensuite en fonction de la situation. Le médecin fixe alors les règles sur différents sujets : le port des vêtements personnels, les visites, le téléphone, la télévision, le tabac, les sorties.

Les contrôleurs ont pris connaissance des contrats de trente-cinq patients (dix-neuf de l'unité Moreau et seize de l'unité Claude). Toutes les rubriques étaient renseignées pour les patients de l'unité Moreau mais certaines (télévision, sorties) ne l'étaient pas toujours pour ceux de l'unité Claude.

Le patient arrivé le lundi 5 octobre, placé en chambre d'isolement durant la phase d'observation, n'avait accès ni à ses vêtements personnels, ni aux visites, ni au téléphone, ni à la télévision, ni aux sorties.

Les trente-cinq autres pouvaient porter leurs vêtements personnels et aucune restriction à l'accès à la télévision n'était mentionnée. Un seul n'avait pas droit aux visites ; pour les autres, des limitations étaient parfois fixées quant à la périodicité (souvent, une fois par mois) ou à la désignation des personnes autorisées (par exemple : « père ; mère, frère »). Tous avaient accès au téléphone, là encore avec généralement des limitations : par exemple, « une fois par mois en émission mais une fois par semaine en réception » ou « un appel par mois en émission mais réception libre ». Seuls trois patients de l'unité Claude pouvaient sortir dans le parc et en ville, accompagnés.

Ces règles tiennent compte des normes pénitentiaires relatives aux visites, au courrier et au téléphone lorsque des personnes détenues sont hospitalisées à l'UMD.

Les visites se déroulent dans une salle réservée à cet usage (*cf. supra*).

Les visiteurs doivent prévenir l'unité de leur venue 48 heures à l'avance. Si deux familles souhaitent venir le même jour, des créneaux horaires différents leurs sont proposés afin que chacune soit seule dans la pièce et que la confidentialité des rencontres soit respectée.

En règle générale, la première visite se tient en présence d'un soignant qui observe les comportements. Si elle se déroule dans de bonnes conditions, aucun soignant n'est présent lors des visites suivantes.

Les visites se déroulent normalement l'après-midi mais ne se prolongent pas au-delà de 18h30 pour que le patient respecte le rythme de l'unité, à l'approche du dîner. Des dérogations peuvent être accordées aux familles effectuant de longs déplacements : elles peuvent ainsi venir quelques heures le matin et revenir dans l'après-midi ; les proches peuvent aussi rester dans la salle de visites pour y déjeuner avec le patient. L'unité les aide pour l'organisation du séjour en leur indiquant les lieux d'hébergement possibles.

Lorsque des enfants accompagnent les visiteurs, la rencontre se passe à l'unité Ey qui bénéficie d'une pièce mieux aménagée, pour éviter que les jeunes soient sous le regard des patients.

L'accès à la télévision est libre mais la salle est fermée durant les repas. Contrairement à ce qui est parfois observé, les postes ne sont pas protégés par des caissons ; les téléviseurs sont normalement posés sur un socle. Les patients disposent de la télécommande et gèrent eux-mêmes le choix des chaînes, sans que cela ne pose de difficulté, sauf cas particuliers.

A 21h, la télévision est éteinte. Quelques dérogations peuvent être ponctuellement accordées pour permettre à ceux qui le demandent de regarder un important match de football ou de rugby ; tel devait être le cas le 8 octobre 2015 pour le match opposant l'équipe de France de football à celle d'Arménie. Le nombre des patients est alors limité à six et un infirmier est présent dans la salle.

L'utilisation d'un micro-ordinateur est possible pour ceux qui en possèdent un, comme l'ont constaté les contrôleurs. Le patient, alors installé dans la salle de visite, peut regarder des vidéos, écouter de la musique ou écrire, mais n'a pas accès à Internet.

Les relations sexuelles ne sont pas formellement interdites mais les soignants ont fait part de leur souci de préserver les plus faibles. Aucune distribution de préservatifs n'est mise en place. Ce sujet demeure peu abordé ; aux yeux de certains « les relations sexuelles, on n'en parle pas », ils pensent également que l'UMD « manque de réflexion institutionnelle à ce sujet ».

Les activités proposées aux patients sont variées.

Hormis un homme en période d'observation et un autre qui refuse d'aller à l'ergothérapie¹⁴, tous sont inscrits à plusieurs activités ; certains en ont une chaque jour ouvrable.

Des activités sont également organisées au sein des unités. Un atelier « vidéo », du jardinage, de la peinture, de la pétanque, des jeux de société, des groupes de paroles sur des sujets d'actualité... sont ainsi proposés. Des ateliers de pâtisserie et de cuisine sont mis en place le week-end.

¹⁴ Ce qu'il a confirmé aux contrôleurs.

Durant leur visite, les contrôleurs ont observé que les patients étaient occupés et que la télévision ne constituait pas l'unique distraction.

Les soins

Les psychiatres passent plusieurs fois par semaine dans les unités mais chacun d'eux doit faire face à des charges multiples, intervenant dans deux unités tout en ayant aussi en charge l'ergothérapie ou les ECT et en assurant les gardes au sein de l'hôpital. Ils reçoivent très régulièrement les patients au début de l'hospitalisation et les entretiens peuvent s'espacer ensuite à raison d'un ou deux par mois.

Les patients rencontrés ont partagé leur sentiment que, bien que le cadre de l'UMD soit très strict, ils se sentaient mieux traités que dans leur hôpital d'origine. Néanmoins, certains aspects de la prise en charge leur apparaissaient n'être pas strictement nécessaires. A titre d'exemple, deux personnes parlant en créole à table se seraient faites interdire d'utiliser une autre langue que le français. De la même manière, certains placements en chambre d'isolement ne leur apparaissaient pas justifiés (voir *infra* « l'isolement »).

4.2 La restauration

Tout comme en 2011, les plats sont cuisinés à l'hôpital central et servis selon le principe de la liaison froide. Les régimes sont suivis par une diététicienne. Aucun changement particulier n'est à signaler et aucune plainte n'a été entendue à ce sujet. L'ambiance des repas diffère selon les unités. Dans certaines, les repas se déroulent dans une ambiance quasi-militaire, dans le silence. Des personnels soignants se tiennent debout à plusieurs endroits de la salle pour observer le comportement des patients, notamment pour prévenir de potentielles agressions. Hormis à Clérambault où les couverts et assiettes sont en plastique, la vaisselle est « normale », aucun ustensile en plastique n'est utilisé. Les couverts distribués sont minutieusement recomptés après les repas.

Aux unités Ey et Minkowski, les repas peuvent être pris dans la cour lorsque le temps le permet.

4.3 Les vêtements, objets personnels et le linge

Le linge de corps des patients des quatre unités Ey, Minkowski, Moreau et Claude est lavé et entretenu par une lingère qui dispose d'un atelier situé à l'étage administratif.

Les vêtements portés par les patients sont les leurs. À la fin de la période d'observation en chambre d'isolement, le patient se rend, accompagné d'un soignant, à la lingerie avec ses affaires personnelles et un inventaire complet des vêtements est effectué. Ils sont étiquetés et, si besoin, lavés. Des vêtements de l'hôpital peuvent être prêtés durant cette période transitoire, si nécessaire.

La lingère effectue un inventaire des effets du patient, inventaire signé par ce dernier dans la mesure du possible, ainsi que par la lingère et le soignant. La feuille d'inventaire est laissée dans la valise du patient.

Le patient, aidé par la lingère, détermine le linge qu'il convient de laisser dans le trousseau qui sera conservé à l'unité ; six jeux de vêtements sont autorisés pour permettre à chacun de se changer régulièrement. Les affaires excédentaires sont conservées à la lingerie ; en cours de séjour, les patients peuvent venir prendre des habits qui leur manquent ou mieux adaptés à la saison. Certains viennent également chercher du linge plus habillé pour les sorties thérapeutiques.

L'infirmier décide des objets que le patient peut garder par devers lui et le reste des affaires est conservé dans les bagages entreposés dans une salle attenante à la lingerie.

Les téléphones portables et ordinateurs restent à la lingerie mais les patients peuvent venir les consulter, notamment pour relever des numéros de téléphone, ce qui est rare.

La lingère marque le linge, éventuellement le répare, et lave le linge qui est sale à l'arrivée.

Si les effets dont dispose le patient sont insuffisants, des vêtements peuvent lui être fournis grâce au stock de la « boutique solidaire » constituée au sein de l'établissement. Les habits sont alors marqués à son nom et deviennent ses affaires personnelles.

L'entretien du linge est assuré gratuitement par la blanchisserie du centre hospitalier à l'exception du linge de corps qui est entretenu par la lingère. Une fois par semaine, les filets avec les effets sales sont ramassés. Les unités ne disposent pas de machines à laver et les patients ne sont pas associés à l'entretien de leurs vêtements. Il a été précisé que les pièces délicates, qui nécessitent un nettoyage particulier, sont confiées à un pressing de la ville, à titre payant.

L'opération inverse d'inventaire est réalisée lors de la sortie du patient. L'ensemble de ses affaires est alors rapporté dans l'unité avant le départ.

4.4 L'hygiène

Des produits d'hygiène peuvent être fournis aux patients, notamment des rasoirs électriques.

Toutes les chambres et les locaux collectifs sont nettoyés chaque jour.

4.5 Les activités

4.5.1 Au plan central

4.5.1.1 L'ergothérapie

L'unité d'ergothérapie dispose de locaux spécifiques, vétustes mais spacieux, répartis sur deux étages. L'équipe est constituée d'une cadre de santé (0,3 ETP), de trois ergothérapeutes (2,6 ETP), d'une psychomotricienne, d'un art-thérapeute, d'un éducateur spécialisé, d'un infirmier, d'un animateur sportif.

Les activités proposées (art-thérapie, poterie, psychomotricité, jardinage, éveil, cuir, stimulation cognitive, musicothérapie, nature et bois, sport et atelier prévention des maladies cardio-vasculaires) se déroulent chaque jour du lundi au vendredi. Le vendredi matin est consacré à la cafétéria et aux remises des cantines.

L'accès aux activités se fait uniquement sur prescription médicale et ne débute qu'après quatre semaines d'observation des patients. Une feuille spécifique de prescription d'activités est utilisée ; nominative, datée et signée du médecin, elle décline la problématique du patient, les objectifs de soin, les consignes particulières, l'accès ou non aux outils, les indications médicales. Les activités sont présentées au sein d'un petit livret remis aux patients. Après choix par le patient, une validation est effectuée en équipe polyvalente médico-soignante. Cinq activités maximum par semaine sont acceptées par patient.

A ces activités régulières s'ajoutent des activités « évènementielles » ; olympiades, fête de la musique, semaine du goût, goûter de Noël, cirque, crêpes...

Chaque unité à un référent dans l'équipe ergothérapie ; il participe aux réunions d'unité.

Les activités peuvent se dérouler au sein des unités ou dans les locaux dédiés à l'ergothérapie. Dans ce cas, les animateurs vont chercher les patients dans leur unité d'hébergement et les accompagnent jusqu'à l'unité d'ergothérapie.

Les animateurs ne portent pas de blouse.

Une réunion hebdomadaire d'évaluation est organisée et donne lieu à un compte rendu pour chaque patient dans le logiciel partagé Crystalnet.

Les contrôleurs ont pu consulter les plannings d'activité des patients pour la semaine en cours :

Unités	Ey	Claude	Minkowski	Moreau	Clérambault
Patients présents	19	19	17	19	10
Nombre de patients pris en ergothérapie	22	13	13	18	2
Nbre de séances	61	49	36	70	7

4.5.1.2 Le sport

Intégrée à l'ergothérapie, sous la responsabilité d'un animateur sportif, cette activité peut se dérouler en extérieur, mais se tient essentiellement dans une salle de sport aménagée au premier étage du bâtiment principal ; elle dispose de divers équipements adaptés au renforcement musculaire et à la prévention du risque cardio-vasculaire (ballons, filet de volley, tennis de table, vélos d'intérieur...). Un vestiaire avec des vêtements de sport est à disposition dans une petite salle attenante.

4.5.1.3 Les sorties thérapeutiques

Des sorties de moins de 12 heures accompagnées sont régulièrement organisées. Elles se déroulent en ville à Cadillac, à Langon ou même à Bordeaux, pour aller au restaurant, visiter un musée ou acheter des vêtements, mais aussi au bord de l'océan.

Chacune des quatre unités disposait, pour 2015, d'un budget « thérapeutique » de 1 300 euros pour le fonctionnement des activités et pour les sorties.

Chaque patient en sortie est accompagné par deux soignants ; ce qui nécessite un effectif plus important ce jour-là. Des infirmiers ont indiqué que ces sorties permettaient d'observer le comportement des patients en dehors de l'unité et que cela constituait des moments privilégiés.

A l'unité Moreau, une sortie avait été organisée en juillet, quatre en août, cinq en septembre et cinq étaient programmées pour octobre.

A l'unité Claude, trois à quatre sorties sont prévues chaque mois. En septembre, deux avaient été effectuées et deux autres étaient envisagées en octobre.

À Minkowski, deux sorties thérapeutiques sont organisées chaque mois dont certaines avec la famille du patient.

4.5.2 La cafétéria

Tout comme lors de la visite de 2011, la cafétéria n'est ouverte que les après-midi, au cours desquelles les patients de chaque unité – un jour par unité – se rendent pour une durée d'environ trente à quarante-cinq minutes, unité par unité. Elle est fermée pendant le weekend. Les horaires d'ouverture sont estimés insuffisants par les patients et les personnels soignants.

En 2014, ont été enregistrés 2 228 passages à la cafétéria ; ce qui représente une baisse de fréquentation par rapport aux années précédentes : 4 244 en 2009, 3 406 en 2012, et 3 536 en 2013. Les unités Claude et Moreau sont les plus représentées à la cafétéria avec 500 et 601 passages, Minkowski et l'USIP sont derrière avec 236 et 226 passages ; quant à Clérambault, elle n'a généré que 178 passages en 2014.



La cafétéria

A la cafétéria, les patients peuvent acheter quelques friandises et boissons sur place, et y récupérer leur « cantine » (voir § 4.5.3). Les patients y ont des comptes et ne payent pas en espèces.

4.5.3 Le point de vente

Le point de vente fonctionne de la même manière qu'en 2011, avec un système permettant aux patients de commander leur « cantine », des produits venant du supermarché, ainsi que le tabac. Les produits sont entreposés dans des casiers au nom des patients, situés dans la cafétéria.



La « cantine »

Les courses sont effectuées en milieu de semaine et les cantines récupérées par les patients à la cafétéria le vendredi. Les patients de l'unité Clérambault se font livrer leurs produits au sein de l'unité.

4.6 La communication avec l'extérieur

4.6.1 Le courrier

Les patients peuvent acheter papier, enveloppes et timbres par l'intermédiaire de la cafétéria. Les courriers expédiés sont mis dans une boîte aux lettres dans chaque unité. Le courrier relevé est donné au secrétariat de l'UMD ou est récupéré par le vaguemestre de l'hôpital.

Les patients écrivent librement, aidés s'ils le souhaitent par un soignant. Le premier courrier est envoyé gratuitement.

Les courriers reçus ne font l'objet d'aucun contrôle avant d'être distribués aux patients. Il peut arriver que des substances illicites soient envoyées par courrier. Si l'équipe soignante a un doute sur le contenu d'un pli, elle le fait ouvrir devant elle par le destinataire. De même, en principe, les colis reçus ne sont pas ouverts sauf ceux expédiés par les familles que le patient doit ouvrir en présence d'un soignant.

Le courrier des patients détenus transite par l'administration pénitentiaire.

4.6.2 Le téléphone

Des cabines téléphoniques sont installées dans toutes les unités à l'exception de Claude où un poste est installé dans un couloir, ne permettant aucune confidentialité des conversations, et de Clérambault.

Les patients peuvent recevoir dans les cabines – sur le poste à l'unité Moreau - les communications de leurs proches ; le poste de soins composant les numéros d'appel ou passant

les communications. Le nombre d'appels passés autorisés et les personnes avec lesquelles il est possible de communiquer font partie du contrat de soins ; de façon générale, les patients sont autorisés à passer un appel par quinzaine mais il a été constaté que cette règle était assouplie en cas de circonstance exceptionnelle.

En principe, le nombre d'appels reçus n'est pas limité, sauf « si la fréquence est envahissante ».

Aucun patient n'est autorisé à conserver son téléphone portable personnel, motif allégué qu'il serait possible de filmer et photographier ; les téléphones portables dépourvus de dispositif photographique ne sont pas pour autant autorisés ; il a été indiqué que cette question ne faisait pas débat en équipe. Selon les informations recueillies auprès des médecins, il n'y aurait pas de demande de conservation de téléphone personnel. Pourtant, des patients se sont plaints de ne pas pouvoir accéder à leur téléphone.

Les patients détenus peuvent téléphoner ou recevoir des communications selon les autorisations accordées en détention.

4.6.3 L'informatique et l'accès à Internet

Hormis ceux de l'unité Clérambault, les patients peuvent, en principe, détenir un ordinateur personnel. Ils ne disposent pas de connexion internet, sauf à l'unité d'ergothérapie. Les patients sont également autorisés à conserver les netbooks.

Un ordinateur portable est mis à la disposition des patients de l'unité Clérambault qui l'utilisent pour des jeux.

4.6.4 Le droit de vote

La possibilité de voter est proposée à chaque élection. Les personnes qui sont inscrites sur les listes électorales de Cadillac sont conduites au bureau de vote dans le cadre d'une sortie.

4.6.5 L'exercice du culte

Une messe est célébrée régulièrement à l'unité Moreau.

L'UMD dispose d'une liste des personnes à contacter pour chaque religion.

Il est arrivé que des patients manifestent le souhait de rencontrer des aumôniers. Quelques demandes ont été adressées à l'aumônier catholique qui s'est déplacé. Deux personnes ont demandé à rencontrer l'aumônier musulman mais celui-ci n'est pas venu.

4.6.6 Les relations sexuelles

Selon les informations recueillies, l'UMD n'est pas confrontée à l'hypothèse de relations sexuelles : « 95 % des patients vivant seuls avant leur hospitalisation, la question de la possibilité de relations avec un conjoint est sans objet » ; de plus « les relations sexuelles avec les visiteurs sont impossibles ». Ni les documents portant « règles de vie » des unités ni le livret d'accueil de l'UMD en cours de finalisation n'abordent la question.

Néanmoins, à l'échelle de l'établissement, un groupe de travail réfléchit à la question.

Il a été indiqué que les soignants sont surtout attentifs à ce qu'il n'y ait pas d'abus entre patients.

4.7 L'accès au tabac

Les règles d'accès au tabac sont identiques dans toutes les unités.

Les conditions d'accès au tabac font partie du contrat de soins et peuvent également être fonction du budget du patient. Le tabac est fourni par les familles ou commandé à la cantine.

En phase d'admission, quatre cigarettes sont autorisées par jour, puis le contrat s'élargit avec un maximum de douze cigarettes. Certains patients reçoivent une cigarette par heure, distribuée par les soignants qui conservent dans le poste le tabac de chaque patient. Pour les plus autonomes, un maximum de six cigarettes est distribué par demi-journée.

Les patients ne conservent pas de briquet : les cigarettes sont allumées par les soignants. Dans certaines unités, un briquet est accroché à l'entrée de la cour, seul lieu où il est autorisé de fumer.

Le sevrage du tabac est encouragé et des patches sont proposés.

Le budget thérapeutique (cf. *infra*) permet aussi de « *dépanner des personnes sans ressources* ». Un stock de tabac est conservé pour les personnes dépourvues de ressources qui remboursent lorsqu'elles perçoivent de l'argent.

Les soignants, qui disposent d'une feuille sur laquelle sont mentionnés les rythmes de distribution, assurent un suivi attentif de chaque distribution.

Les contrôleurs ont noté que le patient placé en chambre d'isolement à l'unité Moreau durant la période d'observation allait fumer à la fenêtre de la salle de visite car il ne pouvait pas se rendre dans la cour. Comme à chaque sortie de la chambre d'isolement, il portait une robe de chambre.

4.8 L'argent des patients

Depuis 2013, il a été prévu que les patients placés sous mesure de protection assurée par un mandataire judiciaire de droit privé n'auraient plus de compte au trésor public, comme cela était le cas auparavant. Pour remplacer cette possibilité de gestion directe de leurs biens placés sur ce compte, une régie de dépôt a été mise en place pour leur permettre de déposer des espèces ou une carte bancaire, et de disposer de leur argent pendant leur hospitalisation.

Les personnes qui sont sous tutelle non publique doivent se faire ouvrir un compte par leur tuteur au sein du supermarché ; ce qui concerne une cinquantaine de patients. Un numéro de compte et une carte magnétique sont affectés à chaque patient, et les achats sont facturés aux tuteurs à la fin du mois.

Ces dispositions compliquent les achats par la cafétéria ainsi que l'organisation des sorties thérapeutiques ; pour les dépenses occasionnées lors de ces dernières, il faut anticiper suffisamment longtemps à l'avance pour effectuer ou faire effectuer un retrait d'espèces, selon que la carte de retrait est déposée à la régie de dépôt ou à la Trésorerie publique (cas des personnes qui ne sont pas sous protection judiciaire) ; à défaut de carte, il faut prévenir le tuteur qui doit envoyer un mandat cash.

Ces difficultés pèsent tout autant pour l'acquisition du tabac, dont la tâche n'incombe à personne mais qui, faute d'être acheté, méconnaît la liberté du patient de fumer.

Dans sa réponse du 18 juillet 2016, le directeur indique que « Une organisation est mise en place et mise en œuvre par les agents de la cafétéria sous la responsabilité du régisseur ».

Pour les personnes sans ressources, 2 600 euros sont alloués chaque année à l'achat de produits d'hygiène de secours. Par ailleurs, une aide de secours peut être débloquée avec le concours des assistants sociaux. Des aides remboursables sont également possibles, selon les situations individuelles.

5 LES SOINS

5.1 Les soins psychiatriques

Sans avoir mené d'étude exhaustive sur la base des dossiers médicaux des patients, les contrôleurs ont constaté les éléments suivants, résultant d'entretiens réalisés avec différents interlocuteurs :

- les patients trouvent leur traitement médicamenteux plus adapté à leur état une fois hospitalisé à l'UMD que dans l'établissement d'origine. Les traitements ou les doses administrés seraient moins forts que dans les hôpitaux dont ils provenaient et ils se sentent souvent moins « sédatés » ;
- la disponibilité des psychiatres a été soulignée par plusieurs patients ; ce qui n'est souvent pas le cas dans d'autres structures similaires. Des entretiens ont lieu régulièrement, mais les médecins sont également accessibles sur demande du patient ;
- les entretiens psychiatriques ont systématiquement lieu en présence d'un infirmier, dans le but de créer une alliance thérapeutique. Néanmoins, plusieurs patients ont rapporté ne pas se sentir toujours à l'aise de parler en présence d'un infirmier et souhaiteraient de temps en temps pouvoir s'entretenir seul avec le psychiatre afin de pouvoir exprimer certaines choses. D'après les propos recueillis, ce n'est pas envisagé en l'état actuel du projet médical.

5.2 Les soins somatiques

Comme en 2011, les soins somatiques sont dispensés par un médecin employé à temps plein par l'hôpital. Il se rend aux unités Clérambault et Minkowski le lundi après-midi, aux unités Claude et Clérambault le mardi matin, et aux unités Ey et Moreau le vendredi après-midi. Il peut se déplacer également à la demande en dehors de ces créneaux horaires. En raison d'autres engagements, il est parfois absent pendant plusieurs semaines. Depuis 2011, un autre médecin intervient à l'UMD pour assurer la continuité des soins en cas d'absence de son collègue, mais il n'est fait appel à lui qu'en cas d'urgence.

Un cahier de liaison permet aux autres soignants de lui signaler les patients à voir.

Les nouveaux arrivants sont vus au maximum dans la semaine, et les examens prescrits restent inchangés¹⁵. Lors d'examens à l'hôpital ou dans des cabinets en ville, un infirmier accompagne toujours le patient.

¹⁵ « Un examen biologique à la recherche d'un syndrome métabolique, un électrocardiogramme, une proposition de dépistage des maladies virales ; celles-ci ne seront faites qu'avec l'accord du patient. Il n'y a pas de dépistage systématique de la tuberculose à l'arrivée. La diététicienne, sur prescription médicale d'un régime, peut rencontrer les patients » (source : rapport du CGLPL de 2011).

D'après les propos recueillis auprès de différents interlocuteurs, le temps somatique est insuffisant pour couvrir tous les besoins.

5.3 La dispensation des médicaments

Les prescriptions de médicaments sont informatisées.

La dispensation des médicaments est opérée à 8h30, 12h et 18h dans le poste de soins (Ey) ou dans un bureau d'entretien (Minkovski), les patients attendant par file devant le local de chaque unité ; la distribution est tracée dans le logiciel. Le soir, vers 22h, une distribution a lieu en chambre.

Dans les unités Claude et Moreau, les médicaments sont distribués avant le repas de midi dans la salle de restauration. Le chariot est positionné dans l'encadrement d'une porte et les patients se succèdent un par un.

Dans l'après-midi, ils sont distribués dans le cabinet médical, où les patients se déplacent également un par un.

6 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

6.1 La procédure d'isolement

L'UMD dispose d'un protocole commun à l'ensemble des unités dont la dernière version date de septembre 2012 et qui s'intitule *Mise en chambre d'isolement et contention en MCI*. Ce protocole :

- définit le temps d'isolement comme une mesure thérapeutique, consistant en la mise en chambre individuelle fermée à clé ;
- précise que la mise en isolement nécessite une prescription médicale sur une fiche de prescription type, pour une durée maximale de 24 heures au-delà de laquelle la prescription devra être renouvelée ;
- précise qu'en cas d'urgence elle peut être décidée par un infirmier et confirmée dans l'heure qui suit par un médecin ;
- liste les indications et les contre-indications somatiques qui doivent être préalablement évaluées ;
- définit le programme de surveillance psychique, biologique et somatique ;
- comporte une feuille de surveillance type et les textes de référence ;
- précise que le patient doit recevoir une information sur les raisons et modalités de mise en œuvre de l'isolement ;
- précise également qu'une attention toute particulière doit être apportée à l'alimentation et à l'hydratation du patient et que l'hygiène doit être assurée durant toute cette phase de soin.

6.2 Les chambres d'isolement

Chaque unité, sauf Clérambault, dispose de deux chambres d'isolement de qualité et d'entretien très inégal selon les unités ;

- aux unités Ey et Minkowski les chambres d'isolement, d'une superficie de 11 m², sont placées en début et de part et d'autre du couloir de la zone nuit. En bon état, elles disposent d'un lit fixé au sol, un WC est suspendu au mur.



Chambre d'isolement de l'unité Ey

- aux unités Moreau et Claude Deux chambres d'isolement, climatisées contrairement aux autres chambres, sont installées au rez-de-chaussée. Ces pièces ne sont pas dotées de moyen d'appel.

L'une, équipée d'un lit et d'un tabouret scellés au sol et d'une tablette scellée au mur, est précédée d'un petit sas d'entrée dans lequel est placé, d'un côté, un WC alors que, de l'autre côté, l'accès au lavabo est condamné par une porte fermée.

L'autre chambre est équipée d'un lit scellé au sol et d'une tablette fixée au mur. A l'unité Moreau, le WC est séparé du lit par un muret alors qu'il est totalement cloisonné à l'unité Claude. Le lavabo est dépourvu de robinet.

A l'unité Moreau, une pièce, située à proximité de ces deux chambres et équipée d'une douche est réservée aux patients placés en isolement ; récemment rénovée, elle est en parfait état. Une telle installation n'existe pas à l'unité Claude.

Dans une des chambres de l'unité Claude, des volets roulants électriques ont été mis en place. Dans les deux unités, c'est le seul endroit qui en bénéficie. Selon les informations recueillies, il s'agissait de tester ce fonctionnement avant d'en munir les différentes fenêtres.

Lors de la visite, les lits des chambres inoccupées étaient dotés de draps et couvertures et des sangles de contention étaient pré-positionnées.



Le lit d'une chambre d'isolement avec les sangles de contention

A l'unité Moreau, une chambre d'apaisement, uniquement meublée d'un lit non scellé au sol, peut servir en journée durant une très brève durée pour un patient ayant besoin de s'isoler du groupe. La deuxième chambre d'apaisement, qui existait lors de la précédente visite, a été transformée en bureau.

Au premier étage de l'unité Claude, deux chambres d'isolement sont équipées d'un lit, d'un tabouret scellé au sol et d'une tablette scellée au mur et, dans le sas d'entrée, d'un WC et d'un lavabo.

- pour l'unité Clérambault, les isolements s'effectuent directement dans les chambres d'hébergement.

6.3 Le recours à la contention

Le protocole évoqué supra (Cf. § 6.1), précise que le recours à la contention physique ne peut se faire que sur prescription médicale spécifique indiquant les modalités de contention.

Les modalités, notamment la fréquence des examens de surveillance, sont indiquées sur la fiche de prescription et suivies sur la feuille de surveillance.

Il a été indiqué que le recours à la contention était rare et de courte durée, estimée comme telle inférieure à 24 heures ; aucun chiffre n'a pu être communiqué.

À l'unité Clérambault, tous les lits sont munis de matériel de contention ; il est utilisé sur prescription médicale. Il a été indiqué que leur utilisation était limitée « à la durée de la crise, sauf si le patient est sécurisé par la contention ».

6.4 La traçabilité

La traçabilité était assurée jusqu'à peu uniquement par les feuilles de prescription et de surveillance mises aux dossiers des patients. La semaine précédant la visite inopinée des contrôleurs, des classeurs de suivi des mesures d'isolement et de contention ont été mis en place dans chaque unité. Les contrôleurs ont pu en constater la présence. Leur analyse n'a pas été possible compte tenu de leur récente existence (moins de huit jours).

6.5 L'analyse des pratiques

Sur la fréquence et la durée des mises en isolement ou en contention, l'absence de recueil centralisé ne permet pas d'analyser l'aspect qualitatif des pratiques. Seul un recueil dans le

programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) donne quelques éléments quantitatifs des mises en isolement pour l'année 2014 et le premier semestre 2015.

	2014	% patient *	1 ^{er} trimestre 2015	% patient	2 ^{ème} trimestre 2015	% patient
Nbre de jours isolement statut SDRE total UMD	1071		315		495	
Nbre de jours isolement des patients statut 122-1 à l'UMD	69		4		0	
Nbre de jours isolement des patients statut D398 à l'UMD	71		21		8	
Nbre de patients SDRE passés en isolement à l'UMD	67	53%	44	43%	42	44%
Nbre de patients statut 122-1 passés en isolement à l'UMD	9	7%	3	3%	0	
Nbre de patients statut D398 passés en isolement à l'UMD	8	6%	4	4%	2	2%
Nbre de jours isolement statut SDRE total USIP	560		79		180	
Nbre de jours isolement des patients statut SDT à l'USIP	269		23		89	
Nbre de patients statut SDRE passés en isolement à l'USIP	30	56%	10	71%	21	68%
Nbre de patients statut SDT passés en isolement à l'UMD	11	20%	2	14%	6	19%

*patients hospitalisés dans l'unité

Tous les patients arrivants sont, quelle que soit l'unité, mis en pyjama et placés à l'isolement. Cette mesure n'est pas systématique pour les patients transférés de l'USIP ou d'une autre UMD. La durée de cet isolement semble varier «*de 24 heures à cinq jours maximum*» selon les unités et le comportement du patient. Le premier jour de mise en isolement lors de l'arrivée, les repas sont pris dans la chambre. Selon le comportement du patient, des périodes d'ouverture de porte en journée sont possibles, notamment pour leur permettre de fumer.

Selon les propos recueillis, les prescriptions « si besoin » seraient fonction des médecins et de l'objet de la prescription ; certains, par exemple, en usent pour la contention mais jamais pour l'isolement.

L'unité Ey disposait pour tous ses patients d'une prescription « si besoin ». Lors de la visite des contrôleurs, trois personnes étaient isolées depuis au moins quinze jours dans leur chambre. Deux pouvaient sortir 2 h 15 minutes par jour, le troisième 15 minutes après chaque repas. Le registre de mise à l'isolement ne permet pas de savoir où a été réalisé l'isolement : chambre du patient ou chambre d'isolement.

Il a été également précisé, à l'unité Ey, que, lorsqu'un patient « montait en pression », il était reçu par l'équipe d'infirmiers ; qu'il pouvait également, s'il ne se « sentait pas bien », lui être proposé de rejoindre sa chambre où il était donc enfermé. Si la tension était plus forte, il était fait appel au médecin et éventuellement un traitement « si besoin » était administré.

Il a été indiqué à l'unité Moreau que le recours à l'isolement est peu fréquent, et sa durée brève (moins de 24 heures) et que les mises sous contentions sont encore plus rares. Un registre a été ouvert peu avant la venue des contrôleurs, après avoir été expérimenté, son caractère récent ne permet pas de vérifier cette fréquence. Il est certains, toutefois, que tous les arrivants sont placés en chambre d'isolement pour une période d'observation dont la durée peut varier selon l'état du patient.

Deux personnes avaient été placées à l'isolement à l'unité Moreau le 2 octobre 2015 de 13h45 au lendemain à 9h45 pour l'un et jusqu'à à 13h45 pour l'autre. Une bagarre entre les deux avait justifié cette mesure. Selon le registre, chacun a bénéficié de quatre sorties de la chambre d'une durée de 15 minutes et d'une douche.

Ainsi, il a été rapporté par différents interlocuteurs que l'isolement était parfois utilisé comme réponse à des actes transgressifs du règlement, sans que l'aspect thérapeutique de la mesure ne semble en être la cause. Par exemple, un patient qui serait surpris en train de donner une cigarette à un autre pourrait être placé en chambre d'isolement pendant quelques heures. La même mesure pourrait être mise en œuvre pour une personne tentant de s'évader de l'unité depuis l'espace extérieur.

Un homme, arrivé le 5 octobre 2015 à 12h30, s'y trouvait toujours le jeudi 8 octobre. Durant cette période, il a pu sortir de la chambre durant une heure le matin et une heure l'après-midi le mardi et durant une heure le matin et deux heures l'après-midi, le mercredi. Il prenait ses repas dans la chambre, avec des couverts en plastique mais les aliments étaient prédécoupés. Pour fumer, il allait dans la salle de visite (le « parloir ») et se mettait à la fenêtre.

Des échanges réalisés avec plusieurs soignants, il n'apparaît pas, à leur niveau, qu'il existe une réflexion structurée sur les pratiques de l'isolement. Il a été indiqué aux contrôleurs que :

- « on a toujours fait comme cela.. » ;
- « la mise en pyjama a une valeur symbolique pour montrer la fonction contenante de l'institution.. ».

Il a également été indiqué aux contrôleurs que « la mise à l'isolement est aussi effectuée à titre punitif pour les patients ayant transgressé la règle. C'est un rappel du respect de la règle... »

7 LA COMMISSION DE SUIVI MEDICAL

La commission prévue à l'article R.3222-4 du code de santé publique examine tous les six mois, ainsi que le prévoit l'article R.3222-5 du même code le dossier de chaque patient ; une fois par an, deux membres de la commission se rendent dans l'unité où est hospitalisé le patient pour s'entretenir avec lui, hors de toute autre présence ; à cette occasion, ils rencontrent également les soignants qui prennent en charge ce patient. D'une année sur l'autre, il est fait en sorte que ce ne soit pas les mêmes membres de la commission qui rencontrent le patient. De même, pour l'examen semestriel, la « paire d'examineur » du dossier d'un patient est changée.

Pour les examens systématiques des dossiers, la présentation à la commission en est faite par le psychiatre référent ou l'interne de l'unité.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, l'UMD connaissant moins de demandes d'admission, le transfert des patients présents ou leur retour dans l'établissement d'origine est moins impératif.

8 L'HOSPITALISATION DES PATIENTS DETENUS

Les patients détenus sont hospitalisés avec les autres patients et selon les mêmes règles, hormis celles qui peuvent prévaloir pour les prévenus concernant les visites et les appels téléphoniques. Certains patients détenus, minoritaires, viennent directement de détention. Les autres sont passés par une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ou une unité de psychiatrie.

Il a toutefois été remarqué, dans une unité, qu'une partie du personnel infirmier ignorait que le maintien des liens familiaux n'était pas proscrit par principe du seul fait du statut de détenu d'un patient. Ainsi, un patient détenu n'avait pas pu avoir de contact avec sa famille alors qu'il avait l'autorisation de lui téléphoner dans son établissement pénitentiaire d'origine.

En cas de besoin d'hospitalisation pour des soins somatiques, ces patients sont transférés dans une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ou à l'hôpital de Langon sous garde statique.

Les personnes détenues susceptibles de percevoir l'aide aux personnes dépourvues de ressources peuvent faire valoir leur situation une fois à l'UMD. C'est l'assistante sociale qui fait le lien entre elles et le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de l'établissement pénitentiaire. Elles doivent faire une demande écrite pour que leur argent soit transféré depuis leur compte nominatif à l'hôpital.

Les patients détenus ne bénéficient pas de sorties thérapeutiques.

Une convention passée avec les visiteurs de prison et les visiteurs hospitaliers permet des visites bimensuelles.

La grande majorité des patients détenus rencontrés ont paru satisfaits du régime prévalant à l'UMD et redoutaient de devoir retourner en détention. L'ambiance, les soins et le nombre d'activités proposées semblaient faire la différence. La principale critique entendue concernait l'accès au tabac, plus restreint que dans les établissements pénitentiaires.

9 AMBIANCE GENERALE

La vie de l'établissement, au moment de la visite, restait marquée par un certain nombre d'événements : l'agression violente d'une infirmière par un patient lors du dîner du 31 décembre 2013 a été l'occasion d'une cristallisation des tensions, manifestation sous-jacente depuis longtemps ; il s'en est suivi un mouvement social important qui a empêché le maintien à son poste du chef de pôle, présent depuis 1986, qui avait engagé des modifications profondes dans la prise en charge des patients. Ce dernier a dû démissionner de ses fonctions et se trouve en arrêt maladie de longue durée ; il a été remplacé par l'un des psychiatres de l'UMD.

Le CGLPL n'a évidemment pas compétence pour apprécier les responsabilités respectives dans ce conflit, mais il constate que ces événements restent très présents dans les discours entendus et qu'ils ont manifestement conduit à modifier des pratiques en réponse à un besoin de plus grande sécurité dans l'établissement.