



Rapport de visite :

1^{er} au 9 décembre 2016 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier

Sainte-Marie Le

Puy-en-Velay

(Haute-Loire)

SYNTHESE

Rattaché à l'association hospitalière Sainte-Marie, qui gère trente établissements dont cinq hôpitaux psychiatriques, le centre hospitalier Sainte-Marie (CHSM) est l'unique hôpital psychiatrique du département.

Cet établissement ancien, construit à flanc d'une colline abrupte, comporte douze unités d'hospitalisation à temps complet (huit pour adultes, trois pour personnes âgées et une pour enfants) souvent en étages et disposant de peu ou pas d'espace extérieur sécurisé.

La plupart des unités sont fermées, alors que certaines reçoivent plus de la moitié de patients en soins libres ; ainsi, 71 % des patients admis en soins libres sont dans des unités fermées.

L'unité Saint-Gabriel admet principalement des adolescents et de jeunes adultes, garçons ou filles de 16 à 25 ans, porteurs d'un trouble envahissant du développement avec troubles graves du comportement et déficit majeur d'autonomie, des patients souffrant de pathologies sévères de l'enfance ou de l'âge adulte, tous âges confondus. Les contrôleurs ont constaté que, dans cette unité désertée par le personnel soignant, les patients étaient en difficulté et les locaux dégradés et manifestement sous-entretenus.

L'organisation des soins en unités d'hospitalisation à temps complet est totalement intersectorialisée. Chaque unité du pôle « Adultes » est spécialisée : addictologie, jeune adulte, soins sous contrainte, anxiété et dépression, psychiatrie générale, adulte et transition, psychoses, patient agité.

Le personnel, bienveillant et respectueux de la personne soignée, compense les faiblesses structurelles par des méthodes louables mais peu protocolisées.

L'information des patients en soins sans consentement est réalisée oralement et de façon complète ; en revanche, le support papier qui leur est remis est très pauvre.

Les activités sont rares, tant en extérieur qu'au sein des unités.

Les chambres d'isolement sont indignes ; sans interrupteur pour la lumière, sans bouton d'appel ; la moitié n'ont pas de wc. Elles sont équipées de caméras de vidéosurveillance avec micro et non floutées.

Le patient détenu est considéré comme un détenu avant d'être un patient ; systématiquement placé en chambre d'isolement pour la durée des soins, il connaît des conditions pires qu'en détention.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 57

Les patients ont la possibilité d'accéder à un ordinateur et à Internet.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 18

Il convient que le préfet du département de la Haute-Loire et le maire du Puy-en-Velay visitent annuellement l'établissement.

2. RECOMMANDATION 19

La commission des usagers doit être informée de tout fait, sans distinction, qui peut être potentiellement source de dommages pour les patients.

3. RECOMMANDATION 22

Le patient qui souhaite désigner une personne de confiance doit l'en informer afin qu'elle renvoie son accord à l'hôpital. Cette responsabilité inhabituelle du patient a pour conséquence que la personne désignée en est rarement informée, ce qui invalide la désignation. C'est le service administratif qui doit se charger de cette procédure.

4. RECOMMANDATION 23

L'information des patients doit être développée et se référer à un document écrit partagé par l'ensemble des unités d'hospitalisation et remis aux patients.

5. RECOMMANDATION 24

Le livret d'accueil doit être révisé et comporter les éléments nécessaires et suffisants concernant les hospitalisations sans consentement et la protection juridique des patients. Il doit être remis à tous les patients.

6. RECOMMANDATION 24

Les règles de vie doivent avoir pour référence le règlement intérieur du centre hospitalier et se décliner de façon homogène dans l'ensemble des unités d'hospitalisation du centre hospitalier. Un document écrit doit être communiqué et explicité aux patients de l'ensemble des unités d'hospitalisation du centre hospitalier par le personnel médical et soignant.

7. RECOMMANDATION 25

La recherche d'une procédure rapide entre la maison départementale des personnes handicapées et le CHSM pour orienter les patients vers des établissements adaptés est nécessaire. Une telle procédure éviterait de maintenir les patients dans une situation d'attente qui peut les conduire à être placé en soins sans consentement.

8. RECOMMANDATION 29

Les heures d'ouverture du bureau des biens des patients pourraient être aménagées afin que les soignants qui s'y rendent seuls pour des retraits d'argent au bénéfice des patients ne soient pas obligés d'attendre leur tour derrière les patients.

9. RECOMMANDATION 32

La signalétique indiquant la localisation de la chapelle et de l'aumônerie mérite d'être améliorée, comme le plan du livret d'accueil. Les documents accessibles directement aux patients et à leurs familles doivent indiquer les coordonnées téléphoniques de l'aumônerie et la possibilité de joindre l'aumônerie par l'intermédiaire d'un soignant.

10. RECOMMANDATION 35

Sur les 153 patients admis en soins libres, 109, soit 71 % sont placés dans des unités fermées. Toutes les unités fermées reçoivent une majorité de patients en soins libres à l'exception de Saint-Roch. Il doit être mis fin à cette atteinte à la liberté des patients en soins libres.

11. RECOMMANDATION 35

Le patient admis en soins libres qui est placé dans une unité fermée est invité à signer un document qui le prive de toute liberté de mouvement. Il convient de mettre fin à cette procédure.

12. RECOMMANDATION 37

Dans certaines unités, des chambres ne disposent ni de lavabo ni de WC. Chaque chambre devrait disposer au moins d'un lavabo et d'un WC et, si possible, d'une douche.

13. RECOMMANDATION 38

En aucun cas les agents de l'équipe de sécurité ne peuvent intervenir au contact direct et physique d'un patient agité. La maîtrise du patient agité est un acte de soin qui doit relever exclusivement des soignants.

14. RECOMMANDATION 39

La formation « self sauvegarde » semble encore trop présentée comme une méthode de protection du personnel. Elle doit être contextualisée et interroger la violence institutionnelle liée à l'enfermement.

15. RECOMMANDATION 41

Les restrictions de communication des patients avec leurs proches font partie des règles de vie de certaines unités. Une telle atteinte aux libertés fondamentales ne peut être systématique ni résulter de mesures d'organisation ; elle doit être individualisée et clairement justifiée. Cette recommandation avait déjà été formulée dans un courrier du CGLPL à la direction du CHSM le 14 novembre 2015.

16. RECOMMANDATION 41

Les postes téléphoniques mis à la disposition des patients dans les unités d'hospitalisation sont de simples postes fixés au mur dans des lieux de passage, sans aucune isolation phonique. Ces installations doivent être modifiées pour garantir la confidentialité des conversations.

17. RECOMMANDATION 42

Une seule unité dispose de deux téléviseurs. Il conviendrait de mettre deux téléviseurs dans chaque unité afin d'offrir un minimum de choix aux patients.

18. RECOMMANDATION 42

L'interdiction de détenir un appareil électronique ne doit pas être générale mais personnalisée et justifiée par prescription médicale.

19. RECOMMANDATION 42

A quelques rares exceptions près, les visites des familles ne peuvent se dérouler que dans les chambres, dans un lieu de passage ou dans un espace public extérieur à l'unité. Il convient de mettre à la disposition des familles une pièce conviviale au sein de chaque unité d'hospitalisation, leur permettant de rencontrer leur proche dans son lieu de vie.

20. RECOMMANDATION 45

La question de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion au niveau de l'établissement.

21. RECOMMANDATION 46

Les chambres d'isolement ne doivent pas figurer au tableau des lits d'hospitalisation autorisés (ou lits « administratifs ») ni être utilisées comme des chambres ordinaires. Tout patient doit conserver un lit d'hospitalisation ordinaire pendant son séjour en chambre d'isolement.

22. RECOMMANDATION 48

Le patient placé en chambre d'isolement doit pouvoir appeler à tout moment. Il est dangereux et inacceptable de couper le système d'appel d'un patient qui appellerait « trop souvent ».

23. RECOMMANDATION 50

Toutes les chambres d'isolement doivent être mises aux normes et disposer d'une partie sanitaire, d'une pendule et d'une possibilité d'accès à l'extérieur en toute sécurité. La vidéosurveillance installée dans les chambres d'isolement doit préserver l'intimité des patients.

24. RECOMMANDATION 51

Le placement de tout patient en chambre d'isolement doit être tracé et porté sur le registre, quelles que soient les modalités de sa mise en œuvre. Le registre doit contenir les informations nécessaires et suffisantes pour participer à l'amélioration des pratiques professionnelles, conformément aux dispositions de l'article L322-5-1 du code de la santé publique. Le changement de statut des patients en soins libre placés en chambre d'isolement doit être examiné dans les plus brefs délais.

25. RECOMMANDATION 52

L'utilisation des « chambres ou salle d'apaisement » doit faire l'objet d'un protocole commun à l'ensemble des unités d'hospitalisation et être tracée dans le registre. L'utilisation des chambres d'apaisement devrait être limitée à quelques heures, sans être détournées de leur fonction sous la forme d'une hospitalisation permanente.

26. RECOMMANDATION 53

L'augmentation observée du recours à la mise en chambre « chambres d'isolement, d'apaisement ou autres » de personnes âgées doit faire l'objet d'une étude du CHSM et conduire à une politique de réduction.

27. RECOMMANDATION 53

Un protocole commun à l'ensemble des unités du centre hospitalier doit régir le recours à l'isolement et à la contention.

28. RECOMMANDATION 55

Les modalités de signalement de comportements inadaptés des agents ou de formes de maltraitance doivent être définies, formalisées et diffusées.

29. RECOMMANDATION 57

L'hôpital étant supposé responsable en cas d'évasion, toute extraction d'une personne détenue vers le CHSM est réalisée systématiquement sous contention en véhicule sanitaire avec une équipe médicale sans escorte. La contention est un geste médical et non sécuritaire. L'équipe médicale ne doit pas assumer une responsabilité de service d'ordre pour laquelle elle n'est pas compétente.

30. RECOMMANDATION 58

Les conditions d'hospitalisation des patients placés sous-main de justice sont pires que celles qu'ils connaissent en prison – notamment vidéo-surveillance permanente, absence de télévision, impossibilité de fumer en dehors d'une ou deux sorties quotidiennes. Ce traitement discriminatoire doit cesser et faire l'objet de directives nationales.

31. RECOMMANDATION 63

A défaut d'espaces extérieurs, il importe qu'un effort soit porté sur les possibilités de sorties accompagnées des personnes âgées dans l'enceinte de l'hôpital.

32. RECOMMANDATION 67

L'espace extérieur sécurisé de l'unité Saint-Vincent, entièrement grillagé présente l'aspect d'une cage. Il convient de l'aménager.

33. RECOMMANDATION 68

Il arrive qu'un patient en soins libres de l'unité Saint-Vincent fasse l'objet d'une prescription médicale destinée à le faire passer en SPDT s'il demande à interrompre ses soins. Il convient de mettre un terme à cette pratique illégale.

34. RECOMMANDATION 70

L'interrupteur permettant de commander l'éclairage des chambres de Saint-Roch est placé à l'extérieur. L'occupant doit être en mesure d'allumer et d'éteindre depuis l'intérieur de sa chambre.

35. RECOMMANDATION 71

Les patients ont le choix entre regarder un programme de télévision unique et s'installer dans le couloir pour écouter la radio. Dans une unité totalement fermée comme Saint-Roch, il convient de leur offrir davantage de choix et des conditions plus confortables.

36. RECOMMANDATION 72

Les patients de l'unité Saint-Roch y sont enfermés en permanence. Dans ces conditions, il convient de planifier chaque jour des activités préparées, animées par un membre de l'équipe soignante et d'en informer les patients pour les inciter à s'y rendre.

37. RECOMMANDATION 76

Les mesures nécessaires pour mettre un terme au turn-over anormalement élevé des soignants de l'unité Saint-Gabriel doivent être prises.

38. RECOMMANDATION 76

L'unité Saint-Gabriel doit faire l'objet d'une transformation profonde passant par l'instauration de règles de vie, la remise à niveau des chambres et leur remise en état immédiate après dégradation, l'ouverture de locaux d'activité, la remise en état de la cour et l'organisation d'activités.

39. RECOMMANDATION 78

Au sein de l'unité Sainte-Marthe, afin de préserver l'intimité des patients, chacun devrait bénéficier d'une chambre individuelle avec salle d'eau et toilettes attenantes ; toutes les salles d'eau doivent être équipées de patères.

40. RECOMMANDATION 80

Au sein de l'unité Sainte-Marthe, il n'existe pas de pièce spécifique pour les activités et un seul téléviseur est mis à la disposition des patients dans la salle qui contient la table de ping-pong, le baby-foot et les tables permettant de jouer ou de lire. Le volume et la qualité des activités thérapeutiques et occupationnelles des patients doivent être enrichis.

SOMMAIRE

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 L'organisation de la psychiatrie dans le département : le CHSM, établissement historique, est en situation de monopole dans le domaine de la santé mentale dans le département de la Haute-Loire.....	12
2.2 L'organisation de l'établissement : des contraintes foncières conjuguées avec des constructions hétérogènes limitent le développement de l'établissement.....	13
2.3 Le personnel, mobilisé et engagé, décline au quotidien les valeurs de l'institution tournées vers la bienveillance et l'intérêt porté à la personne malade.....	14
2.4 Le budget : la diminution des dotations budgétaires aura à terme des conséquences sur les conditions de vie des patients	15
2.5 L'activité : le taux d'occupation est élevé et les soins sans consentement tendent à diminuer	16
2.6 Les contrôles institutionnels ne sont pas complètement exercés.....	17
2.7 Les garanties de qualité de la prise en charge : la recherche de la qualité est constante et les procédures pour y parvenir adaptées	18
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	21
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement : une organisation rigoureuse et respectueuse des patients	21
3.2 L'information des patients, essentiellement orale, n'est pas formalisée	23
3.3 La préparation de la sortie : plus de la moitié des patients en soins sans consentement bénéficient de sorties de courte durée et voient leur hospitalisation transformée en programme de soins	24
3.4 Le contrôle du juge des libertés et de la détention : le JLD joue pleinement son rôle	25
4. LES DROITS DES PATIENTS	28
4.1 La protection juridique des majeurs est assurée	28
4.2 Les biens des patients sont gérés avec rigueur et efficacité	29
4.3 L'accès au dossier médical n'appelle pas d'observation	30
4.4 Le droit de vote est organisé pour tous les scrutins	31
4.5 Les activités religieuses répondent à la demande des principaux cultes	31
5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	33
5.1 La liberté d'aller et venir dans l'établissement est très restreinte y compris pour les patient en soins libres.....	33
5.2 La vie courante : les fonctions logistiques participent à un déroulement respectueux des besoins quotidiens des patients	35
5.3 Les relations avec l'extérieur sont contraintes	39
5.4 Les soins somatiques sont bien assurés.....	43

5.5	La sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	44
5.6	L'isolement et la contention : les chambres d'isolement sont indignes, la contention est peu pratiquée	45
5.7	Les incidents sont diversement recueillis et analysés	53
5.8	L'accès aux lieux collectifs : l'hôpital bénéficie d'équipements de qualité diversement utilisés	55
5.9	L'admission des personnes détenues : le statut de détenu prime sur celui de patient.....	57
6.	LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	59
6.1	L'unité d'accueil, d'observation et d'urgence est attentive aux droits des patients	59
6.2	L'unité d'hospitalisation infanto-juvénile propose des locaux adaptés mais souffre de l'absence d'espaces extérieurs agréables et sécurisés.....	61
6.3	Les unités d'hospitalisation pour personnes âgées sont rationnelles mais manquent d'espaces extérieurs de déambulation	63
6.4	Les unités d'hospitalisation pour adultes offrent des conditions d'hébergement et de confort très variables mais peu d'activités thérapeutiques	64
7.	CONCLUSION GENERALE.....	86
	ANNEXE 1 : LISTE DES SIGLES EMPLOYES	87

Rapport

Contrôleurs :

- Cédric DE TORCY, chef de mission ;
- Dominique BIGOT ;
- Gérard LAURENCIN ;
- Philippe LESCENE ;
- Bertrand LORY ;
- Vianney SEVAISTRE.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Sainte-Marie (CHSM) du Puy-en-Velay (Haute-Loire) du 1^{er} au 9 décembre 2016.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 5 décembre à 15h30. Ils l'ont quitté le vendredi 9 décembre à 12h. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du mercredi 7 décembre.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur du CHSM. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quarantaine d'auditeurs dont la présidente de la commission médicale de l'établissement (CME), les cadres de direction, des médecins chefs, des médecins, des cadres de santé, des assistantes sociales et des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de la Haute-Loire, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) du Puy-en-Velay, le secrétariat du bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau du Puy-en-Velay, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS), la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le cabinet du maire du Puy-en-Velay. Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil d'administration de surveillance (CAS) et la présidente par intérim de la CME. Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Une réunion a été tenue avec des représentants des organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'ordinateurs permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à sa disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite du contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 9 décembre matin en présence du directeur, de ses adjoints et de la présidente de la CME.

Un rapport de constat a été adressé au directeur. Les observations, envoyées en retour par la directrice par intérim, sont prises en compte dans le présent rapport.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT : LE CHSM, ETABLISSEMENT HISTORIQUE, EST EN SITUATION DE MONOPOLE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-LOIRE

2.1.1 Origine de l'établissement et sa position dans le département

Le CHSM, établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) est rattaché à l'association hospitalière Sainte-Marie, qui gère plus de trente établissements – incluant cinq hôpitaux psychiatriques – répartis sur six départements dans le quart Sud-Est de la France. Elle compte 5 000 salariés dont 200 médecins. C'est le premier opérateur français en santé mentale.

Créé en 1850 par les religieuses de la congrégation Sainte-Marie de l'Assomption de Privas (Ardèche), l'hôpital du Puy accueillait encore 1 500 malades en 1970, dont 500 originaires de la Loire.

L'évolution des soins en santé mentale, la sectorisation psychiatrique et les alternatives à l'hospitalisation ont non seulement contribué à la diminution de ces chiffres mais aussi conduit l'hôpital à une restructuration complète. La restructuration du CHSM amorcée dans les années 1990 s'est traduite par une réduction importante du nombre de lits. Aujourd'hui, l'établissement dispose de 248 lits et 183 places de jour.

2.1.2 Les structures rattachées à l'hôpital

Si sa vocation essentielle demeure la psychiatrie, son activité s'est aujourd'hui diversifiée en particulier en direction des personnes âgées, des adultes handicapés et des personnes dépendantes.

Parallèlement au développement des activités de psychiatrie hospitalière et de liaison, des structures sanitaires ou médico-sociales complémentaires à la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques ont été créées à partir des années 1990 :

- l'USLD¹ et l'EHPAD² Maison Sainte-Anne sur le site du CHSM (quatre-vingts places) ;
- l'EHPAD Villa Marie de Cayres (soixante et une places) ;
- la MAS³ Vellavi de Saint Paulien (soixante et une places) ;
- l'ESAT⁴ (soixante places) et son foyer d'hébergement (trente places), de Rosières ;
- l'EHPAD Marie Pia dite "psychiatrique" sur le site du CHSM (trois places d'accueil de jour).

De fait, l'établissement propose une palette complète de prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation psychiatrique.

2.1.3 L'organisation des urgences

De nombreuses coopérations existent avec les établissements sanitaires du département en particulier avec le centre hospitalier (CH) Emile Roux du Puy, qui accueille en première intention

1 USLD : unité de soins de longue durée

2 EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

3 MAS : maison d'accueil spécialisée

4 ESAT : établissement et service d'aide par le travail

toutes les urgences. Pour les urgences psychiatriques, une convention prévoit la mise à disposition par le CHSM de psychiatres et soignants pour assurer les urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison. Les urgences psychiatriques sont traitées dans un premier temps par le CH Emile Roux avant transfert éventuel au CHSM.

Seuls des patients déjà connus des services de psychiatrie peuvent entrer directement à l'unité d'accueil, d'observation et d'urgence (UAOU) du CHSM.

Dès que le problème somatique est résolu, le patient est transféré sur le CH Sainte-Marie 43. Certaines urgences psychiatriques arrivent directement au CH Sainte-Marie 43.

Toute personne peut venir directement aux urgences du CH Sainte-Marie 43 connue ou pas, spontanément ou adressée par son médecin traitant. Le passage par le CH Emile Roux n'est pas obligatoire.

2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT : DES CONTRAINTES FONCIERES CONJUGUEES AVEC DES CONSTRUCTIONS HETEROGENES LIMITENT LE DEVELOPPEMENT DE L'ETABLISSEMENT

2.2.1 Situation de l'établissement

Situé en périphérie Nord-Ouest de la ville du Puy, le site constitue un ensemble hétérogène de bâtiments historiques et de bâtiments plus récents ou réhabilités. Cerné par une route nationale et la rivière « la Borne » d'une part, la voie ferrée et un terrain déclaré non constructible d'autre part, le foncier disponible est très contraint.

Si les bâtiments représentent 68 000 m², un tiers est aujourd'hui inoccupé et désaffecté. 1 500 m² ont été reconstruits récemment et 5 600 m² ont été réhabilités.

2.2.2 Organisation interne

Si l'activité ambulatoire de l'établissement est organisée autour des trois secteurs psychiatriques – Brioude, Monistrol et Le Puy –, l'organisation intra hospitalière est basée sur des réponses inter sectorielles privilégiant l'âge du patient et la nature de sa pathologie.

Depuis octobre 2007, le CHSM dispose d'une organisation médicale structurée autour de trois pôles :

- un pôle de psychiatrie pour enfants et adolescents :
 - deux unités d'hospitalisation à temps complet sur le site du Puy-en-Velay dont une unité à temps complet de semaine ;
 - quatre hôpitaux de jour répartis sur le département dont deux au Puy-en-Velay, un à Brioude et un à Monistrol-sur-Loire ;
 - deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel au Puy ;
 - cinq centres médico-psychologiques : Le Puy, Brioude, Monistrol-sur-Loire, Sainte-Sigolène et Langeac ;
 - une équipe de psychiatrie extra hospitalière de liaison ;
- un pôle de psychiatrie pour adultes :
 - huit unités d'hospitalisation à temps complet sur le site du Puy-en-Velay spécialisées par pathologie ou par âge ;
 - sept hôpitaux de jour répartis sur le département dont cinq au Puy-en-Velay ;

- trois centres d'accueil thérapeutique à temps partiel : Le Puy, Craponne et Langeac ;
 - trois centres médico-psychologiques : Le Puy, Brioude et Monistrol-sur-Loire ;
 - une équipe de psychiatrie extra hospitalière ;
 - une équipe mobile de psychiatrie précarité ;
 - la CUMP.
- un pôle de psychiatrie pour personnes âgées :
- trois unités d'hospitalisation à temps complet sur le site du Puy-en-Velay ;
 - un hôpital de jour sur le site du Puy-en-Velay ;
 - une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée.

Par ailleurs, pour l'ensemble des pôles, l'établissement dispose de deux unités transversales : l'unité dite « activités physiques et sportives adaptées » (APSA) et l'unité de sophrologie.

2.3 LE PERSONNEL, MOBILISE ET ENGAGE, DECLINE AU QUOTIDIEN LES VALEURS DE L'INSTITUTION TOURNEES VERS LA BIENVEILLANCE ET L'INTERET PORTE A LA PERSONNE MALADE

2.3.1 Le personnel médical

Les effectifs médicaux sont importants comparés aux moyennes nationales des établissements de santé mentale. Toutefois, cette observation doit être contextualisée au regard des réalités du département de la Haute-Loire qui dispose de peu de psychiatres en libéral et aucune clinique privée. Le CH Sainte-Marie gère donc la presque totalité de la psychiatrie dans le département de Haute-Loire dans une situation de monopole.

2.3.2 Le personnel soignant

Les effectifs du personnel soignant sont au complet. Ils n'ont pas significativement diminué dans les services les trois dernières années. Les départs, souvent liés aux retraites, sont remplacés, le *turn-over* est faible et l'absentéisme de 10 % est inférieur à la moyenne nationale proche de 13 %. La politique de formation professionnelle est bien conduite et semble satisfaire les membres du personnel rencontrés. Les tableaux chiffrés fournis dans le cadre du bilan social montrent que l'effort de formation continue demeure soutenu dans l'hôpital.

On relève dans le plan de formation pour 2015 les thèmes suivants : prévention des situations d'agressivité et de violence en psychiatrie, prise en charge de la douleur, les soins infirmiers spécifiques en santé mentale. Par ailleurs, un effort soutenu est porté sur les formations liées à la sécurité (Cf. *infra* chap. 5.2.3). En revanche, aucune formation sur la loi de 2011, l'isolement ou la contention n'a été programmée.

Nombre de personnes ayant bénéficiées de formations liées à la sécurité des personnes

ANNEE	INCENDIE	AFGSU ⁵	VIOLENCE
-------	----------	--------------------	----------

5 AFGSU : attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

2013	545	100	16
2014	378	116	34
2015	375	133	21
2016	370	78	75

Le service de nuit, de 20h30 à 6h30, est assuré selon un régime organisé sur deux semaines : une « petite semaine », où la même équipe travaille les nuits du mercredi et du jeudi, et une « grande semaine », où elle travaille les nuits des lundi, mardi, vendredi, samedi et dimanche. Deux équipes permutent ainsi toutes les deux semaines. Le personnel soignant peut faire appel à l'interne de garde qui appelle le psychiatre d'astreinte s'il le juge utile, ainsi qu'au cadre de santé de garde présent sur le CH (trois cadres de santé se partagent la garde de nuit).

Le personnel de nuit est convié une fois tous les six mois à une réunion d'unité ; c'est la seule occasion qui lui est donnée, sous réserve de disponibilité, de rencontrer les médecins de l'unité et le responsable d'unité.

2.3.3 La culture d'entreprise et le climat social

Tout en respectant les principes de la laïcité, l'association Sainte-Marie affirme des valeurs chrétiennes dans son fonctionnement. La présence à proximité des sœurs hospitalières a marqué les esprits et les comportements. Le personnel rencontré est très acculturé à ses valeurs tournées vers la bienveillance et l'intérêt porté à la personne malade. Ceci semble expliquer en partie un fonctionnement plutôt harmonieux dans la prise en charge des patients malgré les contraintes architecturales du site et les difficultés d'organisation.

Le personnel compense les handicaps de la structure par une attitude positive recherchant les moyens de satisfaire les besoins des patients.

Il est relevé aussi le travail conduit par un groupe pluridisciplinaire accompagné par la direction des ressources humaines de l'établissement sur l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Les organisations syndicales rencontrées ont témoigné d'une bonne connaissance des réalités institutionnelles – budget, contraintes architecturales – et de leur volonté de maintenir les acquis, notamment les effectifs, au profit d'une bonne prise en charge. Le climat social apparaît constructif et vigilant sur les acquis.

2.4 LE BUDGET : LA DIMINUTION DES DOTATIONS BUDGETAIRES AURA A TERME DES CONSEQUENCES SUR LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS

Le budget de l'établissement est en équilibre sur les exercices budgétaires 2015 et 2016.

Toutefois, la baisse des dotations financières octroyées par l'ARS Rhône-Alpes-Auvergne, compte tenu d'une péréquation régionale, a conduit l'établissement à diminuer ses effectifs de trente postes. A terme, la diminution des effectifs, notamment dans les unités d'hospitalisation, a des conséquences directes sur les conditions de vie des patients. Selon les agents rencontrés, le manque de personnel dans certains services conduit à diminuer les sorties accompagnées dans l'enceinte de l'établissement ou l'accompagnement aux activités proposées.

Face à cette diminution des dotations, l'alternative délicate serait un travail sur la réorganisation complète des services en priorisant les missions qui incombent à l'établissement.

Les capacités financières en investissement restent cependant conséquentes (cinq millions d'euros). Elles sont susceptibles d'être mobilisées prioritairement pour effectuer les travaux qui

s'imposent pour adapter l'établissement à ses missions : espaces extérieurs sécurisés, sanitaires dans les chambres, chambres d'isolement à restructurer.

2.5 L'ACTIVITE : LE TAUX D'OCCUPATION EST ELEVE ET LES SOINS SANS CONSENTEMENT TENDENT A DIMINUER

Entre 2013 et 2015, l'hospitalisation à temps plein s'est caractérisée par :

- une tendance à l'augmentation du nombre de patients en psychiatrie « adultes » (1 070 en 2013 et 1 085 en 2015) et à la diminution de celui des patients en psychiatrie de la personne âgée (404 en 2013 et 356 en 2015) et en psychiatrie infanto-juvénile (98 en 2013 et 59 en 2014) ;
- une tendance à la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) en psychiatrie « adultes » (50,27 jours en 2013 et 48,28 en 2015) et à son accroissement en psychiatrie de la personne âgée (61,27 jours en 2013 et 67,4 en 2015) et en psychiatrie infanto-juvénile (33,39 jours en 2013 et 35,75 en 2015) ;
- une tendance à la diminution du taux d'occupation en psychiatrie « adultes » (94,52 % en 2013 et 91,04 % en 2015), en psychiatrie de la personne âgée (102,75 % en 2013 et 99,61 % en 2015) et sa franche diminution en psychiatrie infanto-juvénile (59,76 % en 2013 et 38,52 % en 2015).

La DMS apparaît plutôt élevé, pouvant renvoyer à l'âge avancé d'une bonne partie des patients hospitalisés.

Le taux d'occupation indique un état des lits extrêmement proche de la saturation en psychiatrie « adultes », voire la dépassant en psychiatrie de la personne âgée.

Les données du département d'information médicale (DIM) permettent de faire les constats suivants concernant les hospitalisations sans consentement (HSC) :

- entre 2013 et 2015, elles ont été réalisées à 90 % dans les unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie « adultes » ;
- le nombre global de patients en HSC a diminué (318 en 2013 et 261 en 2015) avec
 - une diminution de leur nombre dans les unités d'hospitalisation du pôle psychiatrie « adultes » sauf une augmentation renvoyant à celle des personnes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) dans les unités Saint-Roch, Sainte-Marthe et Marie-Joseph, des personnes en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) à l'unité Saint-Roch et des personnes admises en soins psychiatriques en urgence (SPDTU) dans les unités Sainte-Marthe et Marie-Joseph ;
 - une tendance à son augmentation dans celles du pôle de psychiatrie de la personne âgée, renvoyant à celle des SPDT, SPDTU et personnes en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) à Sainte-Cécile 1 et des SPDRE à Sainte-Cécile 2 et 3 ;
- les DMS ont évolué différemment selon les unités :
 - une diminution dans les unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie « adultes » sauf dans l'unité Marie-Joseph ;
 - une augmentation dans toutes les unités du pôle psychiatrie de la personne âgée.

2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS NE SONT PAS COMPLETEMENT EXERCES

2.6.1 Le registre de la loi

Depuis le mois d'août 2011, le bureau des entrées du centre hospitalier tient deux registres de la loi sous la forme de cahiers cartonnés dans lesquels ne sont collés que les bulletins d'entrée :

- l'un, baptisé « RE », archive les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), notamment les irresponsables pénaux et les personnes détenues ;
- l'autre, baptisé « SDT », archive les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT), y compris les admissions en urgence (ASPDTU) et pour péril imminent (ASPPI).

Ces registres sont complétés par deux fichiers informatiques « RE » et « SDT » comportant un sous-fichier ouvert par patient contenant les documents attachés à chacun. Ces fichiers informatiques sont déclarés à la commission nationale informatique et liberté (CNIL). Par ailleurs, tous les documents sous forme papier sont archivés dans des armoires avec un fichier par patient.

Cette procédure a fait l'objet d'une réflexion préalable avec le TGI du Puy-en-Velay et a été adoptée après validation par le procureur de la République près ce TGI par courrier en date du 12 août 2011.

Cette procédure permet d'accéder rapidement aux documents ainsi dématérialisés. Les contrôleurs ont constaté que les informations contenues dans ces dossiers dématérialisés étaient conformes aux dispositions de l'article L3212-11 du code de la santé publique.

Ils ont également constaté que les cahiers cartonnés contenant les bulletins d'entrée étaient bien tenus et portaient notamment les visas des autorités.

Les contrôleurs ont examiné le registre « RE » en cours d'utilisation, ouvert le 23 juillet 2013 :

- il porte les visas aux dates suivantes :
 - 16 décembre 2013, de la présidente de la CDSP ;
 - 28 mai 2015, de la présidente du TGI et du substitut ;
- pour l'année 2014, vingt-deux bulletins d'entrée sont collés ;
- pour l'année 2015, trente-cinq bulletins d'entrée sont collés (trois femmes et trente-deux hommes) : sept sur décision du préfet, vingt-quatre à la demande du maire, quatre à la demande de la maison d'arrêt du Puy-en-Velay ; deux mentions de tutelle et une mention de personne de confiance ;
- pour l'année 2016, vingt-deux bulletins d'entrée sont collés à la date du 6 décembre.

Les contrôleurs ont examiné les registres « SDT » les plus récents :

- ils portent les visas aux dates suivantes :
 - 22 août 2012, du procureur près le TGI du Puy-en-Velay ;
 - 3 décembre 2012, du procureur près le TGI du Puy-en-Velay, du président du TGI et du président de la CDSP ;
 - 27 mai 2013, du juge de l'application des peines et du président de la CDSP ;
 - 16 décembre 2013, de la présidente de la CDSP, juge des enfants ;
 - 28 mai 2015, de la présidente du TGI et du substitut ;

- pour l'année 2014, 272 bulletins d'entrée sont collés ;
- pour l'année 2015, 227 bulletins sont collés.

Aucune observation particulière n'a été mentionnée par les autorités qui ont visé les registres.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques

Le dernier rapport d'activité de la CDSP de la Haute-Loire porte sur l'année 2012. La dernière visite de la CDSP date du 16 décembre 2013. En 2013, la présidente de la CDSP, magistrate, juge des enfants du TGI du Puy-en-Velay, a été mutée et la CDSP n'a plus eu d'existence jusqu'à sa recreation par arrêté préfectoral en date du 8 septembre 2016 avec trois membres : une magistrate, juge de l'application des peines au Puy-en-Velay, un psychiatre du CHSM et un représentant d'une association agréée de familles de personnes atteintes de troubles mentaux. La composition de la commission n'est pas conforme au code de santé publique⁶ car il manque trois membres : un psychiatre non hospitalier, un médecin généraliste et un représentant d'association ; cependant, le quorum nécessaire est atteint quand la commission se réunit au complet.

La commission a tenu sa première réunion le 21 novembre 2016, quelques jours avant la visite des contrôleurs, et a élu la magistrate présidente. Le compte rendu de la réunion fixe la date de la réunion suivante au 9 février 2017 et prévoit que sera alors décidée la date de visite du CHSM.

2.6.3 La visite des autorités

Le procureur de la République du Puy-en-Velay ou l'un de ses substituts a visité le CHSM et a visé les registres de la loi en décembre 2012 et en mai 2015.

Le président du TGI ou un de ses juges délégués a visité le CHSM et a visé les registres en décembre 2012, en décembre 2013 et en mai 2015.

Au moment de la visite des contrôleurs, les registres en cours ne portaient trace d'aucune autre visite du représentant de l'Etat dans le département ni du maire, qui doivent, selon les termes du code de la santé publique⁷ visiter au moins une fois par an les établissements psychiatriques et signer à cette occasion le registre de la loi.

Recommandation

Il convient que le préfet du département de la Haute-Loire et le maire du Puy-en-Velay visitent annuellement l'établissement.

2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE : LA RECHERCHE DE LA QUALITE EST CONSTANTE ET LES PROCEDURES POUR Y PARVENIR ADAPTEES

2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

La « Maison des usagers », ouverte tous les jours de 9h à 17h30, constitue un lieu d'accueil, d'écoute et d'information ouvert aux patients, à leurs proches et aux professionnels.

Huit associations y assurent chacune une permanence mensuelle :

6 Article L. 3223-2

7 Article L.3222-4

- La Clef 43 : agence immobilière à vocation sociale ;
- France Alzheimer 43 ;
- GEM Galaxie : groupe d'entraide mutuelle ;
- « Jusqu'à la mort accompagner la vie » (JALMALV) ;
- la ligue contre le cancer ;
- RESOPAD : réseau de soins palliatifs à domicile ;
- l'union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
- Vie Libre : aides aux personnes en difficultés avec l'alcool.

Le calendrier de ces permanences est affiché dans les unités.

La personne chargée des relations avec les usagers y tient une permanence un vendredi sur deux de 13h30 à 16h.

L'UNAFAM assure à la fois des permanences et une participation régulière à la commission des usagers.

L'association « Que Choisir » et l'UDAF 43 participent à la commission des usagers.

2.7.2 La commission des usagers

Créée en 2006, elle veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité. Elle examine régulièrement :

- les plaintes, réclamations et éloges exprimées par les patients et leurs proches ;
- le bilan relatif aux demandes de dossiers médicaux ;
- les questionnaires et enquêtes de satisfaction.

Elle n'est pas informée des plaintes et événements indésirables relatifs aux éventuels comportements inadaptés des professionnels et aux faits de maltraitance.

Recommandation

La commission des usagers doit être informée de tout fait, sans distinction, qui peut être potentiellement source de dommages pour les patients.

2.7.3 Les questionnaires de satisfaction

Le taux de retour est en progression régulière : 17,22 % en 2015 contre 15,52 % en 2014 et 12,23 % en 2013. Il en ressort une satisfaction globale de 93,4 % (très satisfait et satisfait) en 2015 contre 91 % en 2014 et 84 % en 2013.

Les taux les plus faibles concernent :

- le respect de l'intimité, les chambres doubles et l'attribution des chambres des patients en permission ne le favorisant pas ;
- le confort des chambres : des patients se plaignent du froid en hiver dans les locaux anciens aux fenêtres mal isolées.

2.7.4 Le comité d'éthique

Un « espace de réflexion éthique » (ERE) a été créé en 2012 ; composé de vingt-cinq personnes, il est chargé d'accompagner la réflexion éthique de l'établissement. Ses membres sont élus ; ils élisent un bureau composé de quatre personnes. Le président ayant quitté l'établissement au mois d'octobre 2016, des élections étaient en cours au moment de la visite des contrôleurs.

En pratique, les professionnels, les familles, les patients ou toute personne justifiant d'un lien étroit avec un patient adressent leur question par courrier ou par l'intermédiaire de la boîte mail interne de l'ERE.

Depuis sa création, l'ERE a notamment répondu à cinq questions :

- le 19 avril, à une question sur l'identito-vigilance, après avoir constitué un groupe de travail *ad hoc* ;
- le 13 septembre 2013, à une question sur « *l'impact négatif au soin occasionné par la nécessité d'un certificat médical pour la restitution des objets jugés dangereux* » ;
- le 26 septembre 2014, à une question de l'unité Saint-Roch portant sur « *le maintien prolongé en hospitalisation dans l'unité Saint-Roch et la privation de liberté* » ; il a été notamment répondu : « *La résolution de cette problématique, patients stabilisés dont la poursuite de soins est refusée par d'autres unités les ayant adressés, semble trouver sa réponse dans des approches organisationnelles et des collaborations améliorées. Cette question peut s'étendre aux inadéquations des hospitalisations dans d'autres unités de soins, exemple : unité de soins fermée alors qu'elle a pour but d'accueillir des personnes en hospitalisation libre...* » ;
- le 18 septembre 2015, à la problématique du conditionnement des effets personnels des patients dans des grands sacs plastique lors de leur sortie de l'hôpital ; l'ERE considère que « *cette pratique est maladroite* » et conseille de « *faire le choix de contenants plus adaptés (forme et couleur...) et une sensibilisation auprès des professionnels* » ;
- le 8 avril 2016, à une question sur la « *restriction de liberté à la MAS Vellavi* ». L'ERE a constaté les faits : « *Les résidents peuvent entrer librement dans les unités mais ne peuvent en sortir qu'après avoir fait la demande auprès des personnels. Cela peut leur être refusé* ». L'ERE s'interroge sur les raisons motivant les refus opposés par les professionnels. Il invite ces derniers à « *ne pas tomber dans un excès de précaution et à ne pas justifier leurs refus par le manque de personnels* ». A la fin de son argumentation, l'ERE publie l'introduction de la conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux » du 24 novembre 2004.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT : UNE ORGANISATION RIGOUREUSE ET RESPECTUEUSE DES PATIENTS

3.1.1 Les modalités d'admission

La plupart des patients admis sans leur consentement proviennent des urgences du centre hospitalier Emile-Roux.

Ces patients sont d'abord hospitalisés à l'UAOU, à l'exception de certains patients bien connus du centre hospitalier, et des patients détenus qui le sont directement à l'unité Saint-Roch.

L'action du bureau des entrées dans le processus d'admission des patients en HSC est marquée par la rigueur et la recherche d'une toujours plus grande efficacité.

A l'arrivée du patient, les documents et leur conformité sont vérifiés par l'unité qui l'accueille puis apportés, parfois faxés, sans délai au bureau des entrées. En dehors des jours et heures d'ouverture du bureau des entrées, l'UAOU prend le relais du bureau des entrées.

Le bureau des entrées contrôle les documents puis les transmet à l'agence régionale de santé (ARS) de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) par courrier électronique. Le bureau des entrées pourrait le faire de manière cryptée si l'ARS disposait des outils permettant la lecture de documents électroniques cryptés. Lorsqu'il adresse des documents au JLD, il le fait de manière cryptée.

Il émet aussi en temps réel les documents requis tout au long du placement jusqu'à sa levée et, pour ce faire, a établi un suivi rigoureux des échéances avec un système d'alertes gradué (orange à moins de 48 heures, rouge à la date limite) destiné tant à son propre service qu'aux secrétariats médicaux des unités d'hospitalisation, renforcé, le cas échéant, par des appels téléphoniques.

Par ailleurs, les secrétariats ont directement accès aux éléments du bureau des entrées concernant les patients admis dans leur unité.

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

La notification de l'admission est faite par le personnel soignant. Les voies de recours sont énoncées et expliquées oralement. Si le patient n'est pas en état de prendre bonne connaissance de cette notification, deux soignants en attestent et elle est présentée ultérieurement au patient.

Les documents relatifs aux décisions sont remis aux patients. Cette remise de documents est systématiquement tracée et enregistrée par le bureau des entrées.

3.1.3 Le recueil des observations des patients

D'après les déclarations faites aux contrôleurs, les patients hospitalisés sans leur consentement ne font valoir que très rarement leurs observations. Si les soignants et médecins déclarent informer les patients des voies de recours possibles, l'information sur la possibilité d'exprimer des observations lors de l'admission ne semble pas toujours évoquée.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Cette disposition et son intérêt paraissent mal connus du personnel soignant.

Le formulaire que le patient est invité à signer précise que celui-ci « [prend] *l'engagement de contacter ladite personne pour l'informer de cette mission qui est obligatoirement soumise à son accord* ». De fait, rares sont les personnes de confiance qui donnent formellement leur accord, ce qui invalide la désignation.

Dans certaines unités, comme à Saint-Vincent, la plupart des patients qui ne sont pas sous tutelle désignent un parent ; le médecin traitant reçoit cette personne au moins une fois durant l'hospitalisation.

Recommandation

Le patient qui souhaite désigner une personne de confiance doit l'en informer afin qu'elle renvoie son accord à l'hôpital. Cette responsabilité inhabituelle du patient a pour conséquence que la personne désignée en est rarement informée, ce qui invalide la désignation. C'est le service administratif qui doit se charger de cette procédure.

3.1.5 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité

La période initiale de soins et d'observation se déroule selon des modalités hétérogènes par les unités de soins.

A l'UAOU, l'évaluation systématique pluridisciplinaire de l'état clinique du patient durant une hospitalisation le plus souvent très brève (un ou deux jours) permet son orientation. La mise en pyjama n'y est pas systématique, la contention est d'un usage si parcimonieux que le cadre de santé au jour de la visite n'en garde pas mémoire, la mise en chambre d'isolement se fait en dernier recours et est de moins en moins fréquente. L'accès au téléphone dépend de l'état clinique. Si leur état clinique le permet, les patients en soins libres peuvent aller fumer à l'extérieur du bâtiment après s'être fait ouvrir la porte si elle est fermée ; les patients en soins sans consentement sont accompagnés d'au moins un soignant.

Les patients ne relevant pas d'un des secteurs du département sont hospitalisés à tour de rôle dans les différentes unités.

Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile est informé de l'arrivée d'un adolescent. La sollicitude et l'attention ordinaire du personnel sont décrites comme étant alors plus aiguës.

Dans certaines unités, comme par exemple à Saint-Vincent, un patient arrivant ne fait l'objet d'aucune procédure systématique telle que le port d'un pyjama ou le placement en chambre d'isolement.

Dans d'autres unités, comme à Saint-Roch, à de rares exceptions près, tout arrivant est placé en chambre d'isolement, sur prescription médicale, pour une période d'observation d'au moins un jour.

3.1.6 Les cas de sur occupation et de transfert

Le centre hospitalier connaît un taux d'occupation des lits proche de la saturation.

Une réunion intéressant tous les pôles du centre hospitalier a lieu tous les lundis matin pour faire le point sur les patients récemment admis ou « mal orientés » ainsi que sur les patients prévus sortants afin d'ajuster au mieux les hospitalisations actuelles et celles à venir.

Il arrive qu'un patient en attente de lit voie son placement à l'UAOU prolongé de quelques jours, ou soit placé en attente dans une autre unité. Il peut aussi arriver qu'un patient quitte l'unité quelques jours plus tôt que prévu afin de libérer une place.

Lorsqu'un patient est amené à changer d'unité, il est suivi par l'équipe médicale et paramédicale de l'unité où il se retrouve.

3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation

D'après les réponses qui ont été données aux contrôleurs, il leur apparut qu'il n'existait pas de protocole précis quant à la façon de réagir en cas d'appel téléphonique pour connaître la situation d'une personne hospitalisée dans une unité du CHSM.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS, ESSENTIELLEMENT ORALE, N'EST PAS FORMALISEE

3.2.1 Les informations prévues par la loi

Le personnel soignant donne oralement des explications aux patients sur leur statut et ses conséquences. Ces informations ne se réfèrent pas à un document commun validé qui pourrait être remis aux patients ou affiché alors même que de nombreuses informations apparaissent dans le « règlement intérieur à destination des usagers de soins en hospitalisation temps plein ». Elles sont fonctions de la connaissance et de l'expérience du personnel soignant et parfois données alors que le patient n'est pas en état de les comprendre.

L'information des mineurs et de leurs parents est imprécise et jamais tracée.

Le centre hospitalier propose des modules de formation sur la « responsabilité professionnelle des soignants », mais non sur les « droits des patients » comme tels.

Recommandation

L'information des patients doit être développée et se référer à un document écrit partagé par l'ensemble des unités d'hospitalisation et remis aux patients.

3.2.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est obsolète et incomplet. Il ne comporte notamment pas d'éléments sur les hospitalisations sans consentement, leurs conséquences, les voies de recours, l'existence d'un service du « mandataire judiciaire à la protection des majeurs » (Cf. *infra* chap. 4.1).

Dans certaines unités, comme à Saint-Bernard, le livret d'accueil est délivré à tout arrivant. Dans d'autres unités, comme à Saint-Vincent, le livret d'accueil n'est délivré qu'aux patients qui le demandent : « ceux qui connaissent déjà l'unité ne le demandent pas ».

Recommandation

Le livret d'accueil doit être révisé et comporter les éléments nécessaires et suffisants concernant les hospitalisations sans consentement et la protection juridique des patients. Il doit être remis à tous les patients.

3.2.3 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur du centre hospitalier, au sens du code de santé publique, n'a pas été remis aux contrôleurs.

Les contrôleurs ont pu consulter le « *règlement intérieur à destination des usagers de soins en hospitalisation temps plein* ».

3.2.4 Les règles de vie

Les règles de vie de chacune des unités ne sont pas homogènes, parfois inexistantes et non protocolisées. Lorsqu'elles existent, toutes ne sont pas, dans leurs détails, la seule déclinaison singulière du « *règlement intérieur à destination des usagers de soins en hospitalisation temps plein* ». Elles sont souvent modulées selon les unités en fonction de « l'état clinique » du patient ou des « indications médicales » et parfois non référencées à des dispositions législatives ou réglementaires.

Ainsi, à Saint-Bernard, un feuillet présente le personnel et, sur une trentaine de lignes, « *Quelques points de repères de l'organisation de l'unité* ». A Saint-Vincent, « *tout est expliqué oralement ; les patients comprennent mal les écrits* ». Saint-Roch n'a pas de règles de vie.

Recommandation

Les règles de vie doivent avoir pour référence le règlement intérieur du centre hospitalier et se décliner de façon homogène dans l'ensemble des unités d'hospitalisation du centre hospitalier. Un document écrit doit être communiqué et explicité aux patients de l'ensemble des unités d'hospitalisation du centre hospitalier par le personnel médical et soignant.

3.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE : PLUS DE LA MOITIE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT BENEFICIENT DE SORTIES DE COURTE DUREE ET VOIENT LEUR HOSPITALISATION TRANSFORMEE EN PROGRAMME DE SOINS

3.3.1 Les sorties de courte durée

Le bureau des entrées assure un suivi étroit des sorties de courtes durées.

Il observe que le nombre de patients bénéficiant de permissions de sortie est aussi à rapprocher de la qualité des relations entre le centre hospitalier et l'ARS de Clermont-Ferrand.

Entre 2013 et 2015, 46 % des patients en SPDT, SPDTU ou SPPI et 60 % des patients en SPDRE ont bénéficié de sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures, et 24 % des patients en SPDT, SPDTU ou SPPI et 60 % des patients en SPDRE ont bénéficié de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

Aucune opposition écrite du représentant de l'Etat n'a été rapportée lors de la visite.

3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

a) L'avis conjoint

Le bureau des entrées observe entre 2013 à 2015 un accroissement des demandes d'avis conjoints. « *Les médecins n'exercent pas de recours contre les décisions du JLD qui ne seraient pas en accord avec les conclusions de leurs avis* ».

b) Le collège des professionnels de santé

Le centre hospitalier n'a aucune difficulté à réunir le collège composé de deux médecins et d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire en tant que de besoin.

3.3.3 Le passage en programme de soins

Les données fournies par le bureau des entrées témoignent d'une tendance à la diminution des programmes de soins entre 2013 et 2015.

Le bureau des entrées note ainsi la « *disparition des programmes de soins imposant des présences la nuit* », pouvant être reliée à un meilleur respect de l'esprit et de la lettre des textes en vigueur.

3.3.4 La levée de la mesure

Les contrôleurs ont constaté que des patients en soins libres ou en soins sans consentement étaient maintenus en hospitalisation complète au-delà de la durée nécessaire faute de disposer d'une place libre dans une structure d'accueil adaptée (maison d'accueil spécialisée, etc.) après le ou les stages préalables mais surtout en raison des délais de traitement des dossiers par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). La durée moyenne entre le dépôt d'un dossier complet à la MDPH et la décision d'orientation est de six mois ; le maintien au CHSM d'un patient au-delà de ses besoins de soins est compris entre un et deux ans, ce qui conduit certains d'entre eux à décompenser et parfois à être placés en soins sans consentement.

Recommandation

La recherche d'une procédure rapide entre la maison départementale des personnes handicapées et le CHSM pour orienter les patients vers des établissements adaptés est nécessaire. Une telle procédure éviterait de maintenir les patients dans une situation d'attente qui peut les conduire à être placés en soins sans consentement.

3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION : LE JLD JOUE PLEINEMENT SON ROLE

Une convention a été signée le 1^{er} septembre 2014 par le TGI du Puy, l'ARS Auvergne et le CHSM. Elle porte sur la mise en place d'une salle d'audience au centre hospitalier Sainte-Marie, dont elle précise la constitution, qui est effectivement appliquée : une salle dédiée aux débats, une salle d'attente (dix places assises) et une salle avocat/client, située à proximité immédiate de la salle d'audience et garantissant la confidentialité de l'entretien entre l'avocat et son client.

3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Le bureau des entrées tient à jour les dates auxquelles les patients auront une audience avec le JLD et leur notifie par écrit, avec traçabilité de la prise de connaissance de cette notification par le patient.

Le rôle des audiences est établi par le greffe de JLD.

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

Le JLD et sa greffière se rendent les vendredis en début de matinée à la salle d'audience du CHSM. Les patients, éventuellement accompagnés d'un membre de l'équipe soignante, arrivent de façon échelonnée selon l'ordre du rôle et peuvent s'entretenir en toute confidentialité avec leur avocat (souvent un avocat commis d'office plutôt qu'un avocat choisi).

Dans la plupart des unités, le patient reçoit, avant l'audience, des explications orales par un soignant qui l'y accompagne ; il prévient sa famille s'il souhaite qu'elle soit présente.

Les tuteurs et les tierces personnes sont rarement présents aux audiences. Pourtant l'information de ceux-ci est faite correctement.

Le JLD explique sa mission de contrôle et s'entretient avec le patient tant sur la forme que sur le fond de ses soins sans consentement, en cherchant à se mettre à sa portée et à en être bien compris. L'avocat fait valoir le point de vue de son client, tant dans la forme que dans le fond. Le cas échéant, JLD et avocats s'adressent au personnel soignant accompagnant.

Dans la majorité des situations, le juge annonce sa décision en fin d'audience après avoir tenté de recueillir l'assentiment du patient. La remise au patient par le personnel soignant de la notification de la décision du JLD est tracée.

Il arrive que le JLD se déplace à Saint-Roch pour y rencontrer un patient qui ne peut pas se rendre à l'audience, notamment un patient placé en chambre d'isolement.

3.4.3 Les décisions rendues

Les statistiques tenues par le greffe du JLD indiquent 304 décisions rendues en 2014, 302 en 2015 et 300 au 1^{er} décembre 2016.

Ces 300 décisions se distribuent en 237 saisines par le centre hospitalier, 35 par le préfet et 28 par les patients. On relève :

- 240 maintiens ;
- 25 programmes de soins établis avant l'audience ;
- 4 mainlevées « sèches » ;
- 3 mainlevées avec programmes de soins ;
- 28 autres décisions dont :
 - deux demandes d'expertises ;
 - le recours du JLD à des expertises se heurte à la pénurie des experts, la contrainte des délais impartis conduisant à des « acrobaties juridiques ». Le JLD précise que ces recours ne valent pas marque de défiance envers les psychiatres traitants.
 - onze rejets de la demande de mainlevée.

L'exécution de la mainlevée peut être différée jusqu'à une journée afin de faciliter la sortie du patient dans des conditions satisfaisantes.

Le bureau des entrées relève, en 2015, cinq mainlevées de SPDT et six de SPDRE, dont une en raison du « manque de motivations dans l'arrêté municipal ».

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ASSUREE

Le règlement intérieur évoque⁸ la présence de majeurs protégés parmi les patients et les règles particulières à observer les concernant. Le livret d'accueil ne donne aucune information autre que l'existence du service social⁹ (Cf. *supra* chap. 3.2.2).

Un service du « mandataire judiciaire à la protection des majeurs », créé en 2012 et constitué par une personne à temps plein, gère une partie des patients du CHSM et des établissements médico-sociaux rattachés ; beaucoup de patients sont sous tutelle de l'union départementale des associations familiales de la Haute-Loire (UDAF 43) ou de tuteurs. Ce service a été responsable, pour l'année 2015, de vingt-neuf mesures de protection judiciaire sur le périmètre ainsi défini dont onze mesures pour les seules unités d'hospitalisation du CHSM. Au moment de la visite des contrôleurs, le mandataire assurait la protection judiciaire de vingt-huit personnes : vingt-quatre hospitalisées au CHSM et quatre dans les établissements médico-sociaux rattachés.

Ce service travaille en parallèle des autres tuteurs. Les applications informatiques « Cariatides » et « Gestion des entrées » du CHSM n'ont pas de disposition qui permettrait de connaître à un instant donné le nombre de patients placés sous protection judiciaire et la nature de ces mesures.

Le DIM a calculé que, sur l'année 2015, parmi les 2 286 patients hospitalisés à temps plein dans les différentes unités du CHSM, 620 – soit 27,2 % – avaient bénéficié d'une protection judiciaire, dont 476 étaient sous tutelle. Ainsi, en moyenne, un patient hospitalisé sur quatre est placé sous protection judiciaire, ce qui représente environ soixante patients parmi ceux hospitalisés à un instant donné.

Outre le mandataire judiciaire, l'UDAF 43, des associations tutélaires et des mandataires privés sont désignés par le juge des tutelles pour assurer cette protection judiciaire.

Les mandataires judiciaires :

- assurent la gestion financière des personnes protégées ;
- accompagnent aux audiences du JLD les patients qui les sollicitent, sous réserve de leur disponibilité ;
- sont associés à la mise en place des projets les concernant ;
- peuvent intervenir dans la préparation des programmes de soins, par exemple pour rechercher un logement ou un hébergement et en arrêter le financement.

En contact régulier avec les assistants sociaux, les soignants et les médecins, ils sont ainsi informés et consultés.

Dans l'ensemble, les mandataires peuvent se rendre sans difficulté dans les structures ; ainsi, ils entretiennent des contacts réguliers et suivis avec les soignants, les cadres et les médecins, permettant un bon retour d'information et un partage du parcours de vie des patients.

Des mandataires judiciaires assurent personnellement l'achat et la livraison de tabac au centre hospitalier, ce qui dispense les soignants de cette activité.

8 Cf. Articles 9 et 20

9 Cf. page 11

4.2 LES BIENS DES PATIENTS SONT GERES AVEC RIGUEUR ET EFFICACITE

Le règlement intérieur¹⁰ précise : « *Le dépôt des biens et valeurs n'est pas obligatoire mais il est recommandé. [...] Lorsque l'usager décide de conserver auprès de lui durant son séjour un ou plusieurs objets susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée en cas de perte, vol ou détérioration* ».

Le livret d'accueil¹¹ délivre des informations sur les modalités de dépôt et de retrait de ces biens et valeurs. Cependant, aucun document remis aux patients – notamment les règles de vie des unités – ne communique les horaires d'ouverture du « Bureau des biens des patients » ; ces horaires sont parfois affichés dans les unités.

A l'UAOU, est dressé sur un document formaté un inventaire des biens et des effets du patient. Cet inventaire est établi par le patient et un soignant, ou par deux soignants si le patient n'est pas dans un état de réceptivité suffisant. L'inventaire fait état des objets placés au bureau des biens des patients, de ceux conservés par le patient et de ceux remis à la personne qui l'a accompagné pour son admission à l'UAOU. Cet inventaire est ensuite retranscrit dans le dossier informatique du patient ; ce document dématérialisé, à la disposition de l'unité qui accueille le patient est mis à jour à chaque fois que le patient dépose ou retire un objet.

Quand un patient quitte l'UAOU pour une autre unité, un nouvel inventaire est fait.

Les objets et biens peuvent être déposés au bureau des biens des patients – tenu par deux agents – par le patient à son admission ou par le responsable de l'unité. Le bureau ne prend aucun vêtement. Les objets de petite dimension (bijoux, cartes au format carte bancaire, argent, etc.) sont déposés dans un coffre-fort ; les autres objets (téléviseur, four à micro-ondes, etc.) sont enfermés dans un cagibi.

Les patients peuvent faire des retraits et des dépôts complémentaires, seuls, accompagnés ou par l'intermédiaire d'un soignant, les jours ouvrables le matin entre 10h et 12h. Les soignants ont accès au bureau aux mêmes heures et l'après-midi de 14h à 15h30 pour faire tous les mouvements sauf les mouvements d'argent au profit des patients.

Recommandation

Les heures d'ouverture du bureau des biens des patients pourraient être aménagées afin que les soignants qui s'y rendent seuls pour des retraits d'argent au bénéfice des patients ne soient pas obligés d'attendre leur tour derrière les patients.

Tout mouvement fait d'abord l'objet d'une demande exprimée par le patient à un soignant de l'unité d'hébergement en début de matinée, avant l'heure d'ouverture du bureau des biens des patients – le plus souvent, le créneau horaire apparaît dans les règles de vie de l'unité – ; la demande est transcrite dans le fichier informatique du patient ; une fiche de mouvement est éditée puis remise au patient qui la signe en même temps que le soignant ; une copie est transmise par le réseau informatique interne du centre hospitalier. Ainsi au moment du retrait ou du dépôt, le bureau des biens est dûment informé. Cette procédure minimise les risques d'erreur.

10 Cf. Article 13 « Dépôt de valeur »

11 Cf. page 10

Les patients sous tutelle disposent d'un compte ouvert au bureau des biens des patients et peuvent y venir quotidiennement. Les retraits fréquents varient entre 5 et 60 euros. Le bureau voit passer en moyenne trente patients par jour.

Parfois des patients se retrouvent sans ressources. Une avance peut leur être consentie. Le bureau des biens des patients consent ces avances, de l'ordre de 15 à 30 euros, aux patients sur le « fonds de solidarité » du CHSM. Fréquemment, en parallèle, cette demande est accompagnée d'un appel par téléphone du patient vers le tuteur et ce dernier émet un fax d'accord vers le centre hospitalier.

Les contrôleurs n'ont reçu aucune observation de la part des patients sur ce système de gestion. Dans les unités, une armoire située dans la salle des soins abrite les biens d'usage courant et quelques valeurs des patients. Les soignants les gèrent avec rigueur et le niveau des sommes reste faible, au maximum quelques dizaines d'euros.

Dans la plupart des unités, les chambres demeurent ouvertes et les armoires contenant les affaires personnelles ne sont pas fermées à clé sauf exception. La disparition d'objets ou d'effets vestimentaires est rare, sauf dans l'unité Saint-Vincent, selon les informations recueillies par les contrôleurs.

4.3 L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL N'APPELLE PAS D'OBSERVATION

Le règlement intérieur indique¹² : « L'accès au dossier médical est possible selon la réglementation en vigueur. Pour connaître les modalités, l'usager de soins peut s'adresser au directeur et/ou à la commission des usagers ».

Le livret d'accueil précise¹³ la procédure à utiliser et les motifs qui peuvent présider à cette demande. Un document explicatif est disponible au bureau d'accueil du centre hospitalier ; il mentionne en outre les voies de recours ; ce document mériterait d'être plus largement accessible.

L'accès au dossier médical fait l'objet d'une procédure centralisée, identique pour tout l'établissement et quel que soit le demandeur – patient ou ayant droit. Cette procédure, conforme à la réglementation, respecte les droits des patients.

La demande de consultation de dossier en présence d'un médecin est exceptionnelle.

Les demandes concernent en général des patients ayant quitté l'établissement. Les rares demandes exprimées par les patients en cours d'hospitalisation sont suspendues par le patient : récemment un patient de l'unité Saint-Vincent a demandé à consulter son dossier ; la procédure lui a été expliquée et en définitive les explications fournies par son médecin traitant lui ont donné satisfaction.

En 2015, selon le bilan de la commission des usagers, quarante-six demandes de consultation de dossiers ont été reçues :

- aucun dossier n'a été traité hors délai ;
- deux demandes ont été considérées hors cadre ;
- huit demandes ont été classées sans suite ;

12 Cf. Article 18 « L'accès au dossier patient »

13 Cf. page 15

- trois dossiers n'ont pas été retirés par les demandeurs après leur mise à disposition ;
- trois dossiers ont été consultés sur place ;
- trente-neuf dossiers ont été demandés par les patients eux-mêmes et sept par des ayants-droits, aucun par des tuteurs ni des personnes mandatées.

Selon les informations tirées du bilan 2015 de la commission des usagers, aucune réclamation relative à l'accès au dossier médical n'a été présentée.

4.4 LE DROIT DE VOTE EST ORGANISÉ POUR TOUS LES SCRUTINS

Le règlement intérieur définit le respect des droits civiques¹⁴ : « *L'établissement s'organise afin que les droits civiques de chaque usager de soins soient exercés* ». Le livret d'accueil ne donne aucune information sur les modalités d'exercice du droit de vote.

Les patients peuvent exercer leur droit de vote pour toutes les élections) selon les modalités suivantes :

- quatre semaines avant le premier tour de scrutin, une note du directeur du centre hospitalier demande à chaque unité d'informer les patients qu'ils peuvent voter ou donner procuration, et indique le calendrier pour établir les procurations ;
- deux semaines avant le premier tour, les unités indiquent par messagerie interne au bureau des biens des malades les noms des mandants et les informations utiles sur les mandataires ; le bureau des biens des malades vérifie si les patients disposent du droit de vote et transmet les informations utiles au commissariat de police du Puy-en-Velay ;
- une semaine avant le premier tour, des fonctionnaires de police se rendent au bureau des biens du malade ou dans les unités pour rencontrer les patients à mobilité réduite ou interdits de sortie, afin d'établir les procurations valables pour une année.

Pour les élections proprement dites, des sorties peuvent être accordées aux patients concernés, sous réserve de l'accord médical pour ceux qui en ont besoin.

Cette méthode a permis l'établissement pour l'ensemble du site, de cinq procurations pour les élections municipales de 2014 et de trois pour les élections départementales de 2015 ; les contrôleurs n'ont pas eu connaissance du nombre de procurations établi pour les élections régionales de 2015.

La mise en place d'une organisation visant à permettre aux patients de participer systématiquement aux différentes élections est suffisamment rare pour être citée.

4.5 LES ACTIVITÉS RELIGIEUSES REPONDENT À LA DEMANDE DES PRINCIPAUX CULTES

Le règlement intérieur définit le respect de la liberté religieuse¹⁵ : « *Des représentants du culte de leur choix peuvent être sollicités* ». Le livret d'accueil précise¹⁶ : « *Vos volontés et croyances sont respectées. Pour rencontrer un ministre du culte de votre choix vous pouvez vous adresser à l'aumônerie de l'hôpital qui se chargera de vous mettre en relation avec le représentant du culte dont vous souhaitez avoir la visite ou le soutien* ».

14 Cf. Article 33

15 Cf. Article 34

16 Cf. page 13

Le CHSM dispose d'une aumônerie catholique, employant deux salariées pour un équivalent temps plein et s'appuyant sur deux bénévoles : un prêtre du diocèse du Puy-en-Velay et une religieuse. Le CHSM met à la disposition de l'aumônerie une chapelle et des locaux.

L'aumônerie tient à disposition les coordonnées des ministres des cultes protestant (Eglise réformée), israélite et musulman. Éventuellement, les coordonnées d'autres cultes représentés dans le département pourraient être recherchées et mentionnées.

Le document mis à la disposition des visiteurs et des patients à l'accueil du centre hospitalier donne les horaires des permanences, des ouvertures de la chapelle, des offices, mais ne fait apparaître ni la localisation précise de la chapelle et des locaux de l'aumônerie – le bâtiment de l'Assomption et la chapelle n'apparaissent sur aucun plan – ni que l'aumônerie a également pour mission de mettre les patients en relation avec les ministres des cultes protestant, israélite ou musulman.

Deux à trois fois par an, l'aumônerie organise une réunion des ministres des cultes représentés avec la participation d'un médecin du centre hospitalier.

Les aumôniers disposent de la liberté de circulation dans les unités à l'exception de Saint-Roch, où ils n'interviennent que sur demande. Les ministres des autres cultes sont en général accompagnés par l'un des aumôniers et présentés au responsable d'unité avant d'entrer en contact avec les patients.

Recommandation

La signalétique indiquant la localisation de la chapelle et de l'aumônerie mérite d'être améliorée, comme le plan du livret d'accueil. Les documents accessibles directement aux patients et à leurs familles doivent indiquer les coordonnées téléphoniques de l'aumônerie et la possibilité de joindre l'aumônerie par l'intermédiaire d'un soignant.

5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS L'ETABLISSEMENT EST TRES RESTREINTE Y COMPRIS POUR LES PATIENT EN SOINS LIBRES

Le tableau ci-dessous présente les restrictions de sortie dans l'enceinte de l'hôpital pour les patients en unités d'hospitalisation à temps complet.

Unité	Régime	Nb de patients		Espace extérieur sécurisé	Restrictions de sortie dans l'enceinte de l'hôpital	
		total	dont soins libres			
UAOU	fermée	3 max		Non	Aucune sortie	
Pôle adultes	Saint-Bernard	ouverte	23	23	Non	Sortie libre
	Saint-Vincent	Fermée	16	9	Oui	1 patient mineur en SL ne sort pas 1 patient en SL et un patient en SSC ne sortent qu'accompagnés
	Saint-Roch	fermée	12	0	Oui	Toute sortie accompagnée
	Saint-Michel 1	fermée	22	14	Oui	¾ peuvent sortir, certains avec limitations à 1 heure
	Sainte-Marthe	fermée	19	9	Oui	¾ peuvent sortir, certains avec limitations à 1 heure
	Saint-Gabriel	fermée	11	10	Oui	Aucune sortie
	M-Joseph	fermée	17	14	Oui	1 patient en SSC sort librement 2 patients en SSC sortent accompagnés
	Saint-Michel 2	ouverte	21	21	Non	Sortie libre dès le 2 ^{ème} jour
	Total		143	100		
Enfant s	L'Envolée	fermée	3	3	Oui	
Personnes âgées	Sainte-Cécile 1	fermées	20	50	Oui	
	Sainte-Cécile 2	fermées	20		Non	
	Sainte-Cécile 3	fermées	20		Non	
	Total		60	50		
Total		206	153			

A la lecture de ce tableau, il apparaît que, au sein du pôle « Adultes », seuls, quarante-trois patients, soit l'équivalent de deux ou trois unités, sont en soins sans consentement et que cinq des six unités fermées hébergent au moins la moitié de patients en soins libres ; de même, les trois unités du pôle « Personnes âgées » sont fermées pour dix patients en soins sans

consentement. Les patients en soins libres sont parfois autorisés à sortir mais restent cependant contraints de demander à un soignant de se déplacer pour ouvrir la porte.

Recommandation

Sur les 153 patients admis en soins libres, 109, soit 71 % sont placés dans des unités fermées. Toutes les unités fermées reçoivent une majorité de patients en soins libres à l'exception de Saint-Roch. Il doit être mis fin à cette atteinte à la liberté des patients en soins libres.

Il a été remis aux contrôleurs un formulaire intitulé « Consentement à l'hospitalisation dans une unité de soins fermée ». Ce document, destiné à être notifié à tout patient en soins libres qui est placé dans une unité fermée, est ainsi libellé :

« Vous venez d'être hospitalisé(e) en soins psychiatriques libres dans l'unité médicale [...] qui est fermée pour des raisons de sécurité et de surveillance. Vous êtes libre de circuler en fonction de votre état de santé, à l'intérieur de l'établissement, dans les limites liées au bon fonctionnement de l'unité. Nous nous engageons à vous transférer le plus rapidement possible et avec votre accord, dans une unité spécialisée ouverte. Acceptez-vous d'être hospitalisé(e), pour les soins qui vous sont nécessaires, dans cette unité de soins fermée ? ».

Le patient doit ensuite cocher une des deux affirmations suivantes : « *Oui, j'accepte ces conditions* » ou « *Non, je n'accepte pas ces conditions* » puis signer le formulaire. D'après les informations données aux contrôleurs, aucun patient n'a jamais déclaré qu'il n'acceptait pas ces conditions.

Une telle formulation ne donne aucune garantie de liberté de mouvement au patient, qui, sauf très rare exception, n'est jamais transféré dans une unité ouverte.

Selon des déclarations faites aux contrôleurs, ce document n'est plus proposé de façon systématique à la signature d'un patient entrant « *car il est l'objet de contestation a posteriori par le patient signataire, le centre hospitalier ne disposant pas d'unité ouverte capable d'accueillir les contestataires* ».

Recommandation

Le patient admis en soins libres qui est placé dans une unité fermée est invité à signer un document qui le prive de toute liberté de mouvement. Il convient de mettre fin à cette procédure.

5.2 LA VIE COURANTE : LES FONCTIONS LOGISTIQUES PARTICIPENT A UN DEROULEMENT RESPECTUEUX DES BESOINS QUOTIDIENS DES PATIENTS

5.2.1 La restauration

L'unité de production des repas en liaison froide est parfaitement conforme aux exigences de sécurité sanitaire au regard tant des locaux et des équipements que du processus de production. Les repas sont remis en température dans les unités et généralement servis dans des plats et non dans des barquettes ; à Saint-Bernard, les repas sont apportés dans des barquettes individuelles ou comportant quatre parts.

L'approvisionnement en produit frais d'origine locale est privilégié.

Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) se réunit régulièrement, au moins trois fois par an. Par ailleurs, une commission des repas, émanation du CLAN, examine l'élaboration de menus sur neuf semaines en respectant l'équilibre alimentaire. Il est fait application des préconisations du groupement d'étude des marchés en restauration collective et de nutrition (GEMRCN).

Il est donné la possibilité de demander des menus confessionnels, des menus diététiques et des repas pour des sorties extérieures.

Le personnel de la cuisine est composé de vingt-cinq agents, tous expérimentés et régulièrement formés.

Un dispositif informatique permet une bonne communication entre les besoins exprimés par les services et les repas livrés.

Les menus sont affichés dans la plupart des unités.

La perception de la qualité des repas servis à table est diversement appréciée par les patients. La remise en température, la manière de dresser les assiettes dans les services et la nature de certains produits (frites réchauffées) en sont peut-être des explications. Toutefois, dans les questionnaires de satisfaction de sortie des patients, le nombre d'observations négatives sur la restauration est extrêmement faible.

La perception par les patients de la qualité des repas est toujours subjective. Un extrait des commentaires 2015 sur le dépouillement des enquêtes de satisfaction le montre bien. Les trois premiers commentaires sur la restauration sont les suivants :

- *Bouffe excellente, variée, équilibrée, assez copieuse, parfois inventive. Je n'ai jamais laissé le moindre reste.*
- *Il y avait très souvent au menu du poisson (c'est bon pour le cerveau et les neurones et en plus, peu calorique). J'ai été très satisfait +++ ...*
- *Cuisine : peut faire mieux !*

Des patients ont regretté l'absence de tisane le soir.

5.2.2 L'hygiène

Le thème de l'hygiène a été examiné sous quatre aspects :

- l'hygiène des soins ;
- la lutte contre les bactéries multi résistantes ;
- l'hygiène de l'environnement (l'eau, le linge, les déchets) ;
- l'entretien du linge et le nettoyage des locaux.

Sur ces quatre approches, des protocoles sont mis en place et les résultats sont très positifs. L'observation faite par les contrôleurs dans les locaux généraux et les services de soins concourt à une perception d'ensemble très satisfaisante.

Des correspondants « hygiène » sont désignés dans toutes les unités de soins.

Des opérations de prévention sont conduites régulièrement (lavage des mains, hygiène buccodentaire).

Une équipe soudée travaille de manière pluridisciplinaire sous l'autorité du responsable qualité.

Le circuit du linge est conforme et une attention particulière est portée sur les effets des patients indigents. A l'unité Sainte-Marthe, le lavage du linge personnel des patients est assuré par les

familles. A défaut, le lavage est assuré par une entreprise externe ou par la buanderie du centre hospitalier ; la première méthode est préférée à la seconde en raison de difficultés qui ont été rencontrées dans le passé – vêtements rétrécis, déformés, etc.

Un stock de dépannage est conservé dans certaines unités, constitué par des dons de patients ou des effets abandonnés.

L'observation de l'environnement du site hospitalier permet de constater l'absence de pigeon, de rat, de chat (sauf un ou deux permettant de chasser les autres), de punaises de lits etc.

Toutefois, l'absence, dans deux tiers des unités d'hospitalisation, de sanitaires individuels dans des chambres de patients peut être très mal vécue par les personnes concernées, en particulier la nuit, et favoriser des épidémies de troubles intestinaux (« gastro-entérite ») telles qu'observées les deux dernières années dans l'établissement.

Recommandation

Dans certaines unités, des chambres ne disposent ni de lavabo ni de WC. Chaque chambre devrait disposer au moins d'un lavabo et d'un WC et, si possible, d'une douche.

5.2.3 La sécurité

La problématique de la sécurité est omniprésente dans l'établissement du fait de ses missions et de la nature des patients accueillis. Là encore, l'organisation d'un établissement de santé sur un foncier contraint à l'architecture hétérogène est une contrainte majeure.

L'établissement a mis en place de nombreuses mesures palliatives : désaffectation de locaux non conformes, équipe de sécurité, vidéosurveillance très développée.

La commission de sécurité a donné un avis favorable au fonctionnement de l'établissement au regard des mesures de prévention développées par l'équipe du responsable technique. L'ensemble des registres de sécurité (incendie, eau, électricité etc.) sont très bien tenus et n'appellent pas d'observations particulières.

Dans ce domaine comme dans d'autres, la direction soutenue par le personnel a su compenser les lacunes d'un site très contraint.

Compte tenu de ce préambule général, le contrôle a porté un regard particulier sur trois aspects relatifs au thème de la sécurité :

- le fonctionnement de l'équipe de sécurité composée de quinze agents ;
- le dispositif de vidéosurveillance et protection ;
- la formation du personnel confronté à des réactions violentes de patients en crise.

L'équipe de sécurité axe son travail sur la surveillance en général, l'accueil et l'orientation des visiteurs, le respect du bon ordre dans la circulation et le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital, ainsi que la formation du personnel et la collaboration avec les pompiers lors des exercices incendie qui se déroulent chaque année.

L'équipe apporte son concours lors de situations délicates avec des patients agités. Selon les déclarations faites aux contrôleurs, lorsqu'un membre du personnel d'un service de soins déclenche une alarme, des renforts arrivent des unités environnantes, de l'UAOU et du poste de garde ; les équipes de sécurité du poste de garde peuvent être conduites à prêter main forte au personnel pour maîtriser un patient particulièrement agité. Si l'on peut comprendre et approuver

que les agents de sécurité soient appelés en renfort pour faire nombre auprès du patient, il ne peut être envisagé qu'ils interviennent directement au contact physique du patient. La maîtrise du patient agité doit demeurer un soin prodigué dans un cadre professionnel et éthique. Des témoignages contradictoires ont été entendus par les contrôleurs sur ce sujet. La hiérarchie de l'équipe est pourtant fermement opposée à de telles dérives.

Recommandation

En aucun cas les agents de l'équipe de sécurité ne peuvent intervenir au contact direct et physique d'un patient agité. La maîtrise du patient agité est un acte de soin qui doit relever exclusivement des soignants.

L'usage de la vidéosurveillance au sein de l'établissement est très répandu et utile compte tenu de la configuration du site. Les renvois d'images sur les services de soins sont correctement traités. Le local de l'équipe de sécurité ne reçoit que les images des lieux collectifs et en aucun cas des services de soins.

Cependant, le dispositif de vidéosurveillance est développé au sein même de certaines chambres d'isolement. Cette pratique est d'autant moins acceptable que ces mêmes chambres sont dépourvues de sanitaire et que la caméra balaye l'ensemble du local y compris l'endroit où peut être déposée une cuvette hygiénique (Cf. *infra* chap. 5.6.1).

Depuis 2007, il a été mis en place une formation « self-sauvegarde » destinée à faire partager des techniques propres à la maîtrise des patients pouvant causer un risque pour eux-mêmes et pour le personnel. Le référentiel de formation, porté par un cadre supérieur de santé et un formateur spécifique (ex aide-soignant), est particulièrement bien construit. Il décline les situations à risques, fait appel au *self-control* des soignants et présente des méthodes de maîtrise du patient sans coup porté. Cette formation développe l'idée de la prévention, du contrôle émotionnel des intervenants, du désamorçage du conflit et de la maîtrise respectueuse du patient si nécessaire, compatible avec l'éthique professionnelle d'un soignant.

En théorie, le référentiel est parfaitement adapté aux besoins. Force est de constater son efficacité dans l'établissement puisque les accidents du travail liés au contact avec les patients ont sensiblement diminué ces quatre dernières années.

Toutefois, si l'intitulé de cette formation « self sauvegarde » correspond à son contenu, les contrôleurs s'interrogent sur des glissements de vocabulaire et de termes moins conformes à l'éthique qui doit prévaloir. Ainsi, cette formation semble porter des intitulés divers selon les supports : « *formation face aux situations de violence des patients* », voire « *formation violence* ».

Par ailleurs, l'ensemble des dispositifs de sécurité évoqués (équipe, vidéo, formation) ne peut exempter l'institution de conduire une réflexion d'ensemble sur la problématique de la sécurité et de la représentation de la dangerosité réelle ou fantasmée de la personne malade.

Recommandation

La formation « self sauvegarde » semble encore trop présentée comme une méthode de protection du personnel. Elle doit être contextualisée et interroger la violence institutionnelle liée à l'enfermement.

Dans sa réponse, la directrice par intérim précise :

« Un aide-soignant est détaché à hauteur de 0,2 ETP comme formateur interne à la méthode self sauvegarde, ayant une formation initiale SIFAM. La formation SIFAM a deux objectifs : protéger les patients lors d'un accès de violence et enseigner des méthodes de sauvegarde pour les professionnels lors de ces accès de violence. Son contenu consiste en :

- éducation gestuelle spécifique compatible avec le soin face aux malades agrippés et agités ;*
- exercices de dégagements, immobilisations, conduites et escortes, jeux de rôles par applications ciblées, contrôle du stress ;*
- bases : bases neuro-motrices, fondamentaux, contrôle émotionnel, désamorçage, signes prémonitoires ;*
- notions théoriques : notions réglementaires et juridiques, principes de sécurité physique, tactiques et stratégies ».*

5.2.4 Les transports

Le parc automobile, composé de soixante-six véhicules légers et d'une dizaine de minibus, répond aux besoins de l'établissement et à ses missions : visites à domicile, sorties de patients pour des activités, déplacements des soignants sur les sites de soins ambulatoires, démarches etc.

Un logiciel avec une communication simple sur le site intranet permet de réserver un véhicule.

Il n'a pas été relevé de plainte du personnel concernant une disponibilité insuffisante de véhicules, par ailleurs bien entretenus.

Le stationnement est aisé sur le site compte tenu des aménagements *ad hoc* et de règles de stationnement relativement bien respectées.

Les visiteurs disposent de places de stationnement. Une liaison en bus existe de la gare du Puy à l'établissement au rythme d'un passage toutes les demi-heures le matin et le soir et au rythme d'une heure durant la journée (10h à 17h).

5.2.5 L'accès au tabac

L'accès au tabac est théoriquement possible dans les espaces extérieurs. Il y a peu d'interdits écrits et pas de réglementation contraignante. La difficulté porte davantage sur la capacité de l'institution à permettre les sorties des patients dans des espaces extérieurs sécurisés. Pour des personnes admises en soins libres dans un service fermé, il faut que le patient demande l'autorisation de sortir, qu'il puisse le faire (mobilité), qu'un agent soit disponible pour lui ouvrir la porte et qu'il puisse être accompagné dans les situations le nécessitant. Toutefois, les services fermés ont des espaces fumeurs accessibles. Là encore, les contraintes architecturales ne rendent pas aisé l'accès au tabac. Dans les unités visitées, les patients fumeurs doivent déposer leurs tabacs et briquets dans des armoires gérées par le personnel du service.

La directrice par intérim a souhaité préciser que : « *Le tabac et les briquets sont, en principe rendus le soir, selon l'état du patient* ».

Les mineurs n'ont accès au tabac que sur autorisation expresse de leur représentant légal.

5.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT CONTRAINTEES

5.3.1 Le téléphone

Les cordons d'alimentation sont conservés dans les casiers individuels placés dans le bureau des infirmiers. En général, même lorsque ce n'est pas imposé, les patients préfèrent y déposer aussi leurs téléphones portables par mesure de sécurité. Les téléphones sont mis en charge pendant la nuit.

Dans deux unités, les patients ne sont pas autorisés à conserver leurs téléphones portables et doivent les remettre systématiquement au personnel soignant, et l'utilisation du téléphone est soumis à des règles pour l'ensemble des patients.

Le tableau ci-dessous présente les règles d'utilisation des téléphones pour les patients en unités d'hospitalisation à temps complet du pôle « Adultes ».

Unité	Régime	Nb de patients		Règles d'utilisation des téléphones
		total	dont soins libres	
Saint-Bernard	ouverte	23	23	Libre
Saint-Vincent	fermée	16	9	Pas de règle systématique 1 patient : utilisation après 17h
Saint-Roch	fermée	12	0	Un seul appel par jour Portable remis systématiquement aux infirmiers 5 des 6 patients en chambre d'isolement : appels interdits
Saint-Michel 1	fermée	22	14	Utilisation libre
Sainte-Marthe	fermée	19	9	Utilisation libre
Saint-Gabriel	fermée	11	10	Portable remis systématiquement aux infirmiers 1 patient : appels autorisés entre 19h et 20h30
M-Joseph	fermée	17	14	Utilisation libre
Saint-Michel 2	ouverte	21	21	Utilisation libre

Recommandation

Les restrictions de communication des patients avec leurs proches font partie des règles de vie de certaines unités. Une telle atteinte aux libertés fondamentales ne peut être systématique ni résulter de mesures d'organisation ; elle doit être individualisée et clairement justifiée. Cette recommandation avait déjà été formulée dans un courrier du CGLPL à la direction du CHSM le 14 novembre 2015.

Dans sa réponse, la directrice par intérim précise :

« Sur les huit unités temps plein citées, le téléphone est en accès libre pour six d'entre elles. Seules Saint-Roch et Saint-Gabriel font l'objet d'une restriction médicale du fait de leur population spécifique. A Saint-Gabriel, la majorité des patients ne sont pas détenteurs d'un téléphone portable personnel et ce, en raison de leur pathologie. Il n'y a pas de règle systématique à l'unité Saint-Gabriel, seul un patient possède un téléphone ; il en dispose selon de horaires définis avec lui et sa famille. Les autres n'ont pas de téléphone, ils sont dans l'incapacité de les utiliser. Nous leur passons leur famille avec le téléphone du service ». Pour le CGLPL, la recommandation demeure car les unités Saint Roch et Saint Gabriel ne possèdent pas de règles de vie (Cf. infra § 3.2.4).

Dans chaque unité, les patients disposent d'un ou deux postes téléphoniques fixés au mur dans un lieu de passage, sans aucune isolation phonique. Pour appeler, le patient doit donner le numéro de son correspondant à un infirmier, qui le demande au standard de l'hôpital puis, lorsqu'il a la communication sur le poste du bureau des infirmiers, le transmet sur le poste que le patient peut utiliser. Les appels sont facturés au patient. La procédure est identique pour les appels reçus : ceux-ci arrivent dans le bureau des infirmiers, qui en informent le patient destinataire puis lui transmettent la communication.

Recommandation

Les postes téléphoniques mis à la disposition des patients dans les unités d'hospitalisation sont de simples postes fixés au mur dans des lieux de passage, sans aucune isolation phonique. Ces installations doivent être modifiées pour garantir la confidentialité des conversations.

5.3.2 Le courrier

Le courrier n'est contrôlé que pour les patients détenus, pour lesquels sont appliquées les consignes données par l'administration pénitentiaire.

5.3.3 La télévision

Toutes les unités d'hospitalisation du pôle « Adultes » sont équipées d'un unique téléviseur, sauf Saint-Bernard, qui en possède deux, ce qui génère parfois des conflits entre les patients à propos du choix de la chaîne à afficher.

Recommandation

Une seule unité dispose de deux téléviseurs. Il conviendrait de mettre deux téléviseurs dans chaque unité afin d'offrir un minimum de choix aux patients.

5.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Selon les termes du livret d'accueil, « les téléviseurs ou ordinateurs personnels ne sont pas autorisés au sein de l'unité »¹⁷, ce qui est en contradiction avec les directives du « Règlement intérieur à destination des usagers de soins », document de l'association s'appliquant à l'ensemble de l'établissement, qui indique : « L'utilisation des appareils multimédias ne doit pas gêner le repos et le bien-être des usagers de soins et se fait sous la responsabilité de son titulaire. Leur utilisation peut être restreinte pour des raisons thérapeutiques sur décision du responsable médical concerné »¹⁸.

Dans la pratique, seuls quelques patients des unités Saint-Michel 1 et 2 disposent d'un ordinateur personnel.

Le centre hospitalier n'est pas équipé de Wifi.

Les patients ont un accès à des ordinateurs à l'espace rencontre (Cf. *infra* chap. 5.8.3).

Recommandation

L'interdiction de détenir un appareil électronique ne doit pas être générale mais personnalisée et justifiée par prescription médicale.

5.3.5 Les visites

Les unités d'hospitalisation temps plein ne disposent pas de pièce aménagée pour les visites. Souvent, les visiteurs s'installent dans l'espace d'attente, sans aucune intimité ; à Sainte-Marthe, une « salle de visite » est constituée de cinq sièges et deux tables placés contre le mur dans une partie élargie d'un couloir.

En général, les visites se déroulent dans l'espace rencontre. Parfois, elles peuvent avoir lieu dans la chambre du patient sous réserve qu'il y soit seul.

Les visites des enfants sont autorisées sans limitation d'âge.

Recommandation

A quelques rares exceptions près, les visites des familles ne peuvent se dérouler que dans les chambres, dans un lieu de passage ou dans un espace public extérieur à l'unité. Il convient de mettre à la disposition des familles une pièce conviviale au sein de chaque unité d'hospitalisation, leur permettant de rencontrer leur proche dans son lieu de vie.

17 Cf. p. 12 du livret d'accueil

18 Article 37 du livret d'accueil

5.4 LES SOINS SOMATIQUES SONT BIEN ASSURES

5.4.1 L'accès au médecin généraliste

Jusqu'en 2014, les soins somatiques étaient dispensés par des omnipraticiens libéraux intervenant à la vacation. Depuis, ils sont assurés par sept médecins somaticiens en CDI organisés en binôme dans deux services « étanches » : le pôle de psychiatrie de la personne âgée avec trois médecins et le pôle de psychiatrie « adultes » avec quatre médecins. A ces médecins seniors, s'ajoutent deux internes.

Les médecins se rendent matin et après-midi dans les unités ; ils sont intégrés dans les équipes de soins et participent aux réunions d'équipe.

Dans les dossiers médicaux, les observations médicales des omnipraticiens et des psychiatres ne sont pas disjointes.

Les axes de travail des omnipraticiens concernent les champs curatifs et préventifs.

Plus particulièrement, les médecins examinent de façon extensive les patients entrants, prévoyant pour ce faire une consultation d'une heure, s'intéressant systématiquement à la consommation de tabac et aux risques cardio-vasculaires.

Pendant la journée, les médecins assurent les urgences médicales et, si besoin, des urgences du registre psychiatrique.

En tant que de besoin, les patients sont adressés en urgence ou pour des soins programmés au centre hospitalier Emile Roux. Une convention lie les deux établissements.

Les omnipraticiens indiquent que les relations avec des médecins d'établissements de « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO) peuvent être « compliquées », pouvant conduire à une « perte de chance » pour des patients. Au moment de la visite des contrôleurs, un travail était en cours afin d'améliorer ces relations.

Ils indiquent se trouver *de facto* médecin généraliste traitant un certain nombre de patients mais ne pas pouvoir être choisis et déclarés comme tel dans le cadre du parcours de soins coordonnés mis en place par l'assurance maladie. Ne pouvant pas en conséquence leur faire bénéficier des dépistages organisés par l'association régionale des dépistages organisés des cancers (ARDOC) - Auvergne, ils se trouvent en difficulté pour assurer aisément la prévention personnalisée des risques de santé.

5.4.2 Les consultations spécialisées

Un cardiologue consulte deux fois par semaine. Des écho-dopplers peuvent être réalisés si besoin.

Les soins dentaires sont assurés sur place par un dentiste.

Tous deux relèvent de la pharmacie et exercent dans des locaux qui en sont proches.

Tous deux jouissent d'une très bonne réputation.

5.4.3 La pharmacie

La pharmacienne a accès à l'ensemble du dossier informatisé du patient. Les prescriptions des psychiatres et des somaticiens sont fondues dans une seule prescription. La pharmacienne analyse l'ensemble des prescriptions au regard des antécédents somatiques et plus particulièrement cardiologiques.

La pharmacie bénéficie depuis peu d'un automate pour la préparation des médicaments. Cet automate fonctionne à partir des prescriptions des médecins dans le dossier informatisé du patient. Les médicaments sont délivrés dans les unités trois fois par semaine dans des sachets individuels par patient, par prise et par jour, permettant d'en contrôler le contenu et la forme galénique. De fait, les unités d'hospitalisation disposent d'un stock limité, sauf l'UAOU qui, en tant que de besoin, prend le relais de la pharmacie pendant ses heures de fermeture et répond alors aux besoins inopinés des autres unités.

La pharmacienne anticipe les consommations de spécialités pharmaceutiques afin d'éviter les ruptures de stock. Elle établit le « palmarès des médicaments prescrits ». Elle est conduite à prendre aussi en compte le conditionnement des médicaments dans le choix de ses sources d'approvisionnement afin qu'il soit compatible avec l'utilisation de l'automate.

5.5 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La question de la sexualité, si interrogée, apparaît comme une préoccupation partagée par bon nombre de soignants. « *On a du mal à en parler* ».

Le personnel soignant oscille, souvent avec perplexité, entre considérer la vie sexuelle et son expression chez les patients au même titre que chez toute personne, et veiller à préserver les patients de tout abus ou emprise en lien avec leur *a priori* possible vulnérabilité, plus particulièrement une altération de leur capacité à consentir en raison de leur état clinique.

Si l'expression de la sexualité n'est pas interdite comme telle, elle s'avère de fait limitée notamment dans ses aspects les plus intimes, voire *de facto* interdite.

Ainsi, des soignants rapportent que, si deux patients sont découverts « regroupés » dans une même chambre, il leur est indiqué « *qu'un hôpital est un hôpital, qu'on est là pour être soigné* ».

« *Deux patients n'ayant pas à être dans la même chambre, les patients sont alors séparés* ».

Il en est de même si son expression, sans être par trop intime, est en public par trop démonstrative.

Les omnipraticiens, auxquels les patients se confieraient plus facilement sur cette question, ont tenté d'approcher cette question à travers leur champ de compétence par le biais de la contraception et des infections sexuellement transmissibles (IST). Les patients sont décrits comme « demandeurs ». Des réunions d'information à leur destination ont été proposées. Dans une unité, l'affiche a disparu « très rapidement ».

A Saint-Vincent, un signalement avait été effectué deux mois avant la visite des contrôleurs, à la suite d'un attouchement commis sur une patiente de l'unité par un patient d'une autre unité.

A Saint-Roch, il est arrivé une fois qu'un visiteur ait des relations sexuelles avec un patient.

La question de la sexualité, bien que très présente, apparaît n'avoir été abordée et travaillée institutionnellement qu'à l'unité Saint-Gabriel. Elle ne l'a pas été dans le cadre de l'espace de réflexion éthique. Il a été déclaré aux contrôleurs qu'un travail associatif aurait été fait sur cette thématique en 2012.

Recommandation

La question de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion au niveau de l'établissement.

5.6 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION : LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT INDIGNES, LA CONTENTION EST PEU PRATIQUEE

5.6.1 L'isolement

a) Les chambres d'isolement et les « chambres/salles d'apaisement »

Selon les informations données aux contrôleurs, le CHSM dispose des chambres d'isolement et des « chambres/salles d'apaisement » suivantes :

	Unité de soins	Nombre de chambres d'isolement	Nombre de chambres/salles d'apaisement
Pôle « Personnes âgées »	Sainte-Cécile 1	1	
	Sainte-Cécile 2	0	0
	Sainte-Cécile 3	0	0
Pôle « Adultes »	UAOU	1	0
	Saint-Bernard	0	0
	Saint-Roch	6	0
	Saint-Vincent	1	0
	Sainte-Marthe	1	0
	Saint-Michel 1	1	0
	Saint-Gabriel	0	1
	Marie-Joseph	0	2
Pôle infanto-juvénile	Chenilles	0	0
	Envolée	0	1
TOTAL		11	4

Ce tableau laisse apparaître que six unités de soins disposent d'au moins une chambre d'isolement, trois d'au moins une chambre d'apaisement et cinq unités de soins ne disposent ni de chambre d'isolement ni de chambre d'apaisement.

A l'UAOU, une des deux chambres ordinaires est identifiée comme pouvant être utilisée en tant que de besoin comme chambre dite « sécurisée » pour des patients ne relevant pas *stricto sensu*

d'une chambre d'isolement, une fois débarrassée des éléments mobiliers ou autres objets pouvant être utilisés par destination de manière auto- ou hétéro-agressive.

Recommandation

Les chambres d'isolement ne doivent pas figurer au tableau des lits d'hospitalisation autorisés (ou lits « administratifs ») ni être utilisées comme des chambres ordinaires. Tout patient doit conserver un lit d'hospitalisation ordinaire pendant son séjour en chambre d'isolement.

b) Les chambres d'isolement

i) La nature des chambres d'isolement

Les chambres d'isolement sont toutes hors normes et indignes, qu'elles soient de construction récente ou non.

Quatre des onze chambres d'isolement ne disposent pas de sanitaires et sont dotées d'une chaise percée.

Elles ne disposent pas de dispositifs d'appel ou d'interphone. Elles ne disposent pas toutes d'horloge. Dans l'une d'entre elles, un patient devrait sortir de son lit pour finir par apercevoir l'heure sur l'horloge d'un campanile de l'hôpital. La luminosité naturelle est parfois insuffisante.

La vidéosurveillance est de règle. De fait, le personnel soignant admet pouvoir assurer une certaine surveillance sans être amené à aller aussi régulièrement dans la chambre.

La vidéosurveillance couvre sans floutage toute la chambre, y compris s'il s'y trouve une chaise percée.

Ces chambres sont rarement situées à proximité du poste infirmier.

A l'UAOU, la chambre d'isolement, de construction récente, est en bon état et bien entretenue ; elle était inoccupée lors de la visite. Elle ne dispose ni de sanitaire, ni de douche. Une horloge digitale est fixée au mur et une caméra de vidéosurveillance dans un coin au plafond. Cette vidéosurveillance est à destination du poste de soins. Il n'y pas de bouton d'appel. Elle n'ouvre sur aucun espace extérieur.

L'unité Sainte-Cécile, du pôle de géronto-psychiatrie, dispose d'une chambre d'isolement non conforme aux normes et aux besoins du patient : sans sanitaire, sans toilette, sans horloge, sans appel malade, dotée d'une vidéosurveillance constante dont les images sont renvoyées en salle de soins.

La chambre d'isolement de Saint-Vincent est une pièce nue meublée d'un lit scellé au sol et équipée d'une horloge affichant la date et l'heure. Aucun local de toilette ou wc n'est accessible librement par le patient, qui ne peut se soulager qu'au moyen d'une chaise percée. Il ne dispose d'aucun moyen d'appeler, d'allumer la lumière, d'entrouvrir la fenêtre ou de manœuvrer les stores électriques. Une caméra de vidéosurveillance couvre l'ensemble de la chambre ; elle comporte un microphone permettant d'entendre le bruit dans la chambre mais pas de dialoguer avec le patient. L'image de la caméra est reportée sur un écran placé dans le bureau des infirmiers ; ceux-ci se déplacent régulièrement jusqu'à la chambre d'isolement – située en face de leur bureau –, dont la porte comporte un fenestron avec un volet verrouillé par une serrure.



La chambre d'isolement de Saint-Vincent

Parfois, le médecin prescrit un « isolement si nécessaire », auquel cas le personnel soignant peut placer le patient en chambre d'isolement avant d'en avoir prévenu le médecin.

Au moment de la visite des contrôleurs, deux patients dont un en soins libres étaient dans cette situation ; ils étaient placés en chambre d'isolement deux fois par jour pendant une heure « *car ils perturbent les autres patients* ». Par ailleurs, « *en raison de ces placements quotidiens* », ils y dormaient également souvent « *afin de ne pas être perturbés* », la porte restant alors ouverte ; ce mode d'occupation ne fait pas l'objet d'une traçabilité.

Il arrive que la chambre d'isolement soit utilisée comme « chambre d'apaisement » : le patient est invité à s'y rendre pendant une durée généralement inférieure à une heure ; au besoin, la porte est fermée. Une telle décision peut être prise par le personnel soignant sans l'intervention d'un médecin. Cette procédure n'est pas inscrite sur les registres de la chambre d'isolement.

La chambre d'isolement sert aussi parfois de chambre d'appoint en cas de sur occupation ; il y est alors ajoutée une table et une chaise. Dans le rapport de 2015 de l'unité, il est signalé :

« La chambre d'isolement est utilisée en permanence par un patient, soit en isolement pur ou en chambre ouverte. Or de par sa conception sécuritaire, elle n'offre pas le confort attendu par les patients. De plus, en cas d'agitation d'un patient, nous sommes obligés de faire des changements de chambre en urgence, ce qui vient parfois majorer les troubles déjà présents et augmenter les risques pour les patients ou les personnels ».

A Saint-Roch, chacune des six chambres d'isolement dispose d'une salle d'eau – avec douche, wc, lavabo et miroir – qui peut être verrouillée sur prescription médicale si l'état du patient le nécessite et notamment durant les premiers jours de son admission ; une caméra floutée y est disposée. La chambre est équipée d'une horloge avec date, jour et heure, d'un interphone et d'un bouton d'appel. Une fenêtre donne sur la cour ; elle est couverte d'une feuille rendant la vue impossible depuis l'extérieur ; elle peut être entrouverte par le patient, après avoir été

déverrouillée par un soignant, sur une largeur de 10 cm. L'interrupteur du plafonnier est placé à l'extérieur de la chambre. Quatre chambres d'isolement ont un accès direct sur la cour.

Une commande placée dans le couloir près de la porte de la chambre permet de couper les possibilités d'appel par l'occupant de la chambre : « *parfois, un patient passe son temps à appeler* ».

Recommandation

Le patient placé en chambre d'isolement doit pouvoir appeler à tout moment. Il est dangereux et inacceptable de couper le système d'appel d'un patient qui appellerait « trop souvent ».

Chaque chambre d'isolement fait l'objet d'une vidéosurveillance avec une caméra couvrant l'ensemble de la chambre et une autre caméra floutée située dans la salle d'eau.

La famille est informée dès qu'un patient est placé en chambre d'isolement et lorsqu'il en sort ; l'information est donnée par téléphone, éventuellement par le patient lui-même s'il le souhaite.

Lorsqu'un patient est en chambre d'isolement, ses possibilités de téléphoner sont limitées selon une prescription médicale. Dans tous les cas, il peut téléphoner librement à son avocat en utilisant un téléphone sans fil et en présence d'un infirmier.

Il a été déclaré aux contrôleurs que lorsqu'un patient quittait une chambre d'isolement, il faisait l'objet d'un *débriefing*.

Au moment de la visite des contrôleurs, les six chambres d'isolement de Saint-Roch étaient occupées par des patients en soins sans consentement :

- un patient y était placé depuis treize mois ;
- un patient depuis six mois ;
- deux patients depuis une semaine ;
- un patient depuis quatre jours ;
- un patient depuis deux jours.

Les deux patients placés depuis le plus longtemps sont de jeunes autistes particulièrement agités et difficiles. Ils bénéficient de sorties pour aller dans la cour mais aussi pour aller regarder la télévision ou prendre leurs repas avec les autres patients lorsque leur état le permet.

Les quatre autres patients étaient placés en chambre d'isolement dans le cadre de la période initiale de soins et d'observation. Ils sont en pyjama, ne sont pas autorisés à téléphoner, à recevoir de visite, à sortir dans la cour et prennent leurs repas dans leurs chambres. Faute de chambre disponible, ils devraient y rester à l'issue de la période initiale mais la porte resterait alors ouverte ; cette situation, dénommée « isolement ouvert », ne fait pas l'objet d'une traçabilité particulière.

A Sainte-Marthe, Une chambre individuelle et la chambre d'isolement, situées dans une autre aile, disposent chacune d'un local sanitaire situé de l'autre côté du couloir d'accès. La chambre d'isolement est accessible après le franchissement d'un sas dans lequel une porte donne accès à un wc et à un lavabo ; ce local sanitaire est équipé d'un bouton d'appel.

La chambre d'isolement est équipée d'un lit scellé au sol. Une caméra est fixée au plafond ; l'écran est déporté dans la salle de soins. La fenêtre ne peut pas être ouverte. Un volet permet d'occulter la lumière du jour ; il est commandé par un interrupteur situé hors de la pièce, comme

celui du plafonnier. La porte d'accès comporte un oculus. La pièce est climatisée, à température ambiante.

La chambre d'isolement ne comporte pas d'horloge ; les horloges du clocher sont visibles par la fenêtre sous réserve de se pencher – les contrôleurs n'ont pas vérifié si elles étaient éclairées la nuit.

La chambre d'isolement ne possède aucun équipement sanitaire. Un seau hygiénique est disposé la nuit. Une salle d'eau (douche avec siège pliable, barre d'appui, porte-serviettes faisant office de séchoir, lavabo, miroir, WC, porte sans oculus fermable de l'intérieur par un verrou) est située à quelques mètres.

Les appels des sonnettes d'appel sont répercutés sur des appareils portables, détenus par les soignants et sur lesquels apparaît l'emplacement du lieu de l'appel.



La chambre d'isolement de Sainte-Marthe et le clocher vu à travers la fenêtre

Le rapport d'activité de l'année 2015 mentionne que la chambre d'isolement est régulièrement utilisée en chambre standard ouverte.

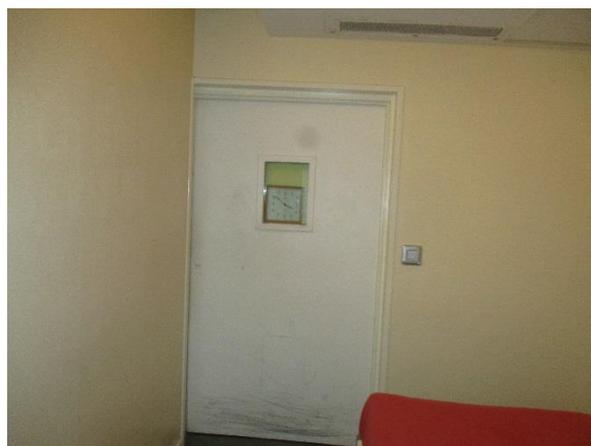
A Saint-Michel, la chambre d'isolement est équipée d'un lit scellé au sol. Une caméra est fixée au plafond. La fenêtre ne peut pas être ouverte. Un volet permet d'occulter la lumière du jour ; il est commandé par un interrupteur situé hors de la pièce, comme celui du plafonnier. La porte d'accès comporte un oculus dont une partie est occupée par une horloge et l'autre partie est obturée : lorsque la porte est fermée, seule la caméra, dont l'écran est déporté dans la salle de soins, permet de voir la totalité de la chambre d'isolement. La pièce est climatisée, à température ambiante.

La chambre d'isolement ne possède aucun équipement sanitaire. Une chaise percée peut y être placée. Une salle d'eau (douche avec siège pliable, barre d'appui, porte-serviettes faisant office de séchoir, lavabo, miroir, WC, porte sans oculus fermable de l'intérieur par un verrou) est située à quelques mètres.

Elle dispose d'une sonnette d'appel. Si un patient est évalué comme dangereux, la consigne et la pratique sont d'« *ouvrir le moins souvent possible* ».

Les appels des sonnettes sont répercutés sur des appareils portables, détenus par les soignants et sur lesquels apparaît le gisement du lieu de l'appel.

On note l'absence d'espace extérieur aisément accessible en toute sécurité depuis la chambre d'isolement.



La chambre d'isolement de l'unité Saint-Michel 1

Recommandation

Toutes les chambres d'isolement doivent être mises aux normes et disposer d'une partie sanitaire, d'une pendule et d'une possibilité d'accès à l'extérieur en toute sécurité. La vidéosurveillance installée dans les chambres d'isolement doit préserver l'intimité des patients.

ii) La procédure

Etablie le 8 mars 2013, la procédure de placement à l'isolement devait être revue en mars 2016 ; au moment de la visite des contrôleurs, cette révision n'avait toujours pas été faite.

La procédure en vigueur a pour objet de « permettre une prise en charge pertinente de l'isolement à but thérapeutique, dans une sécurité maximum pour le patient et les soignants » et « d'en assurer la traçabilité ». Elle précise les conditions suivantes :

Indications	Contre-indications
Patient violent ou menaçant de le devenir..., en l'absence d'autre moyen de contrôle	Utilisation à titre de punition
Patient refusant les soins, alors que son état de santé l'impose	Etat clinique d'un patient : non conforme à l'isolement
Isolement intégré dans un programme thérapeutique	Utilisation dans le but d'améliorer le confort de l'équipe de soins et de réduire son anxiété
Isolement en vue d'une diminution des stimuli	Utilisation pour pallier un manque de personnel
Isolement à la demande du patient	

En principe, la température ambiante de la chambre doit être vérifiée. Les contrôleurs ont constaté que la température était identique à celle des autres chambres.

Cette procédure dispose qu'il s'agit d'une « décision d'ordre médical », mais aussi que « si des faits imposent de prendre rapidement des mesures urgentes..., la décision peut être prise par l'équipe de l'unité de soins », le médecin de l'unité (ou le médecin de garde) en étant « aussitôt

averti, une décision médicale devant, le plus rapidement possible, venir confirmer ou infirmer par une prescription écrite la mise en chambre d'isolement et ses modalités ».

« La fiche de prescription et de surveillance d'isolement thérapeutique est renseignée tous les jours par le médecin prescripteur ». Elle permet au personnel soignant de valider et d'horodater ses actions.

Cette fiche prévoit de renseigner la modalité d'hospitalisation – « *SPRE, SPDT, SPPI ou SPL* ». Elle prévoit de possibles « *sorties temporaires de la chambre d'isolement* » accompagnées ou non.

Y est associée la possible prescription de « *contention physique* », « *en continu ou en cas d'agitation physique, complète ou partielle* ».

Cette fiche se termine sur l'information du patient, ainsi que de son entourage, des « *raisons, buts et modalités de la mise en chambre d'isolement (et de la contention)* » et sur le recueil de son vécu à l'issue de la procédure.

iii) Le statut des patients placés à l'isolement

Des patients en soins libres peuvent être placés à l'isolement sur des durées significatives sans que la question d'un changement de statut soit examinée. Ce point n'apparaît pas dans le protocole.

Il a été évoqué aux contrôleurs le cas d'une mineure de 13 ans qui avait été placée en chambre d'isolement pendant deux jours, dans l'unité Saint-Roch en raison de l'absence de chambre d'isolement dans l'unité de pédopsychiatrie. Il n'existe pas de protocole concernant le placement d'un mineur en chambre d'isolement.

iv) Le registre

Le statut du patient – soins sans consentement ou soins libres – n'apparaît pas ni son unité d'appartenance. Il s'avère à ce jour impossible de relier, pour l'ensemble des patients, statut et placement en isolement.

Dans sa réponse, la directrice par intérim précise : « Le registre papier a été installé et généralisé à l'ensemble du CH Sainte-Marie 43, à partir de juin 2016, en attendant le relais pris par Cariatides en 2017. Il était conforme aux attentes réglementaires ».

Recommandation

Le placement de tout patient en chambre d'isolement doit être tracé et porté sur le registre, quelles que soient les modalités de sa mise en œuvre. Le registre doit contenir les informations nécessaires et suffisantes pour participer à l'amélioration des pratiques professionnelles, conformément aux dispositions de l'article L322-5-1 du code de la santé publique. Le changement de statut des patients en soins libre placés en chambre d'isolement doit être examiné dans les plus brefs délais.

c) Les « chambres/salles d'apaisement »

Quatre « chambres/salles d'apaisement » sont repérées au sein du centre hospitalier : deux à l'unité Marie-Joseph, une à l'unité Saint-Gabriel et une à l'unité de psychiatrie infanto-juvénile l'Envolée.

Les protocoles de mise en œuvre d'une décision de mise dans les deux « chambres/salles d'apaisement » à l'unité Marie-Joseph et celle de l'unité l'Envolée, s'ils existent, n'ont pas été transmis aux contrôleurs. Seul l'a été celui ayant cours à l'unité Saint-Gabriel.

i) Chambres d'apaisement

Les deux chambres d'apaisement de l'unité Marie-Joseph sont utilisées sur prescription médicale ; la contention physique y est strictement interdite. Elles sont équipées en tout et pour tout d'un lit et d'un sommier métalliques scellés au sol. Equipées d'un système de vidéosurveillance, elles ne disposent pas de bouton d'appel ni d'interrupteur. Leur fonction est de pouvoir isoler rapidement une personne présentant un état d'agitation sans avoir recours à la contention physique. Il a été précisé que les séjours y étaient courts et que le patient reprenait rapidement sa place dans l'unité. Cependant ces deux chambres sont aussi parfois utilisées en hospitalisation complète faute de disponibilité d'autres chambres

ii) Salle d'apaisement

La salle d'apaisement de l'unité Saint-Gabriel est définie comme n'étant pas une chambre.

Etabli le 11 juillet 2013, le protocole de placement en salle d'apaisement devait être revu en juillet 2016 ; au moment de la visite des contrôleurs, il ne l'avait toujours pas été. Il a pour objet de permettre « *d'isoler un patient agité du reste de l'unité, ce qui permet d'assurer la sécurité des autres patients et du personnel dans ces moments-là* » et aussi « *une utilisation modérée des médicaments et du recours aux chambres d'isolement classiques* ».

La salle d'apaisement de cette unité est intégralement capitonnée et dotée d'une caméra comme moyen de surveillance reliée à un écran situé dans la salle de soins la plus proche. Elle ne comporte pas de lit ni moyen de contention physique.

Le protocole dispose que « *la possibilité d'utiliser les salles d'apaisement est inscrite, en accord avec la famille ou le représentant légal, dans le projet de soins du patient concerné. [...] Ce protocole est formalisé par l'équipe pluridisciplinaire. La prescription est validée par le médecin psychiatre de l'unité* ».

Le suivi est assuré par le personnel soignant ayant géré la crise ; la surveillance est régulière – en l'absence de décision médicale, au minimum toutes les demi-heures – et complétée par la vidéosurveillance. En l'absence de décision médicale, la durée maximale de séjour est de 3 heures.

Une « grille d'évaluation fonctionnelle Unité Saint-Gabriel » doit être remplie systématiquement par le ou les soignants concerné(s) par la gestion de la crise d'agitation et consignée dans le dossier du patient.

La traçabilité de l'utilisation de la salle d'apaisement fait partie des objectifs.

Recommandation

L'utilisation des « chambres ou salle d'apaisement » doit faire l'objet d'un protocole commun à l'ensemble des unités d'hospitalisation et être tracée dans le registre. L'utilisation des chambres d'apaisement devrait être limitée à quelques heures, sans être détournées de leur fonction sous la forme d'une hospitalisation permanente.

d) Les données fournies par le DIM

Les données fournies par le département d'information médicale (DIM) concernant la période 2013-2015 pour l'ensemble du centre hospitalier indiquent un accroissement global, que ce soit en « *chambres d'isolement, d'apaisement ou autres* », de la mise en isolement et du nombre moyen de jours par patient. Leur diminution dans le pôle « Adultes » est largement compensée par leur augmentation dans le pôle « Personne âgée ». Ainsi, on peut observer :

- un accroissement global de la mise en œuvre d'une décision de mise en chambre d'isolement de même qu'une augmentation du nombre moyen de jours par patient ;
- un accroissement de la mise en œuvre de la mise en chambre d'apaisement de même qu'une augmentation du nombre moyen de jours par patients, tout particulièrement dans le pôle « Adultes » ;
- un accroissement de la mise en œuvre de la mise en isolement de même qu'une augmentation du nombre moyen de jours par patients dans les unités d'hospitalisation de Psychiatrie « Adultes » et de Psychiatrie de la personne âgée qui ne disposent ni de chambres d'isolement ni de chambres d'apaisement.

Recommandation

L'augmentation observée du recours à la mise en chambre « chambres d'isolement, d'apaisement ou autres » de personnes âgées doit faire l'objet d'une étude du CHSM et conduire à une politique de réduction.

5.6.2 La contention

Le seul protocole transmis concerne la contention de la personne âgée.

Recommandation

Un protocole commun à l'ensemble des unités du centre hospitalier doit régir le recours à l'isolement et à la contention.

Établi le 2 février 2015, ce protocole doit être revu en février 2018. Il a pour objet de limiter la contention physique passive chez la personne âgée de plus de 65 ans. Il exclut les patients ayant une contention active (rééducation) ainsi que les patients en chambre d'isolement. Il s'applique dans toutes les unités de soins adultes.

En principe, la contention est réalisée sur prescription médicale après appréciation du « bénéfique/risque » par l'équipe pluridisciplinaire. Cette prescription doit être la plus courte possible, son renouvellement motivé. La surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier. La personne âgée et/ou ses proches sont informés et leur consentement est recherché.

La pharmacienne n'a pas relevé de prescriptions évocatrices de la mise en œuvre d'une contention pharmacologique.

A Saint-Vincent, la contention est très rarement pratiquée : « *de l'ordre de deux fois par an, pour des durées ne dépassant pas une heure* » ; elle n'est réalisée que dans la chambre d'isolement. Les contentions chimiques ne répondent pas à un protocole comparable à celui des contentions physiques ; il n'existe pas de traçabilité permettant d'en avoir une connaissance aisée.

5.7 LES INCIDENTS SONT DIVERSEMENT RECUEILLIS ET ANALYSES

5.7.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Une plainte ou une réclamation, adressée au directeur de l'établissement, est instruite par la responsable des relations avec les usagers, qui accuse réception au plaignant et la communique au responsable de l'unité concernée.

Une trentaine de plaintes écrites sont reçues, en moyenne, chaque année, rédigées moitié par des patients et moitié par leur entourage. Le délai moyen de réponse est d'une vingtaine de jour mais a atteint trente-sept jours en 2015 compte tenu de la vacance de poste d'un chef de pôle durant six mois.

Une dizaine de plaintes et remarques orales sont aussi recensées chaque année avec un délai moyen de réponse de quatre jours.

Les plaintes les plus nombreuses concernent :

- la vie quotidienne et l'environnement : chauffage et insonorisation insuffisants de certaines chambres, perte d'un appareil auditif, défaut d'équipement de la cour intérieure d'une unité, occupation de la chambre d'un patient en permission le week-end et obligation pour lui de changer de chambre à son retour, manque de respect des patients dont les effets personnels sont entreposés dans des sacs plastique de type poubelle au moment de leur sortie ;
- les prises en charge médicales et paramédicales : échanges insuffisants avec les soignants, propos déplacés considérés comme violents entre un soignant et une patiente en soins libres, famille non informée du transfert d'un proche dans un autre hôpital, demande de soins à domicile en remplacement d'une hospitalisation complète (la famille a obtenu satisfaction).

Le nombre d'éloges dépasse largement celui des plaintes et réclamations : il a été multiplié par 5,5 depuis 2012 pour atteindre 307 en 2015. Les éloges les plus nombreux concernent l'espace rencontre (92), et les unités Saint-Roch (80), Saint-Michel 2 (30), Saint-Bernard (27), Saint-Michel 1 (26), Saint-Vincent (20).

5.7.2 Les événements indésirables

Entre 600 et 700 fiches d'événements indésirables sont rédigées chaque année. Plusieurs fiches sont parfois rédigées pour le même événement par des professionnels différents. Les chutes, principalement dans le pôle psychiatrie de la personne âgée, sont la principale source de déclaration : 37 % en 2015 avec un pic au troisième trimestre pouvant correspondre aux mouvements estivaux du personnel ou à l'épisode climatique constaté pendant cette période.

La deuxième origine concerne les violences graves (16,5 %), pour lesquelles l'Envolée, Saint-Gabriel et Saint-Vincent constituent les unités les plus déclaratives.

Des analyses des déclarations relatives aux violences et agressivités sont régulièrement élaborées. Celle réalisée en 2014 fait notamment apparaître que :

- les personnes soignées sont impliquées à 88 % dans ce type de fait : 6 % sont des victimes, 73 % des auteurs et 21 % les deux ;
- les professionnels sont concernés à 76 % : 91 % sont des victimes, 0,5 % des auteurs et 8,5 % les deux.

Cette étude recense aussi les propositions d'amélioration exprimées dans les fiches :

- éviter la cohabitation de pathologies non concordantes ;

- avoir et garder libre, en cas de besoin, une chambre d'isolement ;
- établir des règles de vie pour l'intérieur de l'unité ;
- avoir plus d'effectifs notamment masculins ;
- prévoir des éducateurs dans le service pour des activités extérieures ;
- rechercher une activité extérieure au service durant les vacances ;
- éviter de trop longs séjours dans un même service pour certains patients ;
- analyser les événements en équipe pour éviter leur répétition ;
- prendre plus en compte les observations des soignants dans le projet thérapeutique du patient.

Il a été expliqué aux contrôleurs que les comportements inadaptés à l'égard des patients et les éventuels faits de maltraitance commis par les agents ne rentraient pas dans la procédure des fiches d'événements indésirables. Ils doivent être signalés sans intermédiaire au directeur et à lui seul ; la commission des usagers n'en est pas informée. Il a été précisé aux contrôleurs qu'en 2015 et en 2016 jusqu'à la date du contrôle, aucun fait de ce type n'était remonté pour l'intra hospitalier.

Recommandation

Les modalités de signalement de comportements inadaptés des agents ou de formes de maltraitance doivent être définies, formalisées et diffusées.

Dans sa réponse, la directrice par intérim précise :

« Déjà présent au rapport de certification validé par la HAS en septembre 2016, le travail d'amélioration était engagé au moment de votre visite. La procédure de déclaration et de gestion des suspicions de maltraitance / défaut de bientraitance a été formalisée, validée et diffusée sur l'intranet de l'établissement le 25 janvier 2017 (PROC PCP 543). Elle présente les différentes étapes du traitement de la déclaration, des investigations initiales jusqu'à la prise de décision si les faits déclarés sont avérés ».

5.8 L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS : L'HOPITAL BENEFICIE D'EQUIPEMENTS DE QUALITE DIVERSEMENT UTILISES

5.8.1 L'unité des activités physiques et sportives adaptées

Trois éducateurs sportifs dont deux infirmiers prennent en charge l'ensemble des activités sportives pour l'intra et l'extra hospitalier. Dans ce contexte, l'accès des patients aux activités physiques et sportives est limité, par exemple une demi-journée par semaine pour les patients de l'unité Marie-Joseph.

L'unité, parfaitement entretenue, comprend notamment :

- une salle de parcours sportif ;
- une salle de judo ;
- un atelier cuisine ;
- une salle d'art-thérapie parfaitement équipée mais très peu utilisée (le mardi de 9h à 12h) ;
- une salle dédiée aux soins esthétiques utilisée tous les matins et le lundi après-midi ;

- une salle de sophrologie souvent sollicitée.

L'unité de sophrologie a été créée en 2014 et a remplacé les activités d'art-thérapie. Coordonnée par un cadre supérieur de santé, elle dispose de trois postes occupés par deux infirmiers sophrologues qui interviennent sur prescription médicale sous la forme de prise en charge individuelle au sein des unités ou en groupe. Entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} décembre, 2 700 prises en charge ont été réalisées. Les sophrologues participent aux réunions de synthèse médicale organisées dans les unités.



La salle de parcours sportif

5.8.2 L'unité d'ergothérapie

L'unité d'ergothérapie comprend différents ateliers : arts plastiques, couture, tricot, vannerie. Quatre infirmiers à hauteur de 3 ETP, deux moniteurs éducateurs à hauteur de 1,8 ETP et un responsable à mi-temps y travaillent.

5.8.3 L'espace rencontre

L'espace rencontre est ouvert à tous les usagers de l'hôpital – patients, famille et professionnels – tous les jours de la semaine de 10h à 17h30 et les week-ends et jours fériés de 12h30 à 17h30. Quatre personnes se relaient afin d'assurer cette continuité d'ouverture, particulièrement appréciée par les patients et leurs visiteurs.

Il est composé des locaux suivants :

- un espace bar avec salle intérieure et terrasse extérieure où l'on peut prendre une consommation et échanger avec ses proches ;
- une boutique où il possible de se procurer des journaux, de la papeterie, des produits d'hygiène et des friandises ;
- une salle d'exposition et de manifestations culturelles ;
- une bibliothèque où l'on peut consulter ou emprunter des livres, accéder à un ordinateur et à Internet.



L'espace rencontre

Bonne pratique

Les patients ont la possibilité d'accéder à un ordinateur et à Internet.

5.9 L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES : LE STATUT DE DETENU PRIME SUR CELUI DE PATIENT

Lorsqu'une personne détenue doit être soignée au CHSM, c'est une équipe de l'hôpital qui vient chercher « le malade » à la maison d'arrêt et l'emmène, sans escorte et sous contention par mesure de sécurité, dans un véhicule sanitaire A la fin de l'hospitalisation, c'est une équipe pénitentiaire qui vient à l'hôpital pour reconduire « le détenu », menotté, en détention.

Recommandation

L'hôpital étant supposé responsable en cas d'évasion, toute extraction d'une personne détenue vers le CHSM est réalisée systématiquement sous contention en véhicule sanitaire avec une équipe médicale sans escorte. La contention est un geste médical et non sécuritaire. L'équipe médicale ne doit pas assumer une responsabilité de service d'ordre pour laquelle elle n'est pas compétente.

Le patient est systématiquement placé dans une chambre d'isolement de l'unité Saint-Roch et y reste pendant toute la durée de son hospitalisation. Il prend ses repas dans sa chambre. Il peut en sortir une ou deux fois par jour pour aller, seul, dans la cour sécurisée. Il n'a pas de poste de télévision, ne peut pas fumer en dehors de ses sorties.

Sa chambre est placée sous vidéosurveillance 24h/24.

En principe, l'accès au téléphone, aux visites et la gestion du courrier sont soumis aux règles pénitentiaires. L'hôpital reçoit une fiche de liaison de la maison d'arrêt destinée à préciser la situation de la personne détenue et notamment son degré de dangerosité.

Au retour, une « fiche de liaison infirmière » est remise à l'unité sanitaire de la prison.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, ces patients sont rapidement déclarés « guéris » et retournent en prison au grand soulagement de tous – le patient et les soignants.

Au moment de la visite, aucun patient détenu n'était soigné au CHSM.

En 2015, l'unité avait reçu quatre personnes détenues, totalisant trente-deux jours, soit une DMS de huit jours ; dans le même temps, l'unité avait reçu trente et un patients en SPDRE totalisant 930 jours, soit une DMS de trente jours.

Recommandation

Les conditions d'hospitalisation des patients placés sous-main de justice sont pires que celles qu'ils connaissent en prison – notamment vidéo-surveillance permanente, absence de télévision, impossibilité de fumer en dehors d'une ou deux sorties quotidiennes. Ce traitement discriminatoire doit cesser et faire l'objet de directives nationales.

6. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

6.1 L'UNITE D'ACCUEIL, D'OBSERVATION ET D'URGENCE EST ATTENTIVE AUX DROITS DES PATIENTS

6.1.1 Présentation générale

a) Les locaux

L'UAOU est située dans un bâtiment de plain-pied de construction récente situé à l'entrée du centre hospitalier. Elle ne dispose pas en propre d'espace extérieur clos.

L'entrée à l'UAOU se fait par la salle d'attente qui ouvre sur un espace de consultations avec plusieurs bureaux et un espace d'hospitalisation.

L'accès à l'espace d'hospitalisation est fermé par une porte donnant sur un couloir lui-même fermé par une porte à son autre extrémité. A gauche, se trouvent le poste de soins, puis deux chambres à un lit, dont la première peut aussi être utilisée si besoin comme chambre dite « sécurisée ». A droite, se trouvent des espaces de rangement, une petite salle à destination des patients, puis des sanitaires et enfin la chambre d'isolement.

L'UAOU dispose de trois lits, dont un en chambre d'isolement. Aucune de ces chambres n'a de sanitaires en propre.

Les sanitaires communs comportent douche et toilettes.

L'ensemble des locaux est bien entretenu et dans un bon état de propreté.

b) Le personnel

Au jour de la visite, l'équipe était ainsi constituée :

		Nombre	Horaires
Personnel médical	Psychiatre	1 psychiatre senior pour 1 ETP	9h – 17h
	Interne de spécialité	1 interne pour 1 ETP chargé de l'examen médical d'entrée	
	Médecin généraliste	Consultations du médecin généraliste affecté au pôle A en tant que de besoin	
Personnel non médical	Cadre de santé	2 (un homme et une femme)	
	Infirmier-ère	12 en 2 équipes de 6	6h – 14h 13h-21h
		1 infirmière en charge de l'ECG et « régulateur » sur le centre hospitalier	9h-16h
	Aide-soignant	2 (hommes) détenteurs du « permis jaune » (Permis de conduire professionnel)*	
	Ambulancier	2 (hommes)	
	ASH	3	

*Le personnel soignant exerçant une activité de transport de patients dans l'exercice de ses fonctions doit posséder un permis de conduire professionnel délivré par le préfet après un contrôle médical favorable.

La salle de soins est le lieu de rencontre ordinaire du personnel médical et non médical. Les échanges concernant les patients sont structurés à l'occasion des relèves.

c) Les patients

Deux patients étaient hospitalisés au jour de la visite : un homme et une femme, tous deux admis en soins libres. La patiente a été placée sur indication médicale en chambre dite « sécurisée » « pour observation ».

6.1.2 Le projet thérapeutique

L'UAOU offre un espace de consultations ou d'hospitalisations de bonne qualité en termes de moyens, de disponibilité et d'attention à des patients adressés par les urgences du centre hospitalier Emile Roux ou se présentant d'eux même, pour être, le cas échéant, orientés sur une des unités d'hospitalisation du CHSM. Les patients peuvent être admis directement en hospitalisation au CHSM à partir de l'UAOU sans nécessairement passer par les urgences du CH Emile Roux.

Le recours à la chambre d'isolement concerne un patient sur quatre. Le recours à la contention est exceptionnel. L'équipe de l'UAOU participe à la réunion des lundis entre médecins chefs, cadres, dont cadre d'astreinte, et l'infirmière « référente des lits » concernant les patients « mal orientés ou orientables » du CHSM. Cette réunion se fait à dossiers ouverts.

L'UAOU est aussi une unité « ressources » s'il existe une nécessité de placer en chambre d'isolement un patient hospitalisé dans un service n'en disposant pas ou pour une brève « hospitalisation de rupture ». Le personnel soignant de l'UAOU répond aussi aux demandes de renfort des autres unités d'hospitalisation du centre hospitalier.

a) La vie quotidienne

La durée moyenne d'hospitalisation, inférieure à un jour et demi, est scandée par les consultations et admissions, leur urgence et leur gravité.

b) Les activités

Ceux des patients pouvant circuler librement peuvent se rendre dans la salle commune de détente et y regarder la télévision ou y prendre des repas ainsi que se rendre à l'extérieur à proximité de l'unité, notamment pour fumer.

Ceux ne le pouvant pas restent dans leur chambre ou sont accompagnés à l'extérieur sous réserve d'une indication médicale.

Aucune activité organisée n'est programmée.

c) Les soins

Les médecins et le personnel infirmier procèdent aux divers entretiens, examens et soins des personnes consultantes ou hospitalisées selon le flux des patients.

Les divers volets des dossiers médicaux sont complétés au fil de l'eau.

Le personnel infirmier dispense les médicaments selon les prescriptions médicales.

6.2 L'UNITE D'HOSPITALISATION INFANTO-JUVENILE PROPOSE DES LOCAUX ADAPTES MAIS SOUFFRE DE L'ABSENCE D'ESPACES EXTERIEURS AGREABLES ET SECURISES

6.2.1 Présentation générale

Pour le pôle de psychiatrie des enfants et adolescents, le contrôle a centré son observation sur l'unité d'hospitalisation à temps plein.

« L'Envolée » est une unité d'hospitalisation à temps complet de huit chambres, située dans un bâtiment de plain-pied de conception récente, qui souffre d'un manque d'espace extérieur sécurisé compte tenu de la configuration du site.

a) Les locaux

Les locaux sont adaptés à l'accueil d'enfants et d'adolescents : chambres individuelles, espaces pour des activités, salle de soins, sanitaires conformes. Ils n'appellent pas d'observations particulières.

Le bâtiment est très sécurisé. De fait, on ne peut y pénétrer qu'en sonnant à la porte. La porte reste fermée et les sorties d'enfants non accompagnés sont peu fréquentes. La « fugue » est la crainte du personnel; nombreuses il y a quelques années, elles sont aujourd'hui exceptionnelles. Injonction paradoxale de plus : les jeunes sont tous en soins libres, sous la responsabilité de l'institution et avec l'accord des parents, dans un lieu fermé.

b) Le personnel

Le personnel est en nombre et qualité adéquats aux besoins de cette unité. Lors de la visite, deux infirmiers étaient présents pour trois jeunes hospitalisés. Il en était de même la nuit.

Les échanges que les contrôleurs ont pu avoir témoignent de l'implication et d'une bonne connaissance des besoins spécifiques des jeunes accueillis en général et de leur pathologie en particulier.

c) Les patients

Lors de la visite du CGLPL, trois adolescents étaient hospitalisés : un garçon et deux filles.

Ce sont des hospitalisations répétitives résultant tant de la pathologie propre que des difficultés de l'environnement à gérer des situations de crise. Selon la responsable du pôle, l'impact des conditions sociales est très sensible dans la décision d'hospitalisation.

Aucun des jeunes présents n'était sous ordonnance de placement provisoire.

6.2.2 Le projet thérapeutique

Selon le médecin et les infirmiers rencontrés, la finalité et les objectifs de l'hospitalisation d'un jeune mineur sont souvent multifformes. C'est bien souvent l'absence d'étayage des proches ou de l'institution d'accueil qui conduit, toujours à défaut d'autres réponses, à réaliser une hospitalisation.

L'hospitalisation se veut un temps de bilan, de mise à l'écart d'un environnement, de recherche d'autres réponses possibles.

La responsable du pôle a pu évoquer son projet de reconfigurer l'unité d'hospitalisation. Quatre lits seraient réservés pour une période d'hospitalisation de 72 heures et quatre lits pour des hospitalisations éventuelles de moyens séjours.

Autrement dit, cette unité d'hospitalisation ne peut seule servir de lieu d'accueil pour des problèmes à dimension sociale et sociétale qui doivent être traités en lien avec l'environnement. Or, les établissements médico-sociaux se déclarent très vite démunis face à la pathologie psychiatrique, une des composantes de la problématique des jeunes accueillis à l'Envolée.

a) La vie quotidienne

La vie quotidienne prend en compte les besoins spécifiques des patients en tenant compte des âges, des potentiels et du souci de sécurité très présent. De ce fait, il n'y a pas de « règlement intérieur » propre à l'unité. De même les règles de vie sont adaptées à chaque situation individuelle.

b) Les activités

Nombreuses et variées, elles se déroulent dans l'objectif d'un travail thérapeutique et non seulement occupationnel. Lors de la visite, les jeunes hospitalisés étaient en sortie à bicyclette sur les abords de la cité du Puy. A leur retour, cette sortie a fait l'objet d'un *débriefing* entre les jeunes et un infirmier reprenant les points importants : comportement durant la sortie, les attentes, analysant un petit incident et le commentant au regard de l'histoire propre au jeune concerné.

Une activité « scolaire » est proposée dans « l'école publique spécialisée », dépendant du ministère de l'éducation nationale. Les jeunes hospitalisés peuvent aussi faire leurs devoirs le soir, assistés par un soignant, pour permettre la continuité de leur parcours scolaire.

c) Les soins

Le recours à des thérapeutiques médicamenteuses est limité aux besoins avérés des jeunes patients. La période d'hospitalisation est centrée sur l'observation et la recherche d'alternatives aux situations problématiques, un travail analytique qui apparaît de qualité.

6.3 LES UNITES D'HOSPITALISATION POUR PERSONNES AGEES SONT RATIONNELLES MAIS MANQUENT D'ESPACES EXTERIEURS DE DEAMBULATION

6.3.1 Présentation générale

a) Les locaux

Le bâtiment "Sainte-Cécile" accueille soixante personnes âgées sur trois étages de vingt lits chacun, chaque étage représentant une unité. Les trois unités sont fermées ; l'accès à l'extérieur ne peut se faire qu'après ouverture des portes par un soignant.

Initialement, la capacité d'accueil par unité était de vingt-trois lits. C'est à la demande du médecin chef de service et en collaboration avec la direction que l'effectif des patients par unité a été ramené à vingt lits pour permettre des conditions d'hospitalisation plus sereines.

Chaque unité dispose d'une salle de restauration, de salons et d'une salle d'activité. Le couloir principal est utilisé comme espace de déambulation.

Seul, le rez-de-chaussée est doté d'un espace extérieur accessible aux patients de l'unité 1.

Lors de la visite, sur l'unité 2, dix-huit personnes âgées étaient hospitalisées dans des chambres individuelles et deux étaient en chambres doubles. La répartition entre chambres individuelles et chambres doubles est sensiblement la même sur les trois unités.

Il est relevé l'absence de sanitaires dans les chambres, ce qui contraint l'organisation des soins et a des conséquences sur la qualité de la prise en charge.

Recommandation

A défaut d'espaces extérieurs, il importe qu'un effort soit porté sur les possibilités de sorties accompagnées des personnes âgées dans l'enceinte de l'hôpital.

b) Le personnel

Les trois unités sont bien dotées en personnel en comparaison d'autres services dans des établissements de même type. L'effectif le matin est le plus souvent de deux infirmiers et deux aides-soignants plus une personne en journée (infirmier ou aide-soignant).

La nuit, l'effectif théorique est de deux agents par unité ; cependant, compte tenu des absences possibles, il peut être réduit à un seul agent (aide-soignant) sachant que le recours à une infirmière à l'étage supérieur ou inférieur est toujours possible.

Les trois unités disposent d'une animatrice, souvent une aide-soignante formée aux techniques d'animation.

Les entretiens que les contrôleurs ont pu conduire avec le personnel de ces unités témoignent d'une bonne connaissance des besoins des personnes soignées et d'un engagement sérieux et bienveillant envers le patient.

c) Les patients

L'admission dans ces unités se fait à partir de 65 ans. Ces patients sont atteints de troubles psychiatriques ou démentiels souvent sévères.

Ce sont en majorité des personnes admises en soins libres qui sont hospitalisées dans des unités fermées pour des raisons de sécurité et de surveillance.

Lors de la visite, sur cinquante-huit personnes âgées présentes, dix étaient en soins sans consentement : huit à la demande d'un tiers et deux en péril imminent. Cette même proportion est observée sur l'activité annuelle moyenne.

6.3.2 Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique de l'équipe pluridisciplinaire est centré sur l'évaluation des personnes âgées accueillies afin d'instaurer ou adapter le traitement, maintenir ou stimuler les capacités et tenter de réinsérer la personne dans son lieu de vie habituel ou travailler à un projet d'entrée dans une structure de vie adaptée.

Si la DMS est relativement élevée dans ces unités – soixante-sept jours –, il est constaté que la moitié des patients peuvent regagner leur domicile à leur sortie.

a) La vie quotidienne

Un projet de soins individualisés est mis en place par l'équipe soignante. La journée est rythmée par le lever, les repas, les soins infirmiers mais aussi par le passage des kinésithérapeutes, un des points forts de ce pôle qui a pour objectif le maintien des acquis, la prévention des chutes au-delà de la récupération motrice. Les règles de vie – lever, coucher, repas, prise de médicament, toilettes – sont souples afin de s'adapter aux besoins de chaque personne et des possibilités du service.

b) Les activités

Une animatrice est présente tous les jours. Les activités, adaptées et personnalisées, sont nombreuses. L'animatrice stimule les savoirs faire et tente de maintenir les capacités. Travaux manuels, cuisine, petits travaux de pliage du linge, confection d'objets décoratifs sont des occasions d'échanges repoussant les portes d'un auto enfermement lié à la pathologie.

6.4 LES UNITES D'HOSPITALISATION POUR ADULTES OFFRENT DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT ET DE CONFORT TRES VARIABLES MAIS PEU D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES

Les huit unités de soins à temps plein, organisées par type de soins, sont réparties entre les trois services correspondant aux trois secteurs de psychiatrie dont le CHSM a la charge :

- service A :
 - Saint-Bernard : addictologie ;
 - Saint-Vincent : jeunes adultes ;
 - Saint-Roch : patients agités ;
- service B :
 - Saint-Michel 1 : psychiatrie générale ;
 - Sainte-Marthe : hospitalisation sans consentement ;
 - Saint-Gabriel : adultes et transition ;

- service C :

- Marie-Joseph : traitement des psychoses ;
- Saint-Michel 2 : traitement de l'anxiété et de la dépression.

Chaque service est dirigé par un médecin psychiatre assisté de trois cadres de santé.

Un médecin est présent le samedi matin. Un système de garde et d'astreinte est organisé les samedi après-midi, dimanche et jours fériés.

6.4.1 Les unités d'hospitalisation du service A

a) Saint-Bernard

i) Présentation générale

(i) Les locaux

L'unité comporte huit chambres doubles et sept chambres individuelles.

Chaque patient dispose d'un placard individuel qui ne ferme pas à clé.

Toutes les chambres ont un lavabo. En revanche, seules environ la moitié des chambres disposent d'un espace toilette avec douche et wc ; sept wc communs, trois douches et une baignoire sont installés dans l'unité. Une des deux pièces comportant des douches est mal chauffée et il en dégage une odeur nauséabonde.

Les patients ont accès à trois salles d'activités : une avec un poste de télévision et des sièges, une avec un poste de télévision, une table de ping-pong, un baby-foot, un billard et un vélo d'appartement et une grande salle où ont lieu des activités d'art-thérapie.

La salle de repos du personnel soignant donne directement sur la salle à manger des patients. Une porte d'accès depuis le couloir reste toujours ouverte lorsque le personnel y est ; « *cela rassure les patients, qui respectent cependant la tranquillité du personnel* ».

(ii) Le personnel

L'équipe médicale est composée de deux psychiatres à 0,4 et 0,5 ETP et un médecin généraliste à 0,3 ETP.

L'équipe soignante est composée d'un responsable d'unité à 0,6 ETP, 8,7 ETP d'infirmiers, 3,2 ETP d'aides-soignants et 3 ASH à temps plein.

L'unité bénéficie également de 0,8 ETP d'assistante sociale (tous les jours sauf mardi), 0,4 ETP de psychologue (mardi et jeudi) et 0,1 ETP de diététicienne.

L'effectif soignant minimal est de trois soignants la journée et deux la nuit.

(iii) Les patients

Cette unité traite les addictions et les comorbidités psychiatriques.

Environ 10 % des patients arrivent d'une autre unité du CHSM ; les autres arrivent de l'UAOU.

Au moment de la visite des contrôleurs, l'unité était complète, avec quinze hommes et huit femmes ; le patient le plus jeune avait 33 ans, le plus âgé avait 67 ans ; la durée d'hospitalisation la plus longue était de 80 jours.

Les patients sont tous admis en soins libres. Il est arrivé qu'un patient soit admis en soins à la demande d'un tiers ; son placement a été levé et son hospitalisation s'est poursuivie en soins libres.

ii) Le projet thérapeutique

L'unité est ouverte entre 6h30 et 22h.

Les consultations psychiatriques se tiennent sur rendez-vous au sein de l'unité du lundi au vendredi. Un psychiatre ne consulte pas le mercredi, l'autre les mardi et jeudi.

Le médecin généraliste du service A se déplace à Saint-Bernard tous les matins et à la demande. Il rencontre systématiquement les patients lors de l'entrée.

En 2015, la DMS a été de vingt-huit jours avec 252 patients.

b) Saint-Vincent

i) Présentation générale

Cette unité fermée est destinée à accueillir de jeunes patients adultes en soins libres e ou sous contrainte, souffrant de pathologies psychiatriques émergentes, décompensées ou résistantes. Sont exclus les pathologies pouvant représenter un risque de dangerosité imminente, des patients agités ou perturbateurs débordant les capacités de contention de l'unité.

(i) Les locaux

L'unité comporte seize chambres d'hospitalisation individuelles et une chambre d'isolement.

Chaque patient dispose, dans sa chambre, d'un placard qui ne ferme pas à clé ; les chambres ne sont pas verrouillées, ce qui entraîne des disparitions régulières d'effets. Les chambres ont toutes le même équipement : une liseuse au-dessus du lit avec interrupteur à proximité, une fenêtre verrouillée avec la possibilité d'entrouvrir un vasistas, un lavabo avec miroir et éclairage – sauf dans quatre chambres –, un interrupteur pour le plafonnier, un bouton d'appel. Les stores électriques de deux chambres ne peuvent plus se fermer.

Seules, neuf chambres disposent d'un WC. Trois douches, une baignoire et quatre WC sont à la disposition des patients.

Une « salle de jour » une grande baie vitrée est meublée de tables et de chaises. Un unique téléviseur est installé dans une petite salle. Une grande salle permet d'animer un atelier créatif et de jouer au ping-pong.

Au bout du couloir, un escalier extérieur métallique en colimaçon permet de descendre jusqu'à un espace extérieur sécurisé : il s'agit d'une sorte de grande cage de quelque 4 m sur 20 m, entièrement grillagée, nue à l'exception de deux bancs, avec une vue sur la colline située en face de l'établissement. C'est là que les patients vont fumer. L'accès y est libre toute la journée jusqu'à 23h.



L'espace extérieur sécurisé de Saint-Vincent

Recommandation

L'espace extérieur sécurisé de l'unité Saint-Vincent, entièrement grillagé présente l'aspect d'une cage. Il convient de l'aménager.

(ii) Le personnel

L'équipe médicale est composée de deux psychiatres et un médecin généraliste à 0,3 ETP.

L'équipe soignante est composée d'un responsable d'unité, neuf infirmiers (8,6 ETP) dont cinq infirmiers de secteur psychiatrique, trois aides-soignants (2,4 ETP) et trois ASH.

L'unité bénéficie de l'intervention d'une psychologue à 0,2 ETP, d'une assistante sociale à 0,4 ETP et d'une diététicienne à 0,1 ETP.

L'effectif minimal est de trois soignants par demi-journée et deux soignants la nuit. Une soignant supplémentaire est parfois de service toute la journée « *mais pas toujours* » ; en son absence, il arrive que le responsable d'unité apporte son soutien aux infirmiers.

(iii) Les patients

Cette unité reçoit les jeunes adultes.

Il arrive très rarement – « *de l'ordre d'une fois par an* » – que l'unité reçoive un mineur ; c'était le cas, au moment de la visite, d'un patient en soins libres.

Au moment de la visite, treize hommes et deux femmes étaient hospitalisés : un patient en SPDR, quatre patients en SPDT, un patient en SPDTU et neuf patients en soins libres.

Le plus âgé avait 47 ans, le plus jeune avait 17 ans ; l'hospitalisation la plus ancienne datait de 11 mois.

En 2015, l'unité avait reçu 65 % de patients en soins libres.

ii) Le projet thérapeutique

(i) La vie quotidienne

L'unité est fermée. Au moment de la visite des contrôleurs, le patient mineur n'était pas autorisé à sortir et deux patients, dont un en soins libres, ne pouvaient sortir qu'accompagnés ; un seul patient, en SPDT, était soumis à des restrictions d'emploi du téléphone (il ne pouvait téléphoner qu'à partir de 17h). Un seul des six patients en soins sans consentement ne pouvait pas quitter l'hôpital ; les cinq autres rentraient régulièrement dans leurs familles durant le week-end.

Un patient porte un bracelet portant son nom car il n'est pas capable de s'identifier.

Il a été déclaré aux contrôleurs qu'il arrivait qu'un patient en soins libres fit l'objet d'une prescription médicale de soins à la demande d'un tiers « au cas où », laquelle prescription était appliquée si le patient demandait à interrompre ses soins.

Dans sa réponse, la directrice par intérim précise :

« Les soins sans consentement (SSC) "au cas où" : cette indication vise à attirer l'attention du psychiatre qui ne connaîtrait pas le patient (ex: sur la garde) en cas de demande de sortie (contre avis médical). Dans tous les cas, une telle demande entraîne un entretien infirmier et un appel au médecin du service ou au médecin de garde. L'état clinique du patient fait l'objet d'une réévaluation par le médecin, au cours d'un entretien en bonne et due forme ; la mesure de SPDT n'est prise qu'en cas de situation de danger pour la personne soignée et de non consentement aux soins (Cf. procédure de sortie contre avis médical) ».

Recommandation

Il arrive qu'un patient en soins libres de l'unité Saint-Vincent fasse l'objet d'une prescription médicale destinée à le faire passer en SPDT s'il demande à interrompre ses soins. Il convient de mettre un terme à cette pratique illégale.

Les patients ont la possibilité de confier au personnel soignant des objets tels que tabac, téléphone portable, menue monnaie – 20 euros au maximum. Ceux-ci sont déposés dans des casiers individuels qui sont placés dans une armoire du bureau des infirmiers.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, il n'arrive jamais qu'un patient doive rester en pyjama.

Quelques vêtements de récupération sont stockés pour pouvoir être donnés à des patients nécessiteux.

(ii) Les activités

Le rapport de 2015 présente ainsi les activités proposées :

« Afin d'accompagner le patient, plusieurs activités à visée thérapeutique sont proposées et encadrées par les professionnels paramédicaux de l'unité, par les éducateurs en sport adapté (APSA) et les deux intervenants en sophrologie. A la rentrée de septembre, une fois tous les quinze jours, la séance de sport se fait dans la salle APSA de l'hôpital. C'est une demande qui avait été faite par les patients de l'unité, car ils ne souhaitent pas être vus à l'extérieur dans un groupe "Ste Marie". Les sorties de socialisation, en intra ou extra, se font en fonction des prescriptions médicales et des disponibilités en personnel. Les fonds sociaux thérapeutiques pour cette année,

se sont portés à 40€/mois, ils servent essentiellement à acheter le matériel pour l'atelier art créatif et aux jeux pour la médiation thérapeutique.

En projet pour 2016, un atelier mosaïque interne à l'unité et un groupe photo langage animé par la psychologue ».

Dans la pratique, peu d'activités sont proposées en interne aux patients : jeux de société, magazines, ping-pong ; un atelier créatif propose des activités manuelles telles que coloriage, découpage, dessin, peinture.

Aucune programmation n'est réalisée à l'avance ; l'ouverture de l'atelier créatif est soumise à la disponibilité du personnel soignant.

Les sorties extérieures organisées sont très ponctuelles : achats de décorations de Noël, pique-nique, participation à des fêtes locales.

(iii) Les soins

Le médecin généraliste du service A se déplace à Saint-Vincent les lundi, mercredi et vendredi après-midi et à la demande.

Une présence d'un ou deux médecins psychiatres est assurée tous les matins du lundi au vendredi.

Chaque patient voit un psychiatre au moins une fois par semaine.

La DMS pour 2015 a été de 28 jours pour 194 patients.

Dans le rapport de 2015 de l'unité, il est indiqué :

« Il me semble aussi intéressant de réfléchir sur l'accompagnement des familles. En effet, elles peuvent être en grande souffrance à la découverte de la maladie chez leur enfant. Mais aussi, parce qu'elles peuvent être des leviers dans la prise en charge dispensée à l'hôpital, comme les témoins d'une aggravation de la pathologie en dehors des hospitalisations et ainsi pouvoir signaler ce changement au médecin, de ce fait les soins pourraient intervenir plus rapidement, évitant ainsi une hospitalisation plus longue ».

Il conviendrait d'associer davantage les familles aux soins apportés lors des hospitalisations.

c) Saint-Roch

i) Présentation générale

L'unité est ainsi présentée dans son rapport de 2015 :

« C'est une unité mixte et fermée de psychiatrie générale.

Elle accueille temporairement et/ou en urgence des personnes soignées présentant des troubles du comportement et des risques majeurs ne permettant pas l'admission directe ou la poursuite des soins dans les autres unités.

Elle accueille également tous les détenus ou prévenus hospitalisés sous le mode HO D 398 ».

(i) Les locaux

L'unité comporte six chambres individuelles, deux chambres doubles et six chambres d'isolement. Les chambres normales sont regroupées dans une zone appelée « côté soft », les chambres d'isolement sont à l'autre extrémité de l'unité.

Des placards individuels fermant à clé sont installés dans les chambres normales et dans le couloir en face de chaque chambre d'isolement ; l'équipe soignante détient les clés et les ouvre à la demande des patients.

Chaque chambre est meublée d'un lit, une table de chevet, une chaise, une table, et dispose d'un bouton d'appel avec interphone et d'une horloge numérique avec affichage de la date et de l'heure. L'interrupteur commandant la lumière est situé à l'extérieur de la chambre. Le bouton d'appel déclenche une sonnerie dans le bureau des infirmiers et une lumière au-dessus de la porte de la chambre ; son extinction est commandée par un bouton situé à l'entrée de la chambre. La porte comporte un œilleton permettant de visualiser l'intérieur de la chambre.

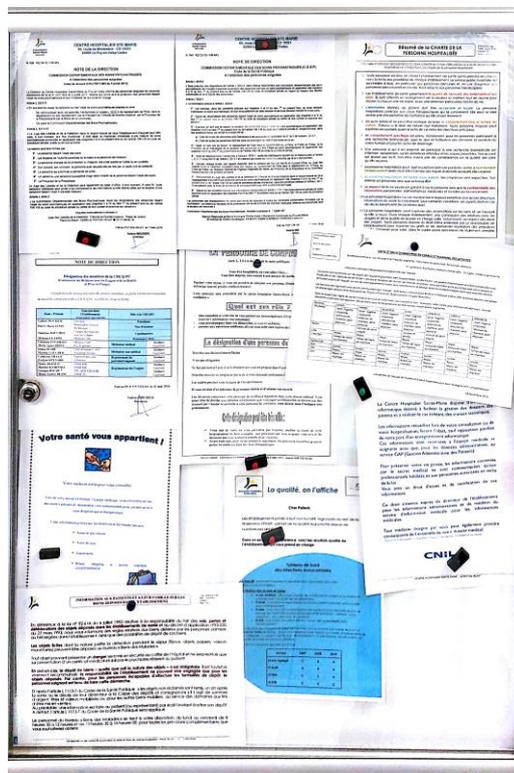
Recommandation

L'interrupteur permettant de commander l'éclairage des chambres de Saint-Roch est placé à l'extérieur. L'occupant doit être en mesure d'allumer et d'éteindre depuis l'intérieur de sa chambre.

Des caméras de vidéosurveillance sont disposées dans tous les couloirs ainsi que dans toutes les chambres.

Une petite pièce sert pour les visites des familles. Elle comporte une table et des chaises ainsi qu'un meuble où sont rangés quelques dizaines de livres et des jeux de société. Le tableau de l'ordre des avocats de 2016 est placardé sur le mur.

Dans le couloir, un tableau d'affichage présente un certain nombre de notes plus ou moins récentes dont l'accumulation rend la lecture peu attirante.



Le tableau d'affichage de Saint-Roch

L'unité dispose d'une unique salle de télévision.

Une partie élargie du couloir tient lieu d'espace radio avec un poste de radio posé sur un muret et cinq chaises.

Recommandation

Les patients ont le choix entre regarder un programme de télévision unique et s'installer dans le couloir pour écouter la radio. Dans une unité totalement fermée comme Saint-Roch, il convient de leur offrir davantage de choix et des conditions plus confortables.

Un espace extérieur sécurisé de quelque 6 m sur 30 m est ouvert toute la journée. Cette cour vide de tout équipement donne accès à une pièce indépendante fréquentée par les fumeurs.

(ii) Le personnel

L'équipe médicale comporte un psychiatre et deux médecins généralistes.

L'équipe soignante est composée d'un responsable d'unité, onze infirmiers, cinq aides-soignants et trois ASH. Parmi les infirmiers et aides-soignants, douze sont des hommes et quatre sont des femmes.

L'effectif minimal est de quatre soignants par demi-journée, plus un soignant toute la journée, et deux personnes la nuit.

(iii) Les patients

L'unité accueille les patients suivants :

- des personnes détenues ;
- des patients en SPDRE pour bilan d'orientation diagnostique et thérapeutique ;
- des patients en SPDT
 - adressées par le psychiatre de l'UAOU pour une surveillance accrue,
 - nécessitant l'isolement thérapeutique d'emblée ;
- des personnes soignées :
 - perturbatrices adressées par les autres unités pour un séjour de rupture ;
 - présentant des problèmes d'agitation ou de violence ponctuels, ne pouvant pas être prises en charge par leur unité ;
 - présentant un risque suicidaire nécessitant une surveillance accrue.

Lorsqu'un patient d'une autre unité est placé provisoirement à Saint-Roch, soit en raison d'une sur occupation de son unité de destination, soit pour être placé dans une chambre d'isolement – cette dernière éventualité n'arrive qu'une ou deux fois par an –, il est suivi par les équipes médicale et soignante de Saint-Roch.

Au moment de la visite, dix hommes et cinq femmes étaient hospitalisés, tous en soins sans consentement : huit en SPDT, trois en SPDRE, quatre en SPPI.

Dix étaient sous tutelle. Le plus jeune avait 19 ans et le plus âgé avait 75 ans. L'hospitalisation la plus ancienne datait de huit ans et demi. Neuf d'entre eux sont des « habitués » du CHSM ; ils y font des séjours réguliers.

ii) Le projet thérapeutique

(i) La vie quotidienne

Cette unité est fermée. Toute sortie est accompagnée.

Le patient est fouillé lorsqu'il rentre dans l'unité ; il doit remettre tout lien (lacet, vêtement de jogging, ceinture), tout objet coupant (rasoir, couteau), en verre (miroir, flacon). Pour se raser, il est prêté un rasoir mécanique aux patients qui n'ont pas de rasoir électrique. Les lunettes sont retirées aux patients particulièrement agités qui sont placés en chambre d'isolement.

Les chambres sont fermées dans la journée sauf entre 13h et 15h, où les patients sont invités à aller s'y reposer. Il peut arriver qu'un patient, notamment une personne âgée, puisse se rendre dans sa chambre en dehors de ce créneau.

Tous les patients peuvent sortir dans l'espace extérieur sécurisé. Certains sortent accompagnés ou restent seuls dans la cour ; il s'agit notamment des patients placés en chambre d'isolement mais aussi de ceux qui pourraient avoir un comportement présentant un danger pour les autres.

Les patients n'ont pas accès à l'espace rencontre. C'est un soignant qui se déplace pour aller faire des achats à la demande.

Chaque patient dispose d'un casier individuel placé dans une armoire dans le bureau des infirmiers, dans lequel sont déposées les affaires qu'il ne peut pas ou ne souhaite pas conserver sur lui et qui lui sont remis à sa demande avec d'éventuelles restrictions prescrites par un médecin : tabac, gâteaux, etc.

Le tabac à rouler est interdit : « *on ne sait pas ce qu'il y a dedans* ». Il est distribué au maximum une cigarette par heure entre 8h et 20h. On peut fumer dans la cour et dans le « local fumeurs » accessible depuis la cour.

Comme à Saint-Vincent, quelques vêtements de récupération sont stockés pour pouvoir être donnés à des patients nécessiteux.

(ii) Les activités

Les seules activités proposées ont lieu à l'intérieur de l'unité ; elles sont rares, dépendent de la disponibilité du personnel et ne font pas l'objet d'un planning.

En principe, une fois par semaine, un groupe d'expression est organisé et l'équipe d'encadrement sportif intervient dans l'unité.

Recommandation

Les patients de l'unité Saint-Roch y sont enfermés en permanence. Dans ces conditions, il convient de planifier chaque jour des activités préparées, animées par un membre de l'équipe soignante et d'en informer les patients pour les inciter à s'y rendre.

(iii) Les soins

Un entretien infirmier individuel est réalisé une fois par semaine.

Le médecin généraliste du service A se déplace à Saint-Roch tous les matins. Il visite chaque jour les patients placés en chambre d'isolement. Lorsqu'il connaît le médecin traitant d'un patient, il le contacte une fois par semaine avec l'accord de ce dernier.

Chaque patient rencontre un psychiatre une à deux fois par semaine et tous les jours lorsqu'il est en chambre d'isolement.

En 2015, l'unité a reçu 189 patients totalisant 4 924 jours, soit une DMS de 26 jours.

6.4.2 Les unités d'hospitalisation du service B

a) Saint-Gabriel

Cette unité a été créée en 2007 à partir d'une unité destinée à recevoir des adolescents et de jeunes adultes, garçons ou filles de 16 à 25 ans, porteurs d'un trouble envahissant du développement avec troubles graves du comportement et/ou déficit majeur d'autonomie. Elle accueille désormais ces patients ainsi que ceux souffrant de pathologies sévères de l'enfance ou de l'âge adulte, tous âges confondus pour des séjours longs, et des patients venant d'instituts médico-éducatifs pour des séjours de rupture de six à huit semaines. L'unité accueille également pour des séjours séquentiels de deux semaines des patients difficiles provenant de structures médico-sociales où ils demeurent de l'ordre de six semaines.

Les patients sont souvent dénués de capacités de communication, ce qui peut se traduire par de la violence ou de l'agitation.

La plupart des patients repartent dans leurs familles pendant les week-ends.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, la plupart des patients pourraient relever de soins sans consentement ; cependant, cet état aurait comme conséquence de rendre plus difficile l'organisation des activités extérieures car toute sortie devrait être précédée de formalités administratives.

Dans sa réponse, la directrice par intérim précise :

« La différence, entre avant 2007 et après, touche surtout à l'âge et aux différents modes d'accueil. Il n'y a pas de pathologie de l'âge adulte à l'unité Saint-Gabriel, il n'y a que de TED¹⁹ au sens large (y compris déficiences intellectuelles sévères).

L'intervalle entre deux séjours séquentiels dépend de la gravité du trouble et des difficultés rencontrées par les structures médico-sociales. C'est un moyen de prévenir les hospitalisations au long cours. Il n'y a pas de durée prédéfinie des intervalles.

Très peu de patients repartent les week-ends en raison soit de l'absence de lien, soit de l'importance des troubles du comportement. Tous ceux qui le peuvent partent en week-end dans leur famille ».

i) Présentation générale

L'unité Saint-Gabriel est fermée. Dans sa réponse, la directrice par intérim précise : *« L'unité Saint-Gabriel est fermée en raison du risque majeur de "fugue" pour la plupart des patients pris en charge ».*

Sa capacité d'accueil est de onze lits, répartis en six chambres individuelles, deux chambres doubles et une chambre ne disposant que d'un lit mais capable d'en recevoir un deuxième. L'unité possède une salle de d'apaisement mais ne dispose pas de chambre d'isolement. Un « lit nomade » peut être transporté d'une chambre à une autre en fonction des besoins du moment ;

19 TED : trouble envahissant du développement

ce lit nomade vise à limiter le travail des soignants, il permet aussi la sieste pour les hôpitaux de jour. En aucun cas la capacité en lits ne peut passer à douze.

Selon les déclarations de la direction, l'unité propose trois places d'hôpital de jour. Dans la mesure du possible leur venue est calée sur des activités proposées adaptées et réparties sur la semaine pour ne pas surcharger le service. En pratique, le taux d'occupation est assez faible.

En 2015, trente-deux patients ont été hospitalisés pour 144 séjours et 3 672 jours d'hospitalisation, soit une moyenne de 114,75 jours par patient ; quatre patients ont été hospitalisés en soins sans consentement.

(i) Les locaux

Le réaménagement des locaux, anciens, commencé depuis plusieurs années, se poursuit.

L'unité a la forme de la lettre « L ». Le bas du « L » abrite le réfectoire, la salle de télévision, un bureau médical (sans fenêtre) et quatre chambres. La partie haute du « L » donne sur la cour et sur l'espace de relaxation « Snoezelen ». Entre les deux, sont distribuées six chambres. A la jonction, sont regroupés la salle de soins, la salle d'apaisement, deux douches, une salle de bains et des wc.

Le réfectoire, la salle de télévision, la salle d'apaisement et l'espace Snoezelen sont en excellent état.

Les chambres sont dans des états variables :

- le mobilier comporte en principe une table, une chaise, une armoire, une table de nuit, une lampe de chevet murale par patient ; il est parfois incomplet : absence de table de chevet, de lampe de chevet murale, de table, de chaise ou d'armoire ;
- la salle d'eau attenante à chaque chambre comporte normalement une douche, un WC, un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir ou d'une armoire de toilette à trois portes avec éclairage intégré, un ou deux porte-serviettes et deux patères. Pour certaines chambres, les salles d'eau sont neuves ; dans d'autres, l'armoire de toilette est absente, le lavabo n'est pas surmonté de tablette ni de miroir ni d'éclairage, la douche est dépourvue de rideau.

Aucune chambre n'est équipée de bouton d'appel.

Quelques dessins enfantins sont collés aux murs dans certaines chambres, mais aucune décoration institutionnelle n'a été mise en place.

La porte de la salle de soins n'est pas équipée d'oculus. Il n'est donc pas possible de voir si elle est occupée ni de regarder vers le couloir. L'écran de la caméra de la salle d'apaisement est exploité dans cette salle.

La salle d'apaisement mesure 1,90 m de largeur sur 1,90 m de longueur ; ses murs, sa porte et son sol sont formés de matelas en mousse recouverts d'une toile plastifiée. Un oculus de 10 cm de diamètre situé à 1,60 m de hauteur dans la porte d'accès permet de regarder à l'intérieur. Dès qu'un patient est placé dans cette salle, un soignant est en salle de soins pour assurer la surveillance *via* la caméra.

La cour est close par des grillages. Une rampe inclinée permet aux personnes à mobilité réduite d'y accéder. Elle comporte quelques fauteuils en plastique et un panier de basket-ball. Un auvent mobile permet de protéger les patients du soleil pendant les heures chaudes de l'été. Cette cour ne donne pas envie d'être utilisée.



L'espace Snoezelen



La cour



Une chambre à un lit non refaite



Une chambre à deux lits

Dans sa réponse, la directrice par intérim précise :

« Concernant le mobilier, l'équipement est adapté à l'état de chaque patient et changé lorsqu'il est dégradé.

La décoration ne résiste pas à l'arrachage sauf à être positionnée en hauteur (au moins 2 m). De plus, les patients autistes bénéficient d'un cadre épuré, la décoration pouvant même constituer un facteur d'aggravation des troubles en raison de l'hyperstimulation qu'elle entraîne ».

(ii) Le personnel

L'équipe médicale est composée d'un psychiatre, chef de pôle, pour 0,3 ETP et deux somaticiens présents le matin des mardi et jeudi pour 0,2 ETP.

Une responsable d'unité (1 ETP) est présente pendant les heures ouvrables.

L'unité bénéficie d'une assistante sociale, d'une psychologue pour 0,5 ETP et d'une éducatrice.

L'unité dispose d'une équipe soignante comparable à celle d'une unité de vingt patients en raison de la difficulté de leur prise en compte :

- huit infirmiers à temps plein ; l'unité n'arrive pas à les fidéliser ; il est écrit dans le chapitre « axes de réflexion » du rapport d'activité : *« L'objectif est d'éviter au maximum le turn over des soignants que connaît l'unité Saint-Gabriel ces dernières années »* ;

- trois aides-soignants (AS) à temps plein ;
- quatre agents des services hospitaliers (ASH) à temps plein.

L'effectif minimal requis est de deux soignants, dont un infirmier, et un ASH, chaque demi-journée, et un infirmier et un aide-soignant la nuit.

Recommandation

Les mesures nécessaires pour mettre un terme au turn-over anormalement élevé des soignants de l'unité Saint-Gabriel doivent être prises.

(iii) Les patients

Le 7 décembre 2016, quinze patients étaient hospitalisés au sein de l'unité, dont quatre en hôpital de jour. L'examen de la situation des présents donnait les informations suivantes :

- cinq femmes et dix hommes ; trois femmes en chambre individuelle et deux sans chambre car en hospitalisation de jour ; les âges étant compris entre 22 et 53 ans ;
- treize patients en soins libres et deux en soins sans consentement (deux SPDT) ;
- aucun patient autorisé à sortir de l'unité, la cour étant libre d'accès du lever au coucher ;
- quatorze patients sous protection judiciaire.

Dans sa réponse, la directrice par intérim déclare :

« Il n'y a normalement jamais quinze patients à Saint-Gabriel (onze en hospitalisation complète et au maximum trois en hôpital de jour, soit quatorze au maximum).

Aucun patient n'est autorisé à sortir seul de l'unité en raison de l'absence quasi complète d'autonomie dans ce registre. Trois ont des autorisations brèves en fonction de l'état du jour ».

Les contrôleurs ont pourtant noté que la fiche quotidienne en date du 7 décembre 2017 comptabilisait quatre patients en hôpital de jour.

Recommandation

L'unité Saint-Gabriel doit faire l'objet d'une transformation profonde passant par l'instauration de règles de vie, la remise à niveau des chambres et leur remise en état immédiate après dégradation, l'ouverture de locaux d'activité, la remise en état de la cour et l'organisation d'activités.

ii) Le projet thérapeutique

(i) La vie quotidienne

Le rythme de la journée devrait être donné dans les « règles de vie de l'unité », qui n'existent plus. Antérieurement, selon les informations recueillies par les contrôleurs, le rabâchage des règles de vie permettait une certaine « sociabilisation » des patients.

La règle non écrite est d'une douche par jour, le matin ou le soir, en raison de la nécessité d'accompagner la quasi-totalité des patients dans leur toilette.

Dans sa réponse, la directrice par intérim précise :

« Pour pouvoir répondre aux besoins d'accompagnements de tous, les douches ou les bains sont donnés quotidiennement soit le matin, soit le soir et plus si nécessaire (soit par rapport à l'hygiène, soit comme outil permettant de faire baisser des états anxieux ou d'agitation). Le rythme bain/douche n'est pas défini mais est fonction de l'état du patient ».

(ii) Les activités

En 2015, trois demi-journées d'activités étaient prévues : randonnée le mardi après-midi, piscine le jeudi matin et spa le jeudi après-midi. D'autres, telles que musique et art créatif, étaient organisées sans programmation mais en fonction des disponibilités.

Lors de la visite des contrôleurs, un tableau hebdomadaire de principe 2016-2017 est affiché dans la salle de soins, mais le chef de service fait état du fait qu'il ne peut pas être suivi, la prise en charge des patients nécessitant en tout temps une mobilisation importante de soignants.

L'espace de relaxation Snoezelen est sous-utilisé car, sur l'ensemble des soignants formés, seuls, deux infirmiers sont encore présents.

La réalisation d'une sortie par jour pour trois à cinq patients accompagnés par un soignant est un objectif difficile à atteindre.

Dans sa réponse, la directrice par intérim précise : « La majorité des patients sortent une fois par jour au moins, soit seuls soit en groupe, soit dans l'hôpital soit à l'extérieur ».

(iii) Les soins

Les réunions de synthèse, en présence du chef de pôle qui est également le psychiatre de l'unité, de l'interne, du psychologue, des équipes du matin et du soir, de l'assistance sociale et de la responsable d'unité, sont organisées le mardi en tout début après-midi.

Une réunion de synthèse par patient est programmée tous les six mois.

b) Sainte-Marthe

A l'origine, l'unité Sainte-Marthe a été conçue pour accueillir les patients majeurs en soins sans consentement provenant de l'unité Saint-Roch, sans comportement dangereux. Actuellement, l'unité accueille toute personne dont l'état nécessite une surveillance particulière, qu'elle soit en soins libres ou en soins sans consentement ; certains patients sont présents au long cours faute de capacité d'accueil non hospitalière à l'extérieur.

i) Présentation générale

L'unité Sainte-Marthe est fermée mais des patients peuvent sortir en le demandant à un soignant, sous réserve d'une autorisation médicale préalable.

Sa capacité d'accueil est de vingt et un lits, répartis en neuf chambres doubles et trois chambres individuelles, ainsi qu'une chambre d'isolement parfois utilisée en chambre d'appoint ; dans ce cas la porte est laissée ouverte.

En 2015, 143 patients ont été hospitalisés pour 164 séjours et 7 166 jours d'hospitalisation, soit une moyenne de 50 jours par patient. 73 patients, soit la moitié, ont été hospitalisés en soins sans consentement.

(i) Les locaux

Le réaménagement des locaux, anciens, entamé depuis plusieurs années se poursuit.

Le pavillon comporte une partie centrale, où sont regroupés la salle de soins, la salle de séjour des patients et les accès vers la cour et les trois ailes de l'unité.

Une aile est consacrée à l'hébergement avec neuf chambres doubles, disposant chacune d'un local sanitaire, deux chambres individuelles disposant d'un local sanitaire commun, une salle de bains et deux WC. Ces chambres sont disposées de part et d'autre d'un vaste couloir surveillé par deux caméras de vidéosurveillance dont les écrans sont dans la salle de soins.

Une aile abrite une chambre individuelle et la chambre d'isolement, avec deux locaux sanitaires, ainsi qu'un couloir aménagé destiné à recevoir des visiteurs en l'absence de salon.

La dernière aile accueille les bureaux du médecin et de la responsable d'unité – en son absence, ce dernier bureau est utilisé comme bureau médical ou comme bureau de l'assistance sociale –, le réfectoire et l'office. Le réfectoire ouvre sur la cour, qui est vaste, ombragée, avec de la vue et orientée au Sud.

Les deux pièces à vivre sont formées par le réfectoire et la salle de séjour ; cette dernière est équipée d'un téléviseur, d'une table de ping-pong, d'un baby-foot et de plusieurs tables. Au moment de la visite des contrôleurs, un soignant jouait aux cartes avec des patients. Il n'existe pas de salle d'activités dans l'unité.

Chaque chambre comporte au moins une fenêtre s'ouvrant totalement ou partiellement et équipée d'un rideau opaque descendu ou remonté par une manivelle. A proximité de chaque lit, une sonnette d'appel est fixée au mur. Chaque patient dispose d'une table et d'une chaise, d'une table de nuit, d'une lampe de chevet fixée au mur, d'une armoire et, pour la plupart des patients d'un placard. Les chambres doubles rénovées sont équipées d'un muret de séparation qui va du sol au plafond et permet aux patients alités de ne pas se voir.

Les sanitaires, certains anciens, d'autres rénovés, sont équipés d'un lavabo avec miroir et éclairage, d'un porte-serviettes et parfois de deux, de tablettes pour les sanitaires des chambres doubles. Les sanitaires non rénovés ne sont pas équipés de douche ; ceux qui sont rénovés ont une douche à l'italienne mais sans dispositif d'isolation du reste du local sanitaire. Les portes des sanitaires ne sont pas toutes équipées d'un verrou intérieur ni de patère, notamment ceux communs aux deux chambres à un lit.

Recommandation

Au sein de l'unité Sainte-Marthe, afin de préserver l'intimité des patients, chacun devrait bénéficier d'une chambre individuelle avec salle d'eau et toilettes attenantes ; toutes les salles d'eau doivent être équipées de patères.

L'unité dispose d'un mobilier en bon état. Les murs des chambres mériteraient cependant d'être décorés.

Une chambre individuelle et la chambre d'isolement, situées dans une autre aile, disposent chacune d'un local sanitaire situé de l'autre côté du couloir d'accès.

(ii) Le personnel

L'équipe médicale est composée d'un psychiatre, chef de service, pour 0,2 ETP, un psychiatre pour 0,8 ETP et deux somaticiens pour 0,8 ETP.

Une responsable d'unité (0,8 ETP) est présente pendant les heures ouvrables. Elle assure 0,2 ETP en hôpital de jour à Brives-Charensac.

L'unité bénéficie d'une assistante sociale pour 0,5, ETP et d'une psychologue pour 0,2 ETP.

L'équipe soignante est composée de :

- dix infirmiers pour 9,80 ETP ;
- trois aides-soignants à temps plein ;
- trois ASH à temps plein dont deux en contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE).

L'effectif minimal requis est, le matin (de 6h à 13h), de trois soignants dont un infirmier, le soir (de 13h à 21h), de deux soignants dont un infirmier, et un ASH ; dans les faits, trois soignants sont présents le matin et l'après-midi ; en dehors des périodes de congé, un soignant renforce en semaine l'équipe de jour en vue de faire des accompagnements thérapeutiques.

L'équipe de nuit est composée d'un infirmier et un aide-soignant.

(iii) Les patients

Le 8 décembre 2016, dix-huit patients étaient hospitalisés au sein de l'unité ; dix-sept étaient présents et un était en permission. L'examen de la situation donnait les informations suivantes :

- quatre femmes et treize hommes ; les trois chambres à un lit étaient occupées par des hommes ;
- sept en soins libres et onze en soins sans consentement (deux SPDRE, cinq SPDT, un SPDTU, trois SPI) ;
- deux patients interdits de sortir de l'unité – aucun en chambre d'isolement –, deux autorisés à sortir accompagnés, treize autorisés à sortir pour des durées limitées ou non limitées ; 76 % des présents étaient autorisés à sortir ;
- douze sous protection judiciaire et un autre pour lequel la procédure était en cours, soit treize sur dix-sept.

ii) Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique est fondé sur le principe de préparer au mieux le patient au projet autour de la sortie notamment en développant le lien intra et extra hospitalier. Le but est d'obtenir l'adhésion du patient à une prise en charge extra hospitalière à sa sortie de l'hospitalisation à temps plein, afin de prévenir les rechutes et les ré-hospitalisations.

Cependant le manque notable de structure d'accueil (foyer occupationnel, MAS) impose à l'unité de conserver des patients atteints de pathologies lourdes et chroniques : en 2015, cinq personnes étaient hospitalisées depuis plus de quatre ans.

(i) La vie quotidienne

Le rythme de la journée est donné dans les « règles de vie de l'unité » qui sont affichées.

(ii) Les activités

Les activités sont organisées selon le schéma de principe suivant :

- lundi et vendredi : aucune activité programmée ;
- mardi après-midi, une semaine sur deux : photo langage pour cinq à huit patients ;
- mercredi :

- matin, en intérieur ou en extérieur : pétanque pour quatre patients ;
- après-midi : sport pour trois à dix patients ;
- journée, une fois par mois : randonnée ;
- week-end : jeux de société organisés par les soignants selon leurs disponibilités ;
- jeudi matin : piscine pour trois patients ;
- quotidiennement : des activités occupationnelles (ping-pong, baby-foot, télévision, cartes, dominos) sont organisées dans la salle de séjour.

Compte tenu du nombre de soignants présents dans l'unité, notamment du lundi au vendredi (Cf. *supra* Chap. i).(ii)), l'activité globale des patients pourrait être accrue.

Recommandation

Au sein de l'unité Sainte-Marthe, il n'existe pas de pièce spécifique pour les activités et un seul téléviseur est mis à la disposition des patients dans la salle qui contient la table de ping-pong, le baby-foot et les tables permettant de jouer ou de lire. Le volume et la qualité des activités thérapeutiques et occupationnelles des patients doivent être enrichis.

(iii) Les soins

Les réunions de synthèse, en présence du chef de pôle et chef de service, des psychiatres, de l'interne, d'un médecin somaticien, du psychologue, d'un infirmier au moins, de l'assistance sociale et de la responsable d'unité sont organisées le vendredi matin.

Les synthèses sur un patient sont en général effectuées au cours des réunions hebdomadaires.

Il n'est pas désigné d'infirmier ni d'aide-soignant référent par patient. Les entretiens médicaux se déroulent en présence d'un infirmier.

c) Saint-Michel 1

Cette unité accueille des patients adultes en soins libres ou sans consentement, présentant des troubles psychiatriques, sans cibler de pathologie en particulier. Le caractère généraliste des admissions constitue la singularité parmi les huit unités d'hospitalisation à temps complet du pôle de psychiatrie des adultes.

i) Présentation générale

L'unité Saint-Michel 1 est fermée ; des patients peuvent sortir en le demandant à un soignant, sous réserve d'une autorisation médicale préalable.

La capacité d'accueil est de vingt-deux lits, répartis en quatorze chambres individuelles et quatre chambres doubles, plus une chambre d'isolement.

En 2015, 157 patients ont été hospitalisés pour 7 655 jours d'hospitalisation, soit une moyenne de 48,76 jours par patient. 60 patients, soit 38 %, ont été hospitalisés en soins sans consentement.

(i) Les locaux

Construit dans les années 1980, le pavillon Saint-Michel comporte un étage ; l'unité Saint-Michel 1 occupe la totalité du rez-de-chaussée, l'unité Saint-Michel 2 occupe l'étage.

Le rez-de-chaussée comporte une partie centrale où sont regroupés les bureaux de l'équipe soignante et les zones communes de l'unité. Deux ailes s'articulent sur ce noyau, une au Nord et une au Sud, occupées par les chambres de chaque côté d'un couloir rectiligne. La partie centrale du bâtiment s'ouvre, côté Est, sur une cour sécurisée, entièrement pavée, sécurisée par un grillage haut, ce qui permet la sortie notamment des fumeurs. Un accès, côté Ouest, permet de déboucher sur un espace ouvert, sablé et ombragé, offrant un jeu de boules.

Les pièces à vivre sont formées par le réfectoire équipé d'un téléviseur et une salle de lecture et de jeux avec une chaîne Hi-fi. Une pièce dans le sas d'entrée est dédiée à des visites et à la sophrologie. Le hall central est vaste et des patients y déambulent.

Les bureaux sont au nombre de quatre : deux pour les consultations médicales, un bureau infirmier et un bureau du responsable d'unité.

Les chambres sont convenablement équipées avec au moins une fenêtre coulissante, pouvant laisser une ouverture de 10 cm et équipée d'un rideau opaque descendu ou remonté par une manivelle. A côté de chaque lit, une sonnette d'appel est accessible pour un patient alité. Chaque chambre comporte par patient une table et une chaise, une table de nuit, une lampe de chevet fixée au mur, un lavabo avec miroir et éclairage, porte-serviettes, étagère formant tablette. Les armoires des patients, comme les chambres, demeurent ouvertes.



La salle d'eau attenante à la CI Les lavabos d'une chambre double

Les sanitaires sont en nombre limité : six wc, trois douches et une baignoire, réparties sur les deux ailes – dans l'aile Nord, une douche avec wc accessibles aux personnes à mobilité réduite, dans l'aile Sud, une douche simple, une baignoire, deux WC ainsi qu'une douche avec un wc accessibles aux personnes à mobilité réduite –, plus, près de la salle à manger, deux WC et un lavabo. Toutes les portes des locaux sanitaires sont équipées d'un verrou manœuvrable de l'intérieur.

(ii) Le personnel

L'équipe médicale est composée de trois psychiatres pour 1 ETP et deux somaticiens pour 0,6 ETP.

Un responsable d'unité (1 ETP) est présent pendant les heures ouvrables.

L'unité bénéficie d'une assistante sociale pour 0,5 ETP et d'une psychologue pour 0,5 ETP.

L'équipe soignante est composée de :

- dix infirmiers pour 9,60 ETP ;

- trois aides-soignants à temps plein ;
- trois ASH pour 2,80 ETP.

De jour, deux équipes se succèdent : celle du « matin », de 6h à 13h, puis celle du « soir », de 13h à 21h. L'effectif minimal requis est de trois soignants dont un infirmier, et un ASH. Dans les faits, le plus souvent un soignant, voire plus, renforce l'équipe de jour. Le service de nuit, de 20h30 à 6h30, est assuré par deux soignants dont au moins un infirmier.

Pour la semaine du lundi 12 au dimanche 18 décembre 2016, le planning de présence prévoyait le matin entre deux et cinq soignants (trois les mercredi, samedi et dimanche ; cinq les lundi, mardi, jeudi, vendredi) et le soir entre deux et quatre soignants (deux les vendredi, samedi et dimanche ; trois les lundi, mardi et jeudi ; quatre le mercredi) ; un ASH était prévu tous les matins et tous les après-midi à l'exception du mercredi après-midi.

(iii) Les patients

Le 8 décembre 2016, vingt-deux patients étaient hospitalisés au sein de l'unité ; vingt et un étaient présents et un était en permission. L'examen de la situation des présents donnait les informations suivantes :

- douze femmes et neuf hommes ; sur les trois chambres doubles, deux sont occupées par des femmes ;
- quatorze en soins libres et sept en soins sans consentement (un SPDRE, deux SPDT, un SPDTU, trois SPI) ;
- un interdit de sortie (en chambre d'isolement), trois autorisés à sortir accompagnés, deux autorisés à sortir pour des durées limitées, quinze autorisés à sortir sans limitation soit 71 % des présents ;
- huit sous protection judiciaire ; vingt autorisés à sortir avec ou sans restriction soit 95 % des patients hospitalisés.

ii) Le projet thérapeutique

(i) La vie quotidienne

Le rythme de la journée est donné dans les « règles de vie de l'unité » qui sont affichées.

(ii) Les activités

Le projet thérapeutique est fondé sur la stabilisation des symptômes par des médications appropriées, des soins infirmiers, des psychothérapies de soutien et la participation à des groupes thérapeutiques adaptés. Des activités sont organisées par des intervenants extérieurs à l'unité : sport adapté, groupe de sophrologie, ergothérapie. D'autres temps partagés peuvent être proposés aux personnes soignées, par l'équipe de soins de l'unité. Les activités sont organisées selon le schéma de principe suivant :

- lundi matin, une semaine sur deux : cuisine ;
- mardi après-midi : sport pour trois à dix patients ;
- mercredi pendant les journées tempérées et chaudes : pétanque ;
- mercredi après-midi : sophrologie ;
- ergothérapie selon calendrier de l'atelier ;
- week-end : jeux de société organisés par les soignants selon leurs disponibilités ;

- en semaine : des accompagnements à domicile ou des sorties accompagnées sont organisés dès lors qu'un quatrième soignant au moins est présent et disponible.

Cependant, ce programme de principe n'est pas respecté et les contrôleurs ont constaté que les patients disposaient d'un faible volume d'activités, qu'elles soient thérapeutiques ou occupationnelles.

Compte tenu du nombre soignants présents dans l'unité, notamment du lundi au vendredi, l'activité globale des patients pourrait être accrue.

(iii) Les soins

Les réunions de synthèse, en présence du chef de pôle, des psychiatres, de l'interne, d'un médecin somaticien, du psychologue, d'un infirmier au moins, de l'assistance sociale et du responsable d'unité sont organisées le lundi après-midi.

Les synthèses sur un patient sont en général effectuées au cours des réunions hebdomadaires.

Il n'est pas désigné d'infirmier ni d'aide-soignant référent par patient. Dans la plupart des entretiens médicaux, un infirmier est présent.

6.4.3 Les unités d'hospitalisation du service C

a) Marie-Joseph

L'unité accueille des personnes adultes présentant des pathologies psychotiques chroniques.

i) Présentation générale

(i) Les locaux

L'unité, dont la porte d'accès est fermée, est hébergée au rez-de-chaussée d'un bâtiment très ancien. Elle dispose d'une vaste cour fermée et sécurisée.

Le service comprend vingt-deux chambres dont dix-huit individuelles, deux chambres doubles et deux chambres dites « d'apaisement ». Les chambres sont petites, non fonctionnelles et ne bénéficient pas d'équipement sanitaire. Dans un des couloirs d'hébergement, seize patients doivent se partager deux lavabos, deux wc et une douche. Les patients se plaignent des difficultés d'accès aux sanitaires et du froid l'hiver car les huisseries et les fenêtres au simple vitrage sont peu isolantes.



Chambre individuelle

L'espace « jour » est composé d'un réfectoire, une salle de télévision, une salle d'activité comprenant un baby-foot, un office, une salle de soins et un bureau de consultation médicale. L'unité ne dispose pas de lieu de réception pour les visiteurs.

(ii) Le personnel

Chaque matin et chaque après-midi, deux infirmiers ou deux aides-soignants sont présents dans l'unité avec un ASH ; ponctuellement, un infirmier ou un aide-soignant vient renforcer l'équipe en journée. La nuit, une équipe spécifique est composée d'un infirmier et d'un aide-soignant ; les somnifères sont dispensés par ces professionnels.

Une psychologue et des kinésithérapeutes interviennent sur prescription médicale. Une assistante sociale prend régulièrement en charge les patients de l'unité.

En semaine, un psychiatre est présent chaque matin et un médecin généraliste trois après-midi. Le samedi matin, le médecin référent est présent sur l'unité.

(iii) Les patients

En 2015, le nombre de patients a été de dix-huit (quinze femmes et quarante-neuf hommes) avec une DMS de 122 jours par patient. A leur sortie, la plupart des patients retournent à leur domicile ou en structure médico-sociale

La moyenne d'âge est de 50 ans ; le patient le plus jeune avait 21 ans et le plus âgé avait 88 ans. L'unité est un service fermé, avec des modes d'hospitalisation variés dont une forte proportion de patients en soins libre (quarante-sept pour dix-sept patients en soins contraints).

ii) Le projet thérapeutique

(i) La vie quotidienne

Sur les dix-sept patients présents pendant la période de contrôle, les quatorze patients en soins libres pouvaient sortir en journée dans l'enceinte de l'hôpital ; sur les trois patients en soins contraints, deux devaient être accompagnés par un soignant et un pouvait sortir librement.

(ii) Les activités

Les possibilités d'accès des patients aux activités sont très limitées :

- un lundi sur deux, un atelier cuisine est organisé ;
- le vendredi matin, des activités sportives adaptées se déroulent au sein de l'unité ;
- le reste du temps, les patients peuvent jouer au baby-foot, à des jeux de société, regarder la télévision ou se rendre à l'espace rencontre.

(iii) Les soins

L'objectif de l'unité est d'accompagner les patients vers des structures extérieures mais le manque de places dans les institutions médico-sociales oblige souvent à prolonger inutilement leur séjour. De plus, nombre de maisons de retraite ne souhaitent pas accueillir des personnes venant de l'hôpital psychiatrique.

b) L'unité Saint-Michel 2

L'unité Saint-Michel 2 est située sur les hauteurs du centre hospitalier : les patients peuvent y entrer et sortir librement en journée (de 8h à 20h).

Située au premier étage, elle ne possède pas de cour extérieure. Elle dispose de quinze chambres individuelles et quatre chambres doubles peu confortables et mal isolées du froid. Toutes les chambres, sans WC ni douche, disposent cependant d'un lavabo. Les vingt-trois patients doivent se partager les quatre douches disponibles.

Les contrôleurs n'ont pas constaté d'atteinte aux droits fondamentaux. L'unité ne dispose pas de chambre d'apaisement ni de chambre d'isolement : en cas de crise suicidaire (trois à quatre fois par an en moyenne), le patient est transféré dans une unité fermée.

Des activités sont organisées tous les après-midi des lundi, mardi, mercredi et jeudi.

Les patients peuvent conserver leur téléphone et leur ordinateur.

7. CONCLUSION GENERALE

Les contrôleurs ont pu constater l'attention permanente des soignants envers les patients.

L'univers de vie des patients est particulièrement rétréci : **la quasi-totalité des unités sont fermées alors que près des trois quarts des patients sont admis en soins libres** ; les activités thérapeutiques et occupationnelles proposées sont rares ; si les unités disposent en général de jardins sécurisés, certains sont agréables, d'autres sont inconfortables.

L'état de l'unité Saint-Gabriel interpelle particulièrement : les soignants l'évitent, le mobilier n'est pas entretenu.

Les chambres d'isolement sont d'un autre âge et portent atteinte à la dignité des patients qui y sont placés. Leur utilisation pose question ; notamment, le caractère exceptionnel de l'isolement tel qu'il est défini par la loi ne paraît pas appliqué.

L'emplacement du centre hospitalier à flanc de coteau et l'héritage d'un ensemble immobilier datant du XIX^{ème} siècle forment des contraintes dont il est difficile de s'affranchir. Les extensions et reconfigurations qui s'imposent devraient être envisagées sur des sites extérieurs offrant de réelles possibilités de proximité et des espaces extérieurs proches de la nature et afin de libérer les contraintes architecturales et d'affirmer les besoins réels des personnes hospitalisées. Dans la période intermédiaire, des solutions ingénieuses pour permettre des espaces de vie extérieurs et des chambres conformes à la dignité de vie des personnes au XXI^{ème} siècle peuvent être trouvées pour pallier la situation actuelle.

Annexes

ANNEXE 1 : LISTE DES SIGLES EMPLOYÉS

AFGSU	: attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
APSA	: activités physiques et sportives adaptées
ARDOC	: association régionale des dépistages organisés des cancers
ARS	: agence régionale de santé
AS	: aide-soignant
ASH	: agent des services hospitaliers
(A)S(P)DRE	: (admission en) soins (psychiatriques) sur décision du représentant de l'Etat
(A)S(P)DT(U)	: (admission en) soins (psychiatriques) à la demande d'un tiers (en urgence)
(A)S(P)PI	: (admission en) soins (psychiatriques) pour péril imminent
CAS	: conseil d'administration de surveillance
CATTP	: centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CGLPL	: contrôle général des lieux de privation de liberté
CH(SM)	: centre hospitalier (Sainte-Marie)
CLAN	: comité de liaison en alimentation et nutrition
CME	: commission médicale de l'établissement
CMP(S)	: centre médico-psychologique (de secteur)
CNIL	: commission nationale informatique et liberté
DIM	: département d'information médicale
DMS	: durée moyenne de séjour
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ERE	: espace de réflexion éthique
ESAT	: établissement et service et d'aide par le travail
ESPIC	: établissement de santé privé d'intérêt collectif
GEM	: groupe d'entraide mutuelle
GEMRCN	: groupement d'étude des marchés en restauration collective et de nutrition
HSC	: hospitalisation sans consentement
IST	: infection sexuellement transmissible
JALMALV	: jusqu'à la mort accompagner la vie
JLD	: juge des libertés et de la détention
MAS	: maison d'accueil spécialisée
MCO	: médecine, chirurgie, obstétrique

MDPH	: maison départementale des personnes handicapées
RESOPAD	: réseau de soins palliatifs à domicile
TGI	: tribunal de grande instance
UAOU	: unité d'accueil, d'observation et d'urgence
UHSA	: unité hospitalière spécialement aménagée
UNAFAM	: union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques
USLD	: unité de soins de longue durée
ZHCD	: zone d'hospitalisation de très courte durée