



RAPPORT DE VISITE
CENTRE HOSPITALIER CAMILLE
CLAUDEL
LA COURONNE (Charente)

12 au 14 novembre 2008

Visite effectuée par :

- Mme Brahmy (chef de mission)*
- M. Bolze*
- M. Landais*
- M. de Torcy*

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite au centre hospitalier Camille Claudel à La Couronne (16) du 12 au 14 novembre 2008. Le directeur du centre hospitalier avait été préalablement informé de cette visite le jeudi 6 novembre, soit six jours avant le début du contrôle.

Conditions de la visite

Les quatre contrôleurs sont arrivés le mercredi à 11h. Ils sont repartis le vendredi à 15h30.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition de l'équipe. Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients, qu'avec des personnels exerçant sur le site.

A leur demande, des entretiens ont eu lieu avec les associations représentant les familles des patients (UNAFAM et ADAPEI) ainsi qu'avec une organisation syndicale (CFDT).

Une réunion de travail s'est tenue avec l'équipe de direction et les représentants de chaque secteur de psychiatrie en début et en fin de visite.

L'affichette informant les patients de la visite des contrôleurs avait été apposée préalablement à la visite dans toutes les unités de soins.

L'équipe a visité l'ensemble des unités de soins des quatre secteurs de psychiatrie adulte, celles hébergeant les psychotiques déficitaires, l'unité accueil, orientation et centre de crise (UAOCC) ainsi que la cafétéria «Bar des Arcades ».

Un premier rapport a été communiqué à la direction de l'établissement, qui a produit des observations dont il a été tenu compte dans l'établissement du présent rapport.

Présentation de l'établissement

L'établissement est situé à La Couronne, à 7 kilomètres du centre d'Angoulême. Il est desservi par deux lignes de transports en commun, dont l'une exige une marche à pied finale de 10 minutes. La signalisation de l'établissement est tardive.

Situé dans un espace boisé d'environ 80 hectares, l'hôpital a été ouvert en 1865.

En 1999, il adopte le nom de centre hospitalier Camille Claudel, établissement public de santé mentale de la Charente.

C'est le seul établissement public ayant en charge la santé mentale dans le département habilité à recevoir les patients hospitalisés sous contrainte.

Il existe une clinique psychiatrique privée de 36 lits à Jarnac.

Malgré la présence d'une barrière destinée à contrôler l'entrée des véhicules, le centre hospitalier apparaît d'emblée ouvert sur l'extérieur, les piétons ayant un accès libre.

Sur le domaine se trouvent en effet, outre l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), une

école d'ingénieurs et un bâtiment de l'université.

Le centre hospitalier comprend quatre secteurs de psychiatrie générale adulte, deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et un certain nombre de structures intersectorielles dont le service d'alcoologie. Il dispose de 253 lits en psychiatrie adulte.

Chaque pôle est sectorisé mais, lorsqu'un secteur n'a plus de place, dans un souci de solidarité, le patient est admis sans difficulté dans un autre secteur, y compris pour l'admission en chambre d'isolement. Cette organisation révèle l'esprit collectif de l'hôpital.

Chaque secteur de psychiatrie adulte s'est constitué en pôle comprenant chacun un service d'admission de 25 lits dont une chambre d'isolement et un service de moyen et long séjour d'une capacité variable de 15 à 25 lits selon les pôles:

- 6 pôle 1 : Esquirol 1 (admission) et Esquirol 2 (moyen séjour) ;
- 7 pôle 2 : Primevères 2 (admission) et Janet étage (moyen séjour) ;
- 8 pôle 3 : Moreau de Tour (admission) et Font Roi (moyen séjour) ;
- 9 pôle 4 : Bruno Bettelheim (admission) et Calypso (moyen séjour).

Le centre hospitalier dispose également d'une fédération de service intersectorielle appelée « Arc-en-ciel » destinée à recevoir les patients psychotiques déficitaires ; l'ensemble de cette fédération dispose de 47 lits (Janet rez-de-chaussée, le Logis et Sésame) et d'une unité de jour de 12 places.

Depuis avril 2004 le centre hospitalier a créé une unité "accueil, orientation et centre de crise" de 10 lits (UAOCC) qui dispose également d'une chambre d'isolement.

En 2007, 2.348 patients ont été hospitalisés à La Couronne, ce qui constitue une augmentation de 5 % par rapport à 2006. La durée moyenne de séjour est de 15 jours pour les quatre unités d'admission (hors fédération Arc-en-ciel) et de 2,8 jours pour le centre de crise.

En 2007, 176 entrées ont été réalisées sous le régime de l'hospitalisation d'office (HO) -162 en 2006 - et 184 en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) - 196 en 2006-.

Au jour de la visite, 77 patients sont en HO et 21 en HDT, dont 53 HO et 7 HDT sont en sortie d'essai, c'est-à-dire ne sont pas hébergées à l'hôpital.

1 - Information donnée aux patients et exercice des droits

1.1 - Informations données au malade hospitalisé sous contrainte

L'établissement a lancé une démarche expérimentale de mise en place systématique de fiches intitulées « Bilan de l'information transmise au patient ». Ces fiches détaillent les sujets à évoquer avec le patient au moment de son admission:

- information sur l'état de santé du patient,
- information sur le traitement et la prise en charge,
- réflexion sur les bénéfices et les risques du traitement et de la prise en charge,
- consentement aux soins,

- informations sur le fonctionnement de l'unité de soins,
- remise du livret d'accueil,
- visite de l'unité
- information sur la personne de confiance
- autres informations.

Chaque fiche est renseignée par un personnel de l'équipe soignante, qui la signe ainsi que le patient ou son représentant légal. Selon nos interlocuteurs, le patient est interrogé sur son souhait éventuel de désigner une personne de confiance et répond généralement par la négative.

Il nous est précisé que les informations sur les droits du patient ne lui sont pas nécessairement données le jour même de son admission, le personnel estimant qu'un délai d'adaptation de quelques jours permettra à celui-ci de mieux les assimiler du fait de son état clinique. Cette sage précaution respecte au mieux les droits du patient.

L'emploi de cette fiche est pratiqué de façon encore aléatoire et disparate selon les unités de soins. Cette méthode est à généraliser ; elle complète très bien la distribution du livret d'accueil, en ce qu'elle en assure une lecture commentée et comprise par le patient. Il convient d'ajouter un paragraphe concernant la notification des droits.

Le patient hospitalisé sous contrainte (HO ou HDT) est accueilli dans des conditions identiques à celles d'une hospitalisation libre ; la notification des droits rattachés à sa spécificité ne donne pas lieu à une procédure particulière.

En application de la loi du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé, une fiche explicative est remise au patient, précisant les règles relatives aux biens détenus par les personnes admises dans l'établissement et les possibilités de dépôt de ces biens. Un bordereau est signé, soit par le patient, soit par deux soignants.

Enfin, un questionnaire de sortie est remis au patient à la fin de son séjour dans l'établissement. En 2006, 1.079 questionnaires ont été retournés, ce qui représente un taux de retour de 36,2%.

1.2 - Remise du livret d'accueil

Selon la direction, le livret d'accueil est remis à chaque patient, soit lors de son passage à l'UAOCC, soit à son arrivée en unité d'admission.

Il s'agit d'un document constitué de fiches volantes remises à jour en fonction des nécessités et évolutions. Il présente les thèmes suivants :

- présentation générale de l'établissement,
- l'admission (pièces à fournir, conditions de prise en charge, les modes d'hospitalisation),
- les droits du patient (voies de recours, personne de confiance, communication du dossier médical, informatique et liberté, mesures de protection juridique),
- le séjour (communication avec l'extérieur, vie quotidienne, règles à respecter, accueil des proches),
- une fiche par unité de soin indiquant succinctement son fonctionnement, son adresse et les coordonnées des cadres,
- le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN),
- le comité sida,
- la charte du patient hospitalisé (résumé de la circulaire de la direction de l'hospitalisation et de

l'organisation des soins du 2 mars 2006),
- plan de l'établissement.

Le livret d'accueil est composé d'une façon remarquable : clair, complet, et facile à remettre à jour grâce à son système de fiches volantes. Le texte est rédigé dans des termes relativement simples et compréhensibles par tous. Pour les patients hospitalisés sous contrainte, il conviendrait d'accompagner la remise de ce document par une explication personnalisée et adaptée, en particulier pour la question de ses droits.

Certaines unités de soins remettent au patient arrivant un feuillet complémentaire détaillant l'organisation, le fonctionnement, les règles de la vie quotidienne et la composition de l'équipe. Cette excellente initiative mériterait d'être généralisée.

1.3 - Information donnée aux familles, procédures règles appliquées en matière de secret médical

L'établissement applique une politique d'ouverture à l'extérieur, notamment en terme de relations avec les familles des patients. Celles-ci sont impliquées dans la mise en œuvre du projet thérapeutique.

Selon les présidents de l'UNAFAM et de l'ADAPEI, les familles sont satisfaites de l'attention qui leur est portée par les équipes de l'hôpital ; ils n'ont pas connaissance de plainte concernant des manques de transmission d'informations aux familles.

1.4 - Accès au dossier médical par le patient

L'accès du patient à son dossier médical se fait selon la réglementation en vigueur par le bureau des entrées.

En 2007, 34 demandes ont été faites, dont 8 n'ont pas obtenu gain de cause.

Le bureau des entrées indique également au patient ou à un de ses ayants droit qu'en cas de refus, il peut s'adresser à la commission d'accès aux documents administratifs (CADA).

Environ 25% des dossiers ont été consultés dans les services en présence de soignants.

1.5 - Organisation des visites des familles pour les patients en HO/HDT

Comme pour les autres patients, les visites des personnes hospitalisées sous contrainte sont soumises à l'accord du médecin en fonction de l'état clinique et de son évolution, puis à celui du patient.

Les horaires des visites sont de 14h30 à 18 h30 ; des dérogations à ces horaires peuvent être autorisées avec l'accord du médecin responsable du service.

1.6 - Relations des patients avec l'extérieur

1.6.1 - Le courrier

Pour le courrier entrant, la règle est qu'il est distribué, chaque jour, dans les unités de soins, sauf contre-indication médicale en fonction de l'expéditeur s'il risque de perturber le patient.

Pour le courrier départ, les patients le confient, affranchi, aux cadres infirmiers du service dans

lequel ils sont soignés. La même règle de précaution est appliquée dans la mesure où il peut être craint que les lettres adressées (éventuellement sous le coup d'une impulsion) à certains destinataires pourraient avoir, ultérieurement, des conséquences fâcheuses pour l'expéditeur en raison de leur contenu supposé.

1.6.2 - Le téléphone

Les patients peuvent disposer de leur téléphone portable, sauf contre-indication médicale notamment à l'admission. Chaque unité comporte une cabine téléphonique, à l'exception des unités « Font Roi » (où les patients ont accès au téléphone du service) et « Arc-en ciel ».

L'établissement a mis en place un système de facturation des appels téléphoniques. Il a été signalé aux contrôleurs une certaine souplesse de la part de l'administration au bénéfice des patients.

1.7 - Informations sur les possibilités de recours

L'information de l'existence de voies de recours est portée dans le livret d'accueil sur la fiche n°3 intitulée « Droits des patients », qui distingue, d'une part, l'information de la situation juridique et des droits liée à une hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers et, d'autre part, la procédure à suivre pour se plaindre de l'activité du service pendant le séjour.

Une liste des voies de recours existantes est établie. Elle mentionne : le responsable du service, la direction de l'établissement, le juge des libertés et de la détention, le préfet, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance, le maire et le procureur de la République. Cette liste gagnerait à être complétée par les adresses de ces derniers.

Il est également précisé sur ce document que la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut être saisie et qu'il est possible d'être entendu par cette instance lors de ses visites. L'adresse postale de la CDHP est indiquée.

La fiche mentionne en outre la possibilité ouverte à tout patient de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix et de saisir la commission régionale de conciliation et d'indemnisation (adresse fournie) pour les accidents médicaux.

Il est précisé que le cadre de santé de l'unité d'hébergement peut expliquer les différentes voies de recours mises à disposition.

L'information relative aux voies de recours ne donne pas lieu à une procédure de notification spécifique au patient ou à son entourage.

1.8 - Information sur les visites des autorités

L'information est portée à la connaissance des patients dans chaque service afin que tous ceux qui le souhaitent puissent être entendus par les autorités.

La même diffusion a été faite au sujet de la venue de la mission du contrôle général, avec remise individuelle, dans certains services, d'une note d'information.

Les contrôleurs ont eu, de ce fait, la possibilité d'entendre des patients, heureux de pouvoir

trouver une écoute extérieure et qui se sont exprimés en toute liberté hors la présence de membres du personnel.

Ont été notamment entendus :

- un détenu sur le point d'être pris en charge par des personnels de l'administration pénitentiaire pour le réintégrer à la maison d'arrêt ;
- un patient en chambre d'isolement ;
- la sœur et la mère d'un patient dans la chambre de ce dernier.

Les demandes d'entretien n'ont pas été formulées par écrit, mais transmises par l'intermédiaire des personnels soignants qui sont apparus soucieux de mettre les contrôleurs en relation avec les patients présentant une problématique particulière.

1.9 - Allégations de mauvais traitements

Le livret d'accueil informe de la conduite à tenir lorsqu'un patient estime être victime d'un préjudice pendant son séjour. Il intègre également des extraits du décret du 2 mars 2005 qui institue une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge au sein des établissements sanitaires. Les membres de la commission, présidée par le directeur de l'hôpital, sont nommément désignés.

Il n'existe pas de lettre-type de plainte ou de réclamation, établie par l'établissement.

Lorsque la direction reçoit une plainte, un accusé réception est retourné au plaignant. Il s'en suit dans la plupart des cas : une saisine pour recueillir information et observation, une rencontre avec les médiateurs ou une réponse écrite.

Les plaintes et les réclamations sont répertoriées dans un document qui mentionne : la date de la plainte, le mode de dépôt, l'identité du plaignant, le service concerné, l'objet et le suivi donné.

Le bilan pour l'année 2007 fait état de seize plaintes :

- 1 dix plaintes ont été adressées par courrier au directeur, trois oralement auprès d'un médecin ou du responsable du service de la gestion des patients, deux par téléphone et une adressée au préfet ;
- 2 six plaintes émanent de la famille des patients, des conjoints ou ex-conjoints ; cinq de patients eux-mêmes (deux après leur sortie, une pour une réclamation relative à un séjour antérieur, une en séjour dans une famille d'accueil et deux pendant leur séjour, dont une transmise directement au préfet) ; les autres plaintes proviennent d'une voisine, d'un médecin extérieur, d'un proche d'une infirmière, d'un propriétaire bailleur du logement d'un patient et d'une commerçante. Le directeur n'a donc été saisi directement que d'une seule plainte par un patient en cours de séjour ;
- 3 les plaintes concernent indifféremment tous les services, aucun d'entre eux ne concentrant sur lui-même un nombre conséquent de réclamations ;
- 4 les plaintes recouvrent des objets extrêmement divers : un mari se plaint des rencontres amoureuses que sa femme ferait lors de ses hospitalisations ; une voisine reproche de ne pas avoir été informée de la sortie d'essai d'un patient ; plusieurs personnes se plaignent de propos du personnel ; d'autres de gestes déplacés de la part d'un autre patient ; une famille aurait été

empêchée de visiter un patient ; une autre reproche de ne pas avoir été informée d'une fugue ; des plaintes relatives à la prise en charge médicale ou au traitement médicamenteux ; une demande de changement de service ; une divulgation d'informations médicales ; une plainte de vol dans une unité de soins.

Les plaintes et réclamations sont examinées par la commission citée précédemment. Dans la plupart des cas, le médecin chef est contacté ; des rencontres ont lieu entre le plaignant et la direction des soins, le médecin chef ou le médiateur non médical. Les coordonnées de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) sont données au plaignant.

2 - Les pôles d'hospitalisation

Les unités de soins se répartissent entre une partie historique et des bâtiments contemporains construits entre les années 1960 et 1980 qui font à tour de rôle l'objet de travaux de rénovation depuis le début des années 1990. Chaque unité visitée présente des chambres et des espaces de vie, de soins ou d'activités clairs et propres.

2.1 - Le pôle accueil, orientation et centre de crise

2.1.1 - Il s'agit d'une réalisation née à partir de la réflexion d'une commission de travail sur l'accueil.

Le pôle accueil comprend trois structures :

- l'UAOCC ouverte 24h sur 24, sept jours sur sept au sein du site ;
- l'unité de consultations médico-psychologiques (UCMP) qui se trouve au centre hospitalier d'Angoulême et qui fonctionne de 9h à 21h ;
- le centre « Lieu-dit » ouvert de 9h à 19h dans la ville d'Angoulême.

Cet ensemble permet de réguler le flux des hospitalisations en offrant divers lieux d'entretiens infirmiers et médicaux et en proposant des réponses qui constituent le plus souvent une alternative à l'hospitalisation.

L'UAOCC n'est pas sectorisée et reçoit des patients de tout le département, voire hors celui-ci. Elle peut également effectuer des consultations de psychiatrie infantile-juvénile et en addictologie. Il s'agit ici de donner une réponse immédiate avec une orientation, après une évaluation de la situation de la personne.

L'équipe comprend six médecins référents qui assurent à tour de rôle la présence médicale permanente au sein de l'unité ; un médecin assure une permanence de 14h30 à 18h30 et un médecin est de garde de 18h30 à 9h (tour de garde des praticiens hospitaliers de l'ensemble de l'hôpital).

En ce qui concerne les infirmiers, au départ du projet, chaque secteur avait donné deux infirmières puisqu'il s'agit d'une structure intersectorielle. L'équipe est aujourd'hui composée d'un cadre supérieur, un cadre, 21 infirmiers, un mi-temps d'assistante sociale, un ETP de psychologue, une secrétaire et trois ASH.

Les 21 infirmiers travaillent alternativement le jour et la nuit par cycles de neuf semaines. Cette méthode originale présente des avantages en terme de qualité des soins, mais pose des problèmes

de recrutement.

L'UAOCC comprend deux zones : une zone ambulatoire qui correspond au temps d'évaluation et une zone comportant dix lits d'hébergement : le centre de crise.

2.1.2 - La zone ambulatoire

Les patients peuvent venir par eux-mêmes et utiliser le parking public, ou arriver par le sas prévu pour l'entrée des ambulances. Cela donne une connotation très accueillante dès l'arrivée.

Les patients sont parfois adressés par leur médecin généraliste, mais ils peuvent également venir seuls ou accompagnés par un proche. Il n'y a pas ici de patient hospitalisé sous contrainte.

Tous les patients dont l'hospitalisation est soit programmée, soit annoncée, vont directement dans leur pavillon d'admission.

A son arrivée, le patient est reçu par une infirmière qui vérifie l'existence d'un dossier antérieur dans l'hôpital (les dossiers, informatisés, sont disponibles 24h/24h) ; l'infirmière prend quelques minutes pour le consulter, avant de recevoir le patient en entretien ; le psychiatre reçoit ensuite le patient. A l'issue de ces entretiens, plusieurs orientations peuvent être prises :

- le patient retourne à son domicile
- le patient retourne à son domicile et on lui propose de prendre rendez-vous avec son médecin généraliste
- le patient rentre chez lui mais on lui remet un rendez-vous au centre médico-psychologique (CMP) dans un délai rapide
- le patient est hospitalisé au centre de crise (dans 25% des cas)
- le patient est admis dans une unité d'admission du centre hospitalier (dans 25% cas).

La personne qui accompagne éventuellement le patient est systématiquement reçue en entretien.

Dans le cas où le patient est seul, le lendemain l'équipe va rechercher, avec son accord, des personnes de sa famille ou « des personnes ressources » pour les patients en situation de précarité.

Depuis 2004, l'UAOCC a procédé à quatre hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et à aucune HO.

L'équipe effectue également un grand nombre d'entretiens téléphoniques avec des personnes déjà connues ou dirigées vers elle par des structures partenaires, notamment Emmaüs, les centres communaux d'action sociale, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

Tous les matins, un membre de chaque équipe de secteur extra-hospitalier passe par l'UAOCC. Chaque secteur est ainsi informé en temps réel du passage ou d'un appel téléphonique d'un de ses patients.

En 2007, l'équipe a effectué 3.948 accueils pour 2.135 patients et 5.358 entretiens (y compris les entretiens téléphoniques).

2.1.3 - Le centre de crise

L'accès et la circulation à l'intérieur du service sont libres. L'ensemble enserme un patio arboré qui sert d'espace pour les fumeurs.

Il comprend dix chambres individuelles dont deux médicalisées, une chambre d'isolement et quatre bureaux de consultation dont un avec une table d'examen.

Cinq personnes sont présentes le jour de la visite. La chambre d'isolement est vide.

Dans la salle de soins se trouvent, notamment, un défibrillateur et des entraves très peu utilisées selon le cadre de santé.

De la musique est diffusée pour préserver la confidentialité des entretiens dans les bureaux, mal insonorisés.

La durée maximale de séjour est théoriquement de cinq jours. Pour la plupart des patients, il s'agit du premier contact avec la psychiatrie et l'objectif est de tenter d'éviter une hospitalisation ; toutefois, si l'équipe médicale constate que l'évolution clinique n'est pas favorable rapidement, il est nécessaire de faire accepter au patient l'utilité de son hospitalisation. Dans ce cas, un membre du centre de crise accompagne le patient dans son unité d'admission.

L'équipe prodigue des soins intensifs : aucun lieu n'est prévu pour des activités thérapeutiques ; tout est basé sur les entretiens avec l'infirmier référent, le psychologue et le psychiatre. Des entretiens de couple peuvent être conduits le cas échéant, ce qui est relativement fréquent.

Les chambres n'ont pas de télévision ; une télévision se trouve dans un salon ouvert sur l'extérieur. Les repas sont servis dans les chambres.

Les visites sont autorisées de 16h à 19h mais cet horaire peut être étendu selon l'avis du psychiatre.

Les patients peuvent conserver leurs téléphones portables sauf pendant les entretiens avec les personnels. Chaque chambre dispose d'un combiné téléphonique relié au téléphone du bureau des infirmières. Deux cabines téléphoniques sont à la disposition des patients.

Les patients conservent leurs vêtements personnels. Ils disposent d'un lave-linge et d'un sèche-linge gratuits ; un nécessaire de toilette jetable est fourni mais les soignants sollicitent rapidement l'entourage afin que le patient puisse disposer de ses propres affaires de toilette.

Les chambres comportent des sanitaires, une table de chevet, une table, une chaise et une armoire dont la clé est conservée par les infirmières dans la salle de soins. La fenêtre des chambres, donnant sur le parc comporte un store dont la commande est réglée par le patient. La fenêtre s'ouvre sur dix centimètres. Chaque chambre dispose d'un bouton d'appel relié au bureau des infirmières.

Tous les matins se tient une réunion « panoramique » qui fait le point sur tous les patients qui sont passés dans la journée et dans la nuit et qui ont été admis. Pour chaque patient admis le projet de soins est défini.

Des réunions institutionnelles ont lieu toutes les semaines, des réunions de l'équipe infirmière tous les 15 jours.

L'équipe de l'UAOCC signale la nécessité, pour assurer le bon fonctionnement du dispositif, d'entretenir des liens réguliers avec tous les partenaires : les unités d'admission, les CMP, les

centres hospitaliers périphériques, les maisons de retraite, les médecins généralistes, les CHRS, CCAS,...

La structure de conception remarquable, aménagée avec goût et entretenu avec soin présente toutes les fonctionnalités permettant une prise en charge dans des conditions optimales.

2.2 - Le pôle 1 « Val-de-Charente » : le chef de service a indiqué qu'il avait mené une action pendant plusieurs années, aboutissant à la réduction du nombre des personnes âgées dans son service, car il considère que leur place est plutôt en maison de retraite ou dans leur famille.

2.2.1 - L'unité d'admissions « Esquirol 1 » comprend 24 lits, répartis en six chambres individuelles, trois chambres à deux places, quatre chambres à trois places et une chambre d'isolement (inoccupée le jour de la visite). Dans le sas d'entrée de la chambre d'isolement, une radio peut être installée ; parfois une revue est remise au patient.

L'arrivant dans l'unité est hébergé en chambre individuelle au début de son séjour. Un patient logé dans une chambre à trois s'est plaint de cohabiter avec une personne sale, ne se lavant jamais et sentant mauvais.

Le jour de la visite des contrôleurs, 24 personnes sont présentes dont neuf en HO et cinq en HDT. Un patient est en UMD, 15 patients en HO en sorties d'essai et un en HDT.

Comme cette unité d'admission était pleine ce jour, quatre patients ont été contraints de passer dans l'unité Esquirol 2 au 2^{ème} étage ; il s'agit, selon les soignants, d'une situation inhabituelle qui les met très mal à l'aise, conscients de la violence qu'il y a d'obliger des patients en voie de guérison à passer les derniers jours de leur hospitalisation avec des patients chroniques dont l'état est très dégradé.

L'unité était fermée lors de l'arrivée des contrôleurs, du fait de l'état clinique d'un des patients, situation qualifiée d'exceptionnelle par les personnels.

Une bibliothèque comporte des livres, des jeux de société et des journaux. Plusieurs espaces permettent aux patients de s'isoler : la salle à manger (mais les patients peuvent aussi prendre leurs repas dans leurs chambres) et la salle de télévision. Les sanitaires et les douches sont propres et en bon état de fonctionnement.

2.2.2 - L'unité de moyens séjours « Esquirol 2 » de 25 lits dans les chambres comportant un ou trois lits. L'unité héberge deux patients en HO. Le passage de l'unité 1 à l'unité 2 se décide lors des réunions panoramiques hebdomadaires. Le patient est progressivement intégré à la vie de sa nouvelle unité.

Cette unité est ouverte de 9 h à 11h30 et de 13h à 18h30. Les deux unités ne communiquent jamais entre elles.

Les chambres individuelles ont un lavabo. Les chambres à deux lits ne comportent pas d'espace sanitaire.

Les chambres à trois lits n'ont aucun sanitaire ; elles comportent trois tables de chevet, trois placards et deux tables. Un patient a indiqué aux contrôleurs qu'il souhaiterait bénéficier d'une chambre individuelle, ne supportant de devoir cohabiter avec deux autres personnes.

Les douches et WC sont très propres et en bon état de fonctionnement.

Une salle de réunion est climatisée (plan « canicule ») et équipée d'un téléphone à disposition des malades.

2.3 - Le pôle 2 « Est-Charente » comprend :

2.3.1 - L'unité d'admissions « Primevères 2 » de 24 lits, répartis en dix chambres individuelles, sept chambres à deux places et d'une chambre d'isolement inoccupée lors de la visite des contrôleurs.

L'unité a été rénovée en 2002. L'ensemble donne une impression de clarté. L'unité est ouverte, les couloirs sont vastes et bien entretenus. Les chambres sont propres. La chambre d'isolement est conforme aux normes en ce qui concerne le mobilier. Elle possède une grande baie vitrée donnant sur le parc ; un poste de radio installé dans le sas permet, le cas échéant, de diffuser de la musique dans la chambre.

Cette unité a été installée dans un ancien bâtiment et dispose d'une terrasse, équipée d'une table et de chaises, donnant sur une cour en contrebas. Ce dispositif permet un accès permanent à l'extérieur, sans avoir recours aux soignants, puisque la porte donnant sur la terrasse est ouverte (de 10h à 12h puis de 12h30 à la tombée de la nuit). Ainsi, les patients désirant fumer peuvent le faire aisément. Cette cour est vaste et fermée. Elle n'est pas aménagée.

2.3.2 - L'unité de moyens et longs séjours « Janet étage », dispose de 20 lits théoriques, mais accueille 18 patients, dont deux sous le régime de l'hospitalisation d'office le jour de la visite. Le régime d'ouverture de la porte d'entrée permet cinq sorties quotidiennes, entre 7h du matin et 21h30, pour des durées de deux heures chacune.

Si l'unité n'a pas fait l'objet d'une rénovation récente, la propreté des lieux, celle des sols comme celle des murs, confère à l'ensemble un aspect de clarté et de respect propice aux soins. Les chambres sont au nombre de douze : cinq sont individuelles, six sont doubles et l'une d'elles comporte trois lits. La partie ouvrante des fenêtres comporte de fins barreaux de couleur blanche.

Les sanitaires demeurent communs, constitués de plusieurs salles d'eau et de toilettes. Les chambres sont cependant dotées de placards comportant un lavabo. Les patients ont en charge l'entretien de leur chambre, dans une perspective de socialisation et d'autonomie.

La salle à manger est vaste et claire, équipée d'une cheminée pour des feux de bois. Les patients participent à la confection des plans de tables, assignant une place à chacun. Les plus en difficulté sont assistés pour la prise de leur repas. Une salle de détente climatisée jouxte la salle à manger. On y trouve une table de ping-pong, un poste de télévision, des sièges disposés en cercle utiles aux discussions qui suivent la projection de vidéo les dimanches après midi, des photos relatant les séjours thérapeutiques.

2.4 - Le pôle 3 « Sud-Charente » comprend :

2.4.1 - L'unité d'admissions « Moreau de Tours » de 24 lits, répartis en six chambres individuelles, trois chambres à deux lits et quatre chambres à trois lits et disposant d'une chambre d'isolement. Le jour de la visite, toutes les places étaient occupées. L'unité comptait neuf patients en HO et un en HDT.

La chambre d'isolement était occupée par un détenu hospitalisé depuis le 31 octobre et réintégré à la maison d'arrêt le jour de la visite. Cette unité, qui dispose à elle seule d'un bâtiment, est spacieuse et propre.

2.4.2 - L'unité de moyens séjours « Font Roi » de 15 lits, répartis en cinq chambres individuelles (dont une en accès exclusif depuis une chambre triple), deux chambres à deux lits et deux chambres à trois lits. L'unité compte à l'effectif un patient en HO, en sortie d'essai depuis plusieurs années, ainsi qu'un patient en HDT actuellement en vacances.

Tous les lits sont occupés. Cette unité est installée dans une maison à deux étages située à la lisière de l'hôpital dans le village de la Couronne. Sa conception ne correspond pas aux fonctionnalités d'un service hospitalier et en fait à certains égards un endroit inadapté (notamment au regard des conditions de promiscuité).

Ce lieu de vie, bien entretenu par des ASH consciencieuses, n'est cependant pas dépourvu de sérénité et de charme propices à une prise en charge thérapeutique.

2.5 - Le pôle 4 « Nord Charente » comprend dans un bâtiment construit dans les années 1970 :

2.5.1 - L'unité d'admissions « Bruno Bettelheim », située au 1^{er} étage, comporte 24 lits, répartis en cinq chambres individuelles, cinq chambres à deux lits et trois chambres à trois lits et disposant d'une chambre d'isolement. L'unité compte 21 patients en HO, dont 14 en sorties d'essai et aucun en HDT.

Le jour de la visite, 25 patients étaient hospitalisés dans l'unité, un lit de camp étant installé dans une chambre déjà occupée par deux personnes. Un patient se trouvait également dans la chambre d'isolement. La rénovation de cette unité, malgré tout propre, est prévue dans l'opération de restructuration.

2.5.2 - L'unité de moyens séjours « Calypso », située au rez-de-chaussée, comporte 20 lits, répartis en sept chambres individuelles (avec lavabo), deux chambres à deux lits et trois chambres à trois lits. L'unité compte trois patients en HO et quatre en HDT.

Tous les lits sont occupés.

L'ensemble est très propre mais inadapté, notamment la partie sanitaire dont la porte d'accès trop étroite pose un problème pour une personne circulant en fauteuil.

2.6 -Le pôle ARC-EN-CIEL, dont on fait ici une rapide description bien qu'il n'intéresse pas directement le contrôle général, puisqu'il n'héberge aucune personne HO ou HDT, est réservé aux psychotiques déficitaires dont la durée moyenne de séjour est souvent longue puisque les patients ne peuvent sortir que pour aller en maison d'accueil spécialisée, voire très rarement en maison de retraite.

Il s'agit d'une fédération car chaque secteur de psychiatrie adulte a donné des moyens en personnels médicaux et infirmiers pour mettre en place cette structure spécifique de 47 lits.

Le pôle comprend trois unités de soins :

4 « Le Logis », installé dans un bâtiment ancien entièrement rénové récemment, comprend 14 places toutes en chambres individuelles hormis une chambre occupée par deux femmes.

5 « Pierre Janet » comprend 16 lits

6 « Sésame » comprend 15 lits et une place d'accueil pour un séjour de rupture de quelques semaines, programmé, par exemple pour un patient provenant d'un institut médico-éducatif (IME).

Tous les lits de la fédération sont occupés, à l'exception des deux « lits de rupture ».

Les trois unités sont ouvertes. L'aménagement des locaux est adapté et leur entretien parfaitement assuré ; ils offrent un cadre de vie et de prise en charge favorable.

Il s'agit de patients qui ne possèdent pas la communication par la parole et s'expriment par des sons, des gestes ou des mimiques que les soignants qui les connaissent parviennent le plus souvent à interpréter. L'agressivité peut survenir justement lorsque le soignant ne comprend pas ce que le patient veut exprimer ou sans motif apparent ; il s'agit alors d'apaiser le patient en effectuant des gestes qui ne vont pas renforcer son angoisse en créant un sentiment d'intrusion, mais l'amener à l'abri des autres patients et des stimuli de l'unité, soit dans sa chambre, s'il réside dans une chambre individuelle, soit dans la chambre d'apaisement.

Les traitements injectables sont très exceptionnellement pratiqués. Il n'est jamais fait recours à la contention. Les contrôleurs ont constaté l'absence de sangles à disposition des soignants.

Le professionnalisme, la capacité d'écoute et la disponibilité des infirmières, mais aussi celle des aides soignantes et des ASH expliquent ce fonctionnement.

Les infirmières entendues par les contrôleurs ont exprimé leur intérêt et leur investissement pour leur travail avec ce type de patients.

Les patients vont déjeuner régulièrement à la cafétéria du personnel avec leurs soignants ; de temps en temps, en fonction du budget, ils vont aussi au restaurant en ville.

Une activité console « wii » (jeux) a été mise en place à Sésame : elle concerne effectivement quatre patients, les autres se rassemblant tout autour.

Les soignants incitent les patients à sortir au maximum, notamment pour se rendre au « Bar des Arcades », tout proche des unités d' « Arc-en-ciel ».

Il s'agit d'un lieu de vie où la prise en charge des personnes est remarquablement assurée alors que la perception de la fédération est négative aux yeux du reste du centre hospitalier.

3 - Les conditions matérielles

3.1 - Linge et literie

Les draps sont changés à des rythmes différents selon les unités. Au pôle Arc-en-ciel, les draps peuvent être changés plusieurs fois par jour. Le patient a la charge de faire son lit ou de participer, dans la mesure de son aptitude. L'hôpital ne répond qu'aux situations d'urgence pour la fourniture de nécessaire de toilette à laquelle la famille doit en principe pourvoir. L'entretien est assuré par l'établissement pour le linge des personnes dont l'entourage est déficient.

Les chambres disposent d'un ou plusieurs lits (parfois médicalisés) plus ou moins récents en

fonction de la date de rénovation de l'unité

3.2 - Fenêtres et issues

Les fenêtres de l'ensemble des pièces (et quel que soit leur usage) sont vastes, sans vis-à-vis, donnant sur les espaces verts, à l'exception de celles des unités Font Roi et du pôle Arc en ciel. Elles sont toutes bridées et permettent une ouverture sur quelques centimètres permettant l'aération de la chambre.

Les fenêtres des chambres d'isolement sont verrouillées.

Les services de secours d'urgence peuvent ouvrir les fenêtres depuis l'extérieur.

3.3 - Chambres

Les patients n'ont pas le choix de la chambre qu'ils occupent mais le personnel veille à la compatibilité d'humeur des personnes qui y résident.

L'ensemble du mobilier est de facture sobre et contemporaine. Il comporte des tables, des chaises ou des fauteuils correspondant au nombre des occupants. Une table de nuit est présente quasiment partout.

Il en est de même pour le mobilier des espaces collectifs : salle à manger, salle de télévision, petits bureaux.

Une armoire individuelle est mise à disposition de chaque patient. Selon l'état de ces derniers, une clé leur est remise ou non. Les contrôleurs n'ont pas entendu de plainte relative à des vols ou de réclamation liée au rangement des effets personnels, à l'exception d'un patient de l'unité Esquirol 1 qui a fait état de disparitions de biens ou de valeurs : argent, vêtement, tabac, café, etc...

Les chambres disposent de serrures à l'extérieur qui permettent une fermeture par le personnel, notamment dans certaines unités durant la période d'endormissement.

La liberté de circuler dans l'unité semble entière, à l'exception des détenus placés dans les chambres d'isolement. La plupart des patients étaient hors de leur chambre au moment de la visite et l'intimité de chacun paraît respectée. L'absence de mécanisme de fermeture de ces portes est pour certains patients, des femmes en particulier, un motif d'inquiétude la nuit.

Les chambres sont propres. Les murs sont fréquemment pourvus de décorations ou d'éléments personnels. Cela confère à l'ensemble une ambiance vivante et permet aux patients de s'approprier l'espace.

Les chambres d'isolement (cinq pour l'ensemble de l'hôpital) sont accessibles par un sas, muni d'une baie vitrée qui permet de voir l'ensemble de la pièce et le bloc sanitaire sans y pénétrer. La surveillance visuelle s'établit aussi à travers un hublot situé dans les salles de soins jouxtant les chambres.

Les contrôleurs ont constaté l'occupation de deux de ces chambres au moment de leur passage. Le lit est scellé au milieu de la pièce. Les murs sont propres. Les chaussures des patients isolés

sont déposées dans le sas. Sur prescription médicale, le patient isolé est parfois autorisé à sortir ponctuellement de sa chambre, accompagné par un soignant. Les patients installés dans les chambres d'isolement visitées disposent d'un bouton d'appel et d'un interrupteur, le tout en état de fonctionnement.

3.4 - Toilettes et douches

L'état des sanitaires varie selon la date de la réfection des unités. Les chambres individuelles disposent habituellement d'un bloc comprenant douche et toilettes. Les chambres à deux lits de l'unité Primevères comportent une douche et deux lavabos.

Quand bien même la réfection d'une unité n'a pas été entreprise (Pôles 1, 3 et 4), la propreté et l'entretien des toilettes, des douches et des salles de bain à usage collectif apparaissent très satisfaisants.

Les trois unités du pôle « Arc-en-ciel » disposent chacune d'une baignoire en forme de sabot allongé ouvrable de telle façon que la personne puisse y être installée malgré toute forme de handicap. Elle a considérablement amélioré le confort des patients (et les conditions de travail des soignants) pour la toilette de ces personnes n'ayant pas l'autonomie sphinctérienne.

Le règlement intérieur de l'unité Janet-étage invite les patients à prendre une douche par jour.

Certaines chambres ne sont pas encore dotées de toilettes. Un seau hygiénique est disposé dans certaines d'entre elles quand les patients ne souhaitent pas quitter leur chambre la nuit.

Une chambre pour la prévention des bactéries multi-résistantes équipe l'unité Primevères, avec un sas d'entrée doté d'un lavabo. Elle possède sa salle de bains et dispose d'un processus de filtration de l'air. Elle est affectée à un usage normal au moment du passage des contrôleurs.

3.5 - Restauration

Les repas sont pris en commun aux heures habituelles (8h, 12h, 19h) à l'intérieur de chaque unité. L'heure du dîner, particulièrement tardive pour un établissement de santé, correspond à des horaires habituels de repas. Ils sont identiques à ceux des personnels. Les patients sont régulièrement admis au self, habituellement à l'issue de l'activité « marche » quand elle se déroule à proximité de l'établissement. Les repas ont été jugés très bons par les contrôleurs, présents à midi pendant leur séjour.

Chaque unité rénovée est dotée d'un office, équipé de réfrigérateurs, de fours et d'une plonge séparée. Les patients n'y sont pas admis.

Les patients les plus handicapés des unités de long séjour sont accompagnés, voire nourris par le personnel soignant.

Certains patients peuvent décider de prendre leur repas dans leur chambre, à une petite table.

Le self de l'établissement est accessible aux proches des patients à midi du lundi au vendredi.

Les repas des patients hospitalisés dans l'UAOCC sont servis dans les chambres et pris individuellement.

Des régimes adaptés sont proposés aux patients selon leurs besoins de santé, religieux ou culturels.

Dans un but d'éducation à la santé, le service restauration de l'établissement proposait le 21 novembre, un « Festival des agrumes », destiné à promouvoir la consommation de fruits et légumes.

3.6 - Habillement

L'établissement ne répond qu'aux situations d'urgence pour la fourniture de vêtements. Les patients sont invités à utiliser leurs effets personnels. Le port du pyjama n'est aucunement imposé. Les contrôleurs ont pu constater qu'il était très rare de voir un patient en pyjama.

Le port du pyjama est d'usage dans les chambres d'isolement. Il est également imposé aux patients présentant un risque de fugue.

Des machines à laver et des sèche-linge sont à disposition pour l'entretien des vêtements dans chaque unité.

4 - Vie collective et vie sociale

4.1 - Le bar Les Arcades et la Banque

Situé au cœur de l'établissement, le bar met à disposition des patients et de leurs visiteurs des boissons non alcoolisées, des articles d'épicerie (café), des articles de toilette, de la papeterie, des timbres, des cartes téléphoniques, des piles. Afin de payer leurs achats, les patients vont d'abord à « la Banque » retirer quelques euros sur leur compte.

Le bar est ouvert matin et après-midi tous les jours sous réserve de la disponibilité du personnel soignant. Des patients y exercent une activité bénévole de service. Une équipe de trois soignants assurent l'animation du bar et de la Banque, à tour de rôle, en plus d'une activité extrahospitalière ; ils assurent une permanence à tour de rôle, et s'attachent à ouvrir en priorité les dimanches et jours fériés.

Des emprunts de livres y sont également possibles sans que tous les personnels ne qualifient véritablement le lieu de bibliothèque.

Le 21 juin, à l'occasion de la fête de la musique, une estrade est installée devant Les Arcades, et un orchestre anime un bal musette au profit des patients, des soignants et des familles.

4.2 - Possibilité de s'isoler

La plupart des unités apparaissent spacieuses et réservent la place à des endroits propices à une possibilité de s'isoler en dehors de sa chambre. Le Logis dispose d'une petite pièce équipée de poufs enveloppants, appréciés de certains patients.

4.3 - Règles appliquées pour les malades fumeurs

Des fumeurs avec extracteur occupaient chaque unité jusqu'à l'année dernière. La loi fait interdiction à toute personne, quel que soit son statut, de fumer dans les établissements de santé. Les patients, sous tout régime d'hospitalisation, ont accès en permanence ou plusieurs fois dans

la journée aux abords extérieurs de leur pavillon pour fumer. Les patients sous contrainte sortent accompagnés de soignants. Il arrive que des patients fument à proximité de la fenêtre de leur chambre sans indisposer leur entourage.

Le matin, les personnes en chambre d'isolement peuvent, en fonction de leur état clinique, sortir à l'extérieur accompagnées par un soignant. Il arrive qu'un patient soit autorisé à fumer dans la chambre d'isolement en présence d'un personnel.

Les soignants font état des difficultés à « gérer » la privation de tabac chez les patients en crise.

4.4 - Sorties à l'air libre de l'unité ; modalités pour les patients en HO, HDT

4.4.1 - Sorties dans l'établissement

Les patients en hospitalisation libre sont hébergés conjointement avec les patients hospitalisés sous contrainte. Seule l'unité d'admission du Pôle 2, situé au premier étage du pavillon Primevères, dispose aujourd'hui d'une cour fermée, accessible par un escalier métallique extérieur. Le haut de l'escalier est disposé en forme de petite terrasse suspendue, également métallique, meublée de tables et de chaises, à l'abri d'une grande toile. La cour, d'une surface de plus de 900 m², est végétalisée et plantée de deux arbres. Elle jouxte le bâtiment sur toute sa longueur. Elle est ceinte, du côté opposé, par un grillage la séparant d'un parking et, pour les deux côtés restants, de murs dont la hauteur n'excède pas 2, 80 m.

Une table de ping-pong et des bancs et fauteuils de jardins, une table constituent le mobilier de la cour.

Terrasse et cour sont accessibles en permanence aux fumeurs et aux patients désireux de prendre l'air. Leur disposition et leur environnement confèrent à l'ensemble un aspect agréable et reposant.

Le personnel a signalé des jets de produits divers (alcool, cannabis...) depuis le parking vers la cour, ainsi que la facilité avec laquelle les murs ont déjà été franchis.

Les Pôles 1 et 3 ne disposent pas, à ce jour, de cours fermées qui autoriseraient les libres allées et venues entre le dedans et le dehors. Certains pavillons consentent à une ouverture permanente des portes, sauf exception due par exemple à la présence d'un patient particulièrement problématique. D'autres pavillons affichent des horaires d'ouverture des portes, plusieurs fois dans la journée.

Les patients fumeurs en bénéficient, comme ceux qui peuvent alors circuler sur l'ensemble du territoire de l'hôpital.

Les patients hospitalisés sous contrainte ont accès à l'espace extérieur, dans un premier temps, accompagné par un personnel soignant. Leur autonomie s'accroît lorsqu'ils sont connus.

L'Unité d'accueil d'orientation et centre de crise (UAOCC) comporte un petit patio arboré doté de quelques sièges. Les patients, tous libres, peuvent y accéder notamment la nuit pour les fumeurs quand les portes donnant à l'extérieur sont fermées à clé.

4.4.2 - Sorties hors de l'établissement

Les pratiques institutionnelles de l'établissement sont apparues aux contrôleurs comme favorables aux sorties hors de l'établissement. Des sorties hebdomadaires sont organisées, qui conduisent à la journée les patients dans une petite maison propriété de l'hôpital située à 45 minutes de l'établissement, à Baignes. La journée débute par l'achat en commun des provisions nécessaires à la préparation du repas pris en commun, d'une promenade à pied l'après midi et d'un retour en soirée.

Des repas dans des restaurants de l'agglomération sont parfois organisés, comme des visites dans des commerces ou la bibliothèque municipale de la ville.

Les patients se voient proposer des sorties au restaurant, au cinéma, au bord de la mer, chez un coiffeur, chez un commerçant pour des achats de vêtements. Ces sorties sont régulièrement annulées faute de personnel disponible. Par exemple, pour Le Logis, cinq sorties programmées en septembre ont eu lieu, deux sur quatre en octobre et aucune à la mi-novembre.

Chaque pavillon organise un ou deux séjours thérapeutiques par an. Des patients du pavillon Janet (Pôle 2) ont bénéficié d'un séjour cette année en octobre, dans un gîte loué au Pays Basque. Le Logis en a proposé deux, de cinq et quatre jours, en Charente et en Haute Vienne, pour quatre patients chacun.

Un patient en HO s'est plaint auprès des contrôleurs des restrictions soudaines apportées dans l'été à ses autorisations de sortie et ce, en l'absence de tout incident. La préfecture a mis un terme aux cours de conduite qu'il avait commencé à passer en vue de trouver un emploi, ainsi qu'aux visites qu'il rendait à sa mère. Les personnels soignants ont confirmé son propos.

4.5 - Comportements violents ou d'agitation : procédures mises en œuvre

Un protocole de mise en œuvre d'une mesure de contention a été réactualisé en début d'année 2008 et diffusé à la fin du mois d'avril par le service de la qualité et de gestion des risques. Il rappelle le cadre de référence juridique et les principes généraux de l'établissement. Ceux-ci préconisent que l'isolement et la contention physique doivent rester des mesures d'exception et privilégier des alternatives. La visite des contrôleurs a permis de valider concrètement la mise en œuvre de cette option. En cas d'agitation ou de violence, les soignants tentent d'y remédier par le dialogue. S'il s'avère inefficace, recours peut être fait aux agents de sécurité internes. Le patient peut être placé à l'isolement.

Dans le bilan indicateur des mesures de contention, il est indiqué que le recours à l'isolement thérapeutique à l'UAOCC a été au nombre de huit en 2006 puis en 2007 et de six pour le 1^{er} semestre 2008.

Pour l'ensemble des services d'admission, il a été de 169 en 2006, de 157 en 2007 et de 67 pour le 1^{er} semestre 2008.

Pour l'ensemble des services de moyen séjour, il a été de sept en 2006, de 46 en 2007 et de 14 pour le 1^{er} semestre 2008.

Pour la Fédération Arc-en-ciel (Janet RDC, Le Logis et Sésame), il est fait état des isolements en chambre d'apaisement d'une durée inférieure à une heure. Ils sont au nombre de 177 en 2006, 422 en 2007 et 221 au 1^{er} semestre 2008. Les autres isolements de plus d'une heure au 1^{er}

semestre 2008 sont au nombre total de 17. Le Logis ne dispose ni de chambre d'isolement, ni de chambre d'apaisement. Les situations de stress ou de violence trop problématiques conduisent à un enfermement du patient dans sa chambre, selon un protocole établi et pour une durée qui n'excède pas une demi-heure. Ces isolements séquentiels sont notés sur un tableau dans le bureau infirmier. Ils sont au nombre d'une douzaine par mois, deux dans la première quinzaine de novembre.

Dix contentions physiques ont été mises en œuvre au 1^{er} semestre 2008 dans les services d'admission contre 43 en 2007 et 55 en 2006.

Les moyens de contention n'ont jamais été utilisés dans les services de moyen séjour, au Pôle Arc-en-ciel et à l'UAOCC. La qualité de l'aménagement d'une unité détermine pour partie les violences qui peuvent s'y développer. L'unité Esquirol offre peu d'échappatoires, de possibilités de s'isoler du groupe, ne dispose pas de cour. Les violences y sont supérieures à l'unité Primevères.

Le président de la CME a cité le cas d'un patient hospitalisé en HO, présentant une dangerosité psychiatrique nécessitant une prise en charge spécifique. Cette personne avait déjà été hospitalisée en UMD. Une demande de réadmission n'a pas abouti. De ce fait, il a été admis six mois dans une unité psychiatrique intersectorielle départementale (UPID) d'un autre département. Au terme de cette hospitalisation, il a passé trois semaines dans un service fermé pour malades dangereux, lequel service le considérant comme trop dangereux l'a renvoyé à Angoulême. Depuis lors, il est régulièrement placé en chambre d'isolement avec contention en attente d'une place à l'UMD de Cadillac qui ne serait disponible qu'en 2010.

Selon le président de la CME, l'hôpital accueille en moyenne entre un et trois malades dangereux par jour.

Il a été fait appel aux forces de police dans l'établissement trois à quatre fois au cours des cinq dernières années.

L'établissement, conçu dans un esprit d'ouverture vers l'extérieur, n'est pas adapté à l'accueil de patients violents ou agités. Il conviendrait d'envisager la création d'une structure intersectorielle réservée à ces patients. Elle permettrait également d'accueillir les détenus hospitalisés en HO.

La sécurité est assurée par onze agents. Les alarmes sont centralisées par l'agent qui contrôle l'entrée.

4.6 - Bibliothèque

Le règlement intérieur et la visite effectuée ne permettent pas de faire état de la présence avérée d'une véritable bibliothèque au sein de l'établissement. Des livres sont toutefois accessibles à la cafétéria Les Arcades et au sein des unités, en quantité assez modeste. L'unité Primevères dispose ainsi de près de 250 ouvrages, disposés à l'intérieur d'une salle de réunion affectée aux personnels.

Un document signale les livres empruntés. L'établissement semble privilégier l'usage de la bibliothèque d'Angoulême et des patients ont indiqué aux contrôleurs s'y rendre régulièrement.

Chaque unité dispose d'abonnements, notamment le quotidien local *La Charente Libre* et

l'hebdomadaire *Paris Match*.

4.7 - Animations culturelles, spectacles, conférences

L'établissement propose des spectacles (concerts) et des animations de divertissement à l'occasion de la fête de la musique et des fêtes de Noël. Des sorties sont organisées à au moment du Festival de la Bande dessinée d'Angoulême ou du Festival de Confolens.

Une activité collective de compte-rendu de lectures est mise en place dans certaines unités. Des projections de film en format vidéo ont lieu le dimanche après-midi.

4.8 - Culte

Si les ministres du culte des différentes confessions peuvent se rendre auprès des patients à leur demande, seule la religion catholique dispose d'une aumônerie dans l'établissement. Une chapelle, construite au XIX^{ème} siècle, est disposée à l'intérieur du corps de logis principal entouré d'une cour intérieure à arcades. L'édifice est ouvert le matin de 10h à 11h 30 et l'après-midi de 14h à 16h. L'équipe d'aumônerie est disponible pour un accueil tous les matins de 10h à 11h30 et réserve les après-midis à ses déplacements dans les unités.

5 - Projet thérapeutique

5.1 - Référents

Dans chaque unité d'admission et de moyen séjour, le patient a un médecin et un infirmier référent.

5.2 - Transmissions des informations

Une réunion « panoramique » a lieu chaque semaine dans toutes les unités, y compris l'UAOCC. Elle a pour objectif de passer en revue l'ensemble des patients, de faire le point et de définir leur projet thérapeutique.

Chaque semaine se tient également une réunion institutionnelle qui aborde le fonctionnement de chaque unité.

En tant que de besoin, des réunions de synthèse se tiennent à propos de cas difficiles.

Par ailleurs des réunions hebdomadaires ont lieu entre les soignants et les patients dans chaque unité.

5.3 - Continuité des soins

La continuité des soins est parfaitement assurée par les horaires de travail qui ménagent des plages de transmissions des informations et par les réunions évoquées ci-dessus.

Il faut noter cependant qu'il existe un certain cloisonnement entre les unités de la fédération « Arc en ciel » dont les personnels regrettent de ne pas avoir de lieux institutionnel, pris par leurs tâches au sein des pavillons, pour échanger leurs expériences : la réunion de pôle qui se tient deux fois par an n'a pas cet usage.

5.4 - Soins somatiques

Les soins somatiques sont pris en compte par 2,5 équivalents temps plein (ETP) de médecins généralistes assurés par six médecins. Cette solution permet une réponse immédiate à tous les problèmes nécessitant l'intervention d'un généraliste : surveillance d'un patient en chambre d'isolement ou en contention, prise en compte de la douleur chez le malade mental par des médecins complètement intégrés au sein des équipes psychiatriques.

En ce qui concerne les soins dentaires, il n'y a plus de cabinet dentaire sur place ; la direction a fait le choix d'envoyer les patients, le cas échéant, chez des dentistes libéraux volontaires. Ceux qui acceptent de recevoir des malades mentaux sont en nombre décroissant au fil des années et le délai pour obtenir un rendez-vous va en s'allongeant (à l'instar des personnes habitant la région). Selon la direction, les délais sont adaptés en fonction de l'urgence.

Un problème spécifique se pose en ce qui concerne les soins dentaires des personnes hébergées à la fédération Arc en ciel: ils reçoivent ces soins sous anesthésie générale dans le service de stomatologie du centre hospitalier général d'Angoulême.

Il n'y a pas de plateau technique au sein de l'hôpital. L'ensemble des consultations spécialisées a lieu au centre hospitalier d'Angoulême.

5.5 - Chambres d'isolement

Lors de la visite des contrôleurs, deux chambres d'isolement était occupées, mais le week-end dernier, il avait fallu mettre un patient dans celle du centre de crise.

Les chambres d'isolement sont conformes aux normes en vigueur. Le patient peut disposer de la commande de la lumière et d'un bouton d'appel (qui fonctionnent). Toutefois l'infirmier peut bloquer ces commandes si le patient en fait un usage abusif.

Au sein de la fédération Arc-en-ciel, trois types d'isollements se pratiquent pour faire face à l'angoisse massive des patients :

- isollements séquentiels et réguliers : ces isollements ont lieu tous les jours sur des plages horaires déterminées, sur prescription médicale ;
- isollements de moins d'une heure pour contenir des états d'agitation ; l'équipe soignante identifie souvent une montée d'angoisse et propose au patient de l'isoler des divers stimuli du service en le mettant quelques minutes dans la « chambre d'apaisement ». Ce lieu sécurisant et calme suffit à apaiser le patient, sans traitement supplémentaire, sans injection ni contention. Lors de la visite des contrôleurs, un patient venait d'être mis dans cette chambre après avoir eu un geste violent à l'encontre d'une infirmière : celle-ci expliquait que bien que connaissant très bien ce patient, elle n'avait pas su comprendre ce qu'il exprimait ; il s'agit d'un patient qui n'a pas accès au langage ;
- les autres isollements correspondent à des états d'agitation ne survenant pas régulièrement mais aussi lorsque l'état du patient le nécessite (angoisse massive ou risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif).

5.6 - Hospitalisations d'office d'origine pénitentiaire

Les patients hospitalisés dans le cadre de l'article D398 du code de procédure pénale sont systématiquement mis dans l'une des quatre chambres d'isolement des unités d'admission. Le

choix du secteur se fait selon le lieu d'habitation du patient avant son incarcération et il y a un tour d'admission pour les patients sans domicile ou « hors secteur ».

Le choix de l'ouverture systématique des unités d'admissions a pour corollaire de maintenir dans la chambre d'isolement les patients en provenance de la maison d'arrêt par crainte d'une évasion.

De ce fait, la chambre d'isolement demeure le seul lieu de séjour du patient, même après une période d'observation qui permettrait de définir le cas échéant, d'autres modalités de soins.

Le protocole concernant ces hospitalisations indique cette possibilité pour le médecin de sortir le patient, mais elle est exceptionnellement appliquée.

Il arrive que le patient ne reste que trois jours car il ne supporte pas de rester dans de telles conditions et il demande à retourner à la prison, même si son état ne s'est pas réellement amélioré.

Les contrôleurs ont ainsi rencontré un patient qui rentrait à la maison d'arrêt après une hospitalisation de 15 jours en chambre d'isolement. Ce patient a indiqué son soulagement de quitter cette chambre où il avait passé 15 jours totalement isolé. Il est resté en pyjama durant tout son séjour. Ce détenu a été transféré avec menottes et entraves.

En ce qui concerne le tabac, les soignants accèdent à la demande du patient en maintenant la fenêtre de sa chambre bloquée ouverte sur quelques centimètres. Ils préfèrent ne pas être dans le cadre de la loi plutôt que d'aggraver la tension ou l'agressivité du patient isolé.

Les modalités de transport de l'établissement pénitentiaire vers le centre hospitalier puis le retour vers celui-ci ne posent pas de difficultés.

Le centre hospitalier envoie des infirmiers à la maison d'arrêt et les surveillants pénitentiaires viennent chercher le détenu pour le retour. Les escortes sont obtenues sans difficultés.

En 2007, quinze patients ont été hospitalisés d'office au centre hospitalier dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale.

5.7 - Médicaments

Les traitements sont très majoritairement administrés par voie orale.

Dans de très rares cas sont prescrits des traitements par voie intra musculaire si l'état du patient le nécessite, mais il s'agit d'une pratique très marginale, y compris dans les unités de la fédération « Arc-en-ciel ».

Le personnel infirmier se dit très rassuré par le fonctionnement médical et la présence permanente d'un médecin sur le site. De ce fait, la « culture » de l'établissement consiste à résoudre les crises par un entretien, éventuellement par la mise à l'abri du patient dans sa chambre, mais pas par le recours à un traitement injectable ou encore moins à la contention.

Le médecin pourra, le cas échéant, avoir recours à la chambre d'isolement, mais ce sera après « l'échec » d'autres types de prise en charges antérieures.

5.8 - Activités thérapeutiques

Les activités se font au sein de chaque unité et surtout à l'extérieur. En effet dans le cadre de la politique d'ouverture de l'établissement, les responsables des unités tentent, selon le nombre de soignants présents, de faire sortir les patients (voir § 4.4.2).

Il existe aussi des activités au sein des unités de soin (relaxation, gymnastique douce, atelier vidéo, informations sur l'éducation à la santé...).

Un des médecins responsables a fait le projet de remettre en service la ferme du centre hospitalier, ce qui constituerait une nouvelle activité attrayante pour un certain nombre de patients.

Un jardin potager est également à l'étude pour les patients psychotiques déficitaires.

5.9 - Sorties d'essai

Beaucoup de patients sont en sortie d'essai dans cet établissement : 53 en HO et 7 en HDT. Les praticiens ont expliqué aux contrôleurs que ces modes de placements constituaient une forme d'obligations de soins : en effet, lorsqu'ils lèvent l'hospitalisation d'office de ces patients, ceux-ci considèrent qu'ils ne sont plus obligés par la loi de se soigner ; ils interrompent alors leur traitement et rechutent. L'expérience a ainsi conduit les psychiatres à utiliser les sorties d'essai en gardant les placements sous contrainte.

Ces patients font l'objet d'un suivi très régulier dans les centres médico-psychologiques dont ils dépendent. Ainsi les rechutes sont évitées.

Ils sont néanmoins comptabilisés dans le nombre de patients hospitalisés sous contrainte alors qu'ils ne sont pas hébergés dans l'hôpital.

5.10 - Projet de sortie

L'effectif de chaque pôle comporte une assistante sociale, chargée des deux unités (admission et moyen séjour).

Le centre hospitalier a développé des partenariats avec l'ensemble des structures extérieures : centres d'hébergement et de réadaptation sociale, maisons de retraite, maisons d'accueil spécialisé, foyers de jeunes travailleurs ...

Les patients qui retournent à leur domicile sont suivis dès leur sortie dans le centre médico-psychologique dont ils dépendent ou par le centre spécialisé pour les soins aux toxicomanes. La continuité des soins est ainsi assurée.

C'est une commission d'admission qui décide du transfert d'un patient d'une unité de moyen-long séjour vers une unité de la fédération « Arc-en-ciel ».

6 - Rapports avec les personnels

6.1 - Communication avec les patients

Il ressort des informations recueillies et des constats opérés que le vouvoiement est de rigueur dans les unités visitées. La seule exception notoire concerne les patients pour lesquels le vouvoiement serait incongru au regard des rapports de proximité et d'attachement personnel

qu'entretennent les personnels soignants. Le tutoiement est en effet d'usage chez les patients chroniques arrivés jeunes dans l'établissement ou lors d'activités extérieures.

6.2 - Relations soignants patients

Les personnels ont fait part de leur désappointement face à l'impossibilité d'organiser des sorties extérieures, ou beaucoup trop rarement, alors que cela leur permet de porter un autre regard sur le patient et que cela constitue aussi pour eux une aération professionnelle bénéfique.

Les contrôleurs ont pu observer les bonnes relations existant entre les soignants et les soignés. Beaucoup de patients ont fait part de leurs bons rapports avec les personnels soignants.

Des réunions soignant/soignés sont organisées ; par exemple, à l'unité B. Bettelheim, une réunion d'une durée d'environ une heure se tient le mercredi matin, tous les patients étant incités à y participer. Un compte-rendu de la réunion est intégré dans le cahier de consignes des personnels soignants. Un patient est chargé en début de réunion de rédiger aussi un compte-rendu sur un cahier consultable par tous. Une boîte à idées a été installée mais est, aux dires des personnels, très peu utilisée.

La pratique des repas collectifs soignés/soignants n'a pas cours dans l'établissement, hormis ponctuellement dans un cadre thérapeutique.

6.3 - Rapports avec les familles

Les visites sont autorisées tous les après-midis, selon des horaires différents entre les unités. Les visiteurs se présentent à l'accueil de l'hôpital et indiquent la personne qu'ils viennent voir et le service d'hospitalisation. Les familles peuvent alors rencontrer le médecin en présence du patient.

Les contrôleurs ont eu l'occasion de s'entretenir avec la mère et la sœur d'un patient placé en HO et sortant de prison, après avoir purgé une peine de réclusion criminelle. Ces personnes ont indiqué que les visites se déroulaient dans le parc de l'hôpital, au sein de l'unité d'hospitalisation ou bien encore dans la chambre. Les visites sont fréquemment l'occasion pour elles de faire le point avec les personnel hospitaliers sur les conditions de vie et sur l'évolution clinique de leur parent, les rapports avec les personnels de l'unité étant qualifiés de très bons en général et le contact singulier avec le médecin psychiatre et l'assistante sociale d'excellents.

Les responsables des associations de familles de patients rencontrés font aussi état d'excellents rapports avec les personnels et la direction de l'hôpital. La disponibilité des médecins pour aborder une problématique individuelle et la vigilance dont fait preuve la direction ont été soulignées. Les associations indiquent qu'elles ne reçoivent pas de plainte de familles. Le président de l'ADAPEI a ainsi déclaré : *« en tant que représentant des usagers, je suis frappé par le côté humain et par l'attention portée à tous les niveaux dans cet hôpital ».*

6.4 - Conditions de travail et formation des agents

Selon la direction, l'effectif médical consacré aux secteurs de psychiatrie adulte est de 29 équivalents temps plein (ETP) dont 2,5 ETP de médecins généralistes, soit un ratio inférieur à la moyenne nationale.

Le DRH déplore une disparité du nombre de psychiatres dans les établissements en France, de

l'ordre de un à treize.

Les personnels travaillent selon le rythme suivant :

- matin : 6h-14h ou 7h-15h ;
- après midi : 13h30-21h30 ou 13h45-21h45 ;
- nuit : 21h-6h15.

Pour chaque secteur, l'équipe de jour est composée de trois soignants dont au moins un infirmier ; l'équipe de nuit est de deux soignants.

Ils bénéficient de vingt-cinq jours de congé annuels, onze de RTT et quinze de RCC (repos compensateur de passage de cycle) générés par 36 minutes supplémentaires par jour travaillé.

Aucun agent entendu par les contrôleurs n'a fait état de difficultés relatives à son affectation dans un service.

L'établissement applique une politique de mobilité : au bout de trois à cinq ans, le personnel est invité à changer de poste ; au bout de cinq ans, un souhait de ne pas changer doit être argumenté. Cette méthode repose sur un équilibre entre, d'une part, l'objectif de fixer les agents dans une unité afin qu'ils en maîtrisent le fonctionnement et qu'ils connaissent les patients et, d'autre part, le souci de ne pas les installer dans une routine en les laissant trop longtemps sur le même poste.

Le taux d'absentéisme est inférieur à 10% ; les arrêts maladie ont tendance à diminuer en nombre mais augmenter en durée. La direction constate que les infirmières enceintes demandent à commencer leurs congés de maternité de plus en plus tôt, sur les conseils de leurs médecins traitants.

La direction déplore un recrutement particulièrement difficile cette année.

Le déficit de recrutement infirmier est compensé par le recrutement d'aides soignants qui prennent à leur charge les tâches non spécifiques généralement assumées par les infirmiers. Cet état d'esprit solidaire est remarquable. L'effectif en agents des services hospitaliers (ASH) est en déficit ; chaque unité ne dispose pas toujours d'un ASH en permanence. Par manque de personnels pour le service de nuit, certaines unités organisent des « cycles de nuit » avec des volontaires qui perçoivent les indemnités réglementaires.

Ce sous-effectif provoque parfois des tensions et incompréhensions entre les équipes du fait d'une surcharge de travail. Les patients eux-mêmes se plaignent parfois d'un sentiment d'être, sinon abandonnés, du moins laissés sans occupation.

Un service infirmier de compensation et de suppléance (SICS) a été mis en place ; il est composé d'une douzaine de soignants qui assurent les remplacements sur l'ensemble de l'hôpital.

La pénurie de personnels a conduit à annuler les réunions périodiques entre les personnels soignants des différents pavillons de la fédération « Arc-en-ciel », et à réduire le nombre d'activités à l'extérieur nécessitant des encadrements.

Les accidents du travail ont représenté 400 jours en 2007, dont 11 accidents dus à des patients agités. Les personnels rencontrés ont évoqué une agression qui s'était produite la veille, et une plus ancienne, lors d'une séance de soins dentaires, très violente ; le matin du passage des contrôleurs, une infirmière avait reçu des coups de poing de la part d'un patient.

Le sentiment de peur existe, et est parfois exprimé, d'une façon différente entre les anciens infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) et les jeunes infirmiers diplômés d'Etat (IDE). Ces derniers ont plus de difficultés à exprimer leurs doutes et leurs envies face à la violence ; manquant de repères, ils sont gênés par la dispersion d'activité des médecins, qui ne sont pas toujours présents à leurs côtés.

Le très petit nombre d'hommes parmi le personnel infirmier peut entraîner un sentiment d'angoisse dans les équipes ; il arrive que deux hommes seulement soient présents sur le site.

La formation continue représente 3,12 % de la masse salariale, ce qui dénote un effort notable de l'hôpital; assurée par des organismes externes qui se déplacent sur le site, elle bénéficie chaque année à 50% du personnel. Selon le directeur des soins, pour la première fois cette année, des problèmes de disponibilité ont entraîné l'annulation de formations pour certains personnels.

Les personnels nouvellement arrivés participent à une action d'accueil - intégration de quatre jours dispensée dans les premiers mois de leur arrivée. Les personnels soignants reçoivent en complément des formations spécifiques pour accéder à la fonction soignante en psychiatrie : droits et devoirs du fonctionnaire, organisation de la psychiatrie en France, le soin psychiatrique, les psychopathologies, les questions de relations, de violences.

Conclusions

1 - Le centre hospitalier Camille Claudel développe une politique d'ouverture globale, cohérente et assumée par toute l'équipe, dans un esprit de solidarité reconnu par les associations de familles de patients.

La prise en charge met le patient au cœur du projet thérapeutique, en l'incitant à être le plus possible à l'extérieur de son unité voire de l'enceinte de l'hôpital et à s'assumer, tout en le protégeant de lui-même.

2 - Le livret d'accueil est composé d'une façon remarquable : clair, complet, et facile à remettre à jour grâce à son système de fiches volantes. Le texte est rédigé dans des termes relativement simples et compréhensibles par tous. (§1.2)

3 - Pour les patients hospitalisés sous contrainte, il conviendrait d'accompagner la remise de ce document par une explication personnalisée et adaptée, en particulier pour la question de ses droits. (§1.2)

4 - Le contrôle du courrier peut s'avérer être une forme de protection du patient contre lui-même. Cette pratique, attentatoire à la liberté de correspondance, doit être encadrée par la loi et faire l'objet de procédures claires. (§1.6.1)

5 - L'information relative aux voies de recours mériterait de donner lieu à une procédure de notification spécifique au patient ou à son entourage. (§1.7)

6 - L'établissement a créé un centre d'accueil et de crise avec lits, lieu d'orientation avant une éventuelle admission. Cette unité remarquable fonctionne grâce à la volonté de tout l'hôpital (mutualisation des moyens, réaffectation des personnels des autres services). (§2.1)

7 - L'isolement et la contention sont considérés comme des mesures exceptionnelles, de dernier recours. Il conviendrait de mettre en place un suivi des mesures de contention chimique : évolutions qualitatives et quantitatives, conséquences, traçabilité. (§5.5)

8 - Le concept d'ouverture a permis historiquement de prendre en charge l'accueil des patients dangereux, violents ou agités au sein des quatre pôles de l'hôpital. Aujourd'hui, une réflexion est conduite au sein de l'établissement sur la pertinence de la création d'une structure intersectorielle spécifique. Elle permettrait d'accueillir dans des conditions satisfaisantes les détenus hospitalisés en HO, actuellement maintenus en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur séjour. (§5.6)

9 - La pénurie de personnels conduit à la fois à gérer l'établissement dans une tension croissante des effectifs et à limiter les projets thérapeutiques reposant notamment sur des sorties. (§4.4.2 et 6.4)